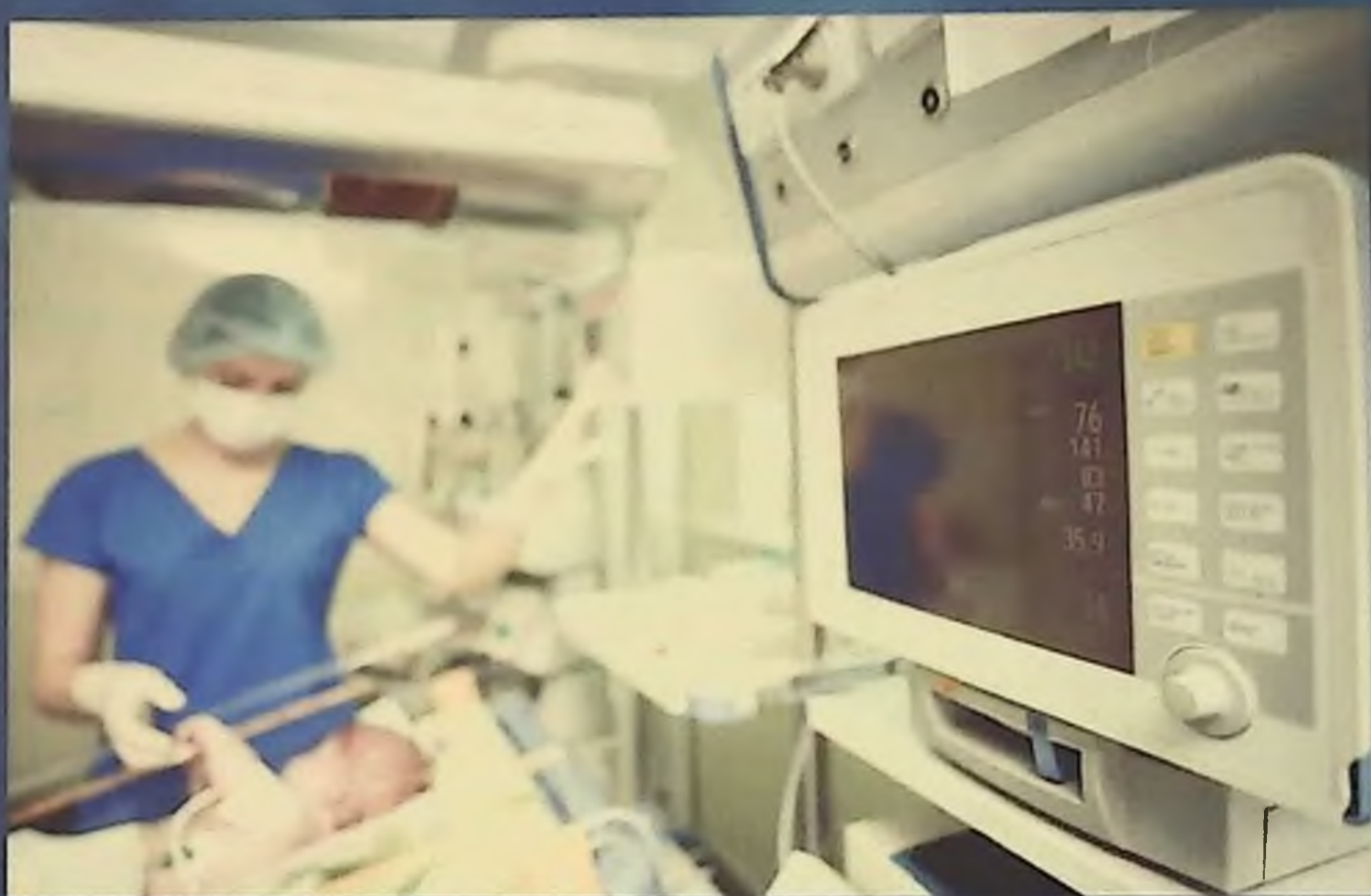




**Atakulov J.O., Yusupov Sh.A.
Garifulina L.M.**

BOLALAR SOMATIK VA XIRURGIK KASALLIKLARIDAGI CHEGARAVIY HOLATLAR

O'quv qo'llanma

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

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

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, L.M. Garifulina



**BOLALAR SOMATIK VA XIRURGIK KASALLIKLARIDAGI
CHEGARAVIY HOLATLAR**

O'QUV QO'LLANMA

Bilim sohasi: 900 000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 910 000 – Sog'liqni saqlash

Mutaxassislik: 60910300 – Pediatriya ishi

322319

2025



2025

UO'K 616-053.2(075.8)+617-053.2(075.8)

KBK 54.5+57.3ya73

A 87

J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, L.M. Garifulina.

Bolalar somatik va xirurgik kasalliklaridagi chegaraviy holatlar [Matn]: o'quv qo'llanma / J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, L.M. Garifulina. - Samarqand: Samarqand, 2025.- 172 b.

Tuzuvchilar:

- Atakulov J.O.** -1-son bolalar xirurgiyasi kafedrasining professori, t.f.d.
- Yusupov Sh.A.** -1-son bolalar xirurgiyasi kafedrasining mudiri, t.f.d., professor
- Garifulina L.M.** -Davolash fakulteti pediatriya kafedrasining mudiri, DSc, dosent

Taqrizchilar:

- Gafurov A.A.** -Andijon davlat tibbiyot instituti, davolash fakulteti uchun bolalar xirurgiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor
- Tadjieva Z.B.** -Toshkent tibbiyot akademiyasining Urganch filiali, pediatriya va OXI kafedrasining mudiri, t.f.n., dosent

O'quv qo'llanmada pediatriya va bolalar xirurgiyasidagi chegaraviy holatlar muammosi – bolalarda og'ir asoratlar, hayot sifatining pasayishi va nogironlik keltirib chiqaradigan kasalliklar haqida ma'lumotlar keltirilgan. Patogeneza va klinik kechishning xususiyatlari, differentsial diagnostikasi batafsil tavsiflangan, pediatriya va bolalar xirurgiyasidagi chegaraviy holatlar kuzatilgan bolalarni tashxislash, davolash va oldini olishga zamonaviy yondashuvlar ko'rsatilgan.

O'quv qo'llanma "Pediatriya" va "Bolalar xirurgiyasi" fanidan o'quv rejasiga muvofiq tahsil olayotgan magistratura rezidentlari uchun tuzilgan.

ISBN 978-9910-566-08-0

© J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, L.M. Garifulina. 2025-yil.

© Samarqand. 2025-yil.

MUNDARIJA

QISQARTIRILGAN SO‘ZLAR.....	5
KIRISH	6
1-BOB. NAFAS A‘ZOLARI KASALLIKLARI	8
O‘tkir pnevmoniyaning asoratlangan shakllari	8
O‘pkaning surunkali nospetsifik yallig‘lanish.....	24
2-BOB. ME‘DA - ICHAK TRAKTI A‘ZOLARINING KASALLIKLARI	36
ME‘DA YARA KASALLIKLARI	36
PANKREATITLAR.....	46
Surunkali ich qotishi	52
Funksional najasni ushlab turolmaslik (enkoprez)	59
Nospetsifik yarali kolit.....	66
3-BOB. JIGAR VA O‘T YO‘LLARI KASALLIKLARI.....	72
Xolepatiya	72
Surunkali gepatit va jigar sirrozi	82
Portal qon aylanishning jigardan tashqari blokadası (pqajtb).....	101
4-BOB. BUYRAK VA SIYDIK CHIQARISH A‘ZOLARINING KASALLIKLARI	114
Piyelonefrit.....	114
Sistit	123
Siydik-tosh kasalligi.....	127
O‘tkir buyrak yetishmovchiligi	135
5-BOB. QON VA GEMOPOETIK TIZIM KASALLIKLARI	140
Limfogranulematoz.....	141
Gipoplastik va aplastik anemiya	147
Trombotsitopenik purpura (verlgof kasalligi).....	152

6-BOB. ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARI	157
Diffuz toksik buqoq.....	157
Kriptorxizm	165
ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	171

QISQARTIRILGAN SO‘ZLAR

APG – angiopulmonografiya

DOKSA – dezoksikortikosteron asetat

TFK – tug‘ma fibroxolangiokista

LDG – laktatdehidrogenaza

MDG – malatdehidrogenaza

SPG – splenoportografiya

SFG – surunkali faol hepatit

FXK – fibroxolangiokistoz

PQAJTB – portal qon aylanishining jigardan tashqari blokadası

O’PN – o’tkir piyelonefrit

O’BY – o’tkir buyrak yerishmovchiligi

KIRISH

Bolalik davrining somatik kasalliklari uchun bemorlarni davolash keng profilli pediatr yoki tor mutaxassislikka ega bo'lgan pulmonolog, gastroenterolog, nefrolog, gematolog va boshqa shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi. Aksariyat hollarda bemor to'liq pediatrning nazorati ostida bo'ladi, lekin ba'zida kasallik shunday shaklda kechadiki, jarrohning aralashuvi talab qilinadi.

So'nggi yillarda nafas olish, ovqat hazm qilish, siydik ajratish, gematopoetik, endokrin va boshqa tizimlarning bir qator kasalliklarini kompleks davolashda jarrohlik davolash usullari tobora keng tarqalmoqda. Bunday kasalliklar uchun "chegaradosh" atamasi qo'llaniladi, bu yerda, birinchi navbatda, davolanishning uzluksizligi nazarda tutiladi.

Har bir alohida holatda ratsional taktikalar terapiya natijalariga hal qiluvchi ta'sir ko'rsatadi. Boshqacha qilib aytganda, amaliy jihatdan konservativ davo usullari qanday hollarda samarali ekanligini va ularga umid bog'lash kerakligini va qaysi hollarda boshqa terapiya vositalariga ehtiyoj borligini bilish juda muhimdir. Barcha amaliyotchi shifokorlar zamonaviy konservativ va operativ davolash usullarining imkoniyatlariga va "chegaradosh" kasalliklarida ularga ko'rsatmalarga yetarlicha e'tibor bermaydilar. Bundan tashqari, pediatrlar va jarrohlar ba'zida kasallikni boshqacha talqin qiladilar va ma'lum bir davolash usulining samaradorligini baholashda fikrlari ajralishi mumkin. Tajriba shuni ko'rsatadiki, davolanish taktikasini tanlashda ikkita favqulotda holat mavjud: a) pediatr konservativ terapiyani kechiktiradi va jarrohlik aralashuvning maqbul muddatini o'tkazib yuboradi; b) o'z mutaxassisligiga haddan tashqari "ishtiyoqli" jarroh quyidagilarni kengaytiradi: jarrohlik uchun ko'rsatmalar va konservativ terapiya imkoniyatlarini kam baholaydi.

Davolashning tabiati haqida qaror qabul qilish ba'zan qiyin, ammo, optimal qaror qabul qilish uchun bu masala pediatr va jarroh tomonidan bemorning yotog'ida birgalikda hal qilinishi muhimdir.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, amaliyotda pediatr va jarrohlar uchun konservativ terapiyani qo'llash imkoniyatlarini va jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalarni aniqroq yo'naltirishga yordam

beradigan tegishli qo'llanmani nashr etish zarurati tug'ildi, bu davolash natijalarini yaxshilashga yordam beradi va baholashni bir xillashtiradi. O'quv qo'llanmada aynan shu vazifa qo'yilgan.

Afsuski, kitobning cheklangan hajmi diagnostika masalalari va bir qator nazariy tamoyillarni yetarlicha yoritishga imkon bermadi. Shuning uchun diagnostikaning asosiy tadqiqot usullariga qisqacha to'xtalib, taktik masalalarga ko'proq e'tibor qaratdik.

1-BOB. NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI

O'pkaning o'tkir va surunkali nospesifik yallig'lanish kasalliklari bolalik davrida eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biridir.

O'tkir pnevmoniya ko'pincha turli xil yiringli o'pka-plevra asoratlari bilan birga keladi, ularning rivojlanishi noxush belgi bo'lib, odatiy kechadigan pnevmonik yoki septik jarayondagi sifat o'zgarishini ko'rsatadi. Ko'pgina asoratlarning diagnostikasi jarrohning vakolati doirasida shoshilinch davolash choralarini tayinlash uchun ko'rsatma hisoblanadi. Ushbu holat o'tkir pnevmoniya va sepsisning murakkab shakllari bilan og'rigan bemorni davolashning qiyin muammosini pediater va bolalar jarrohi uchun chegaramuammosiga aylantiradi.

So'nggi yillarda surunkali pnevmoniyaning kelib chiqishi, patogenezi, morfologiyasi, kechishi va oqibati haqidagi g'oya tubdan o'zgardi. Ushbu kasallikda morfologik substratning qaytmasligi har doim jarrohlik yo'li bilan davolanish imkoniyati to'g'risida savol tug'diradi. Shunday qilib, surunkali pnevmoniyaning davolash muammosi pediater va jarroh uchun ham chegaraga aylanadi.

O'tkir pnevmoniyaning asoratlangan shakllari

So'nggi yillardagi qisqacha statistik ma'lumotlarga ko'ra, o'tkir pnevmoniyaning xavfli shakllari bolalarning 7-26 foizida, hatto o'z vaqtida va to'liq kompleks davolash bo'lganda ham rivojlanadi. Ambulatoriya sharoitida, mikrobiologik va rentgenologik nazoratsiz turli xil antibiotiklar bilan dastlabki davolash deb ataladigan holat, o'tkir pnevmoniyaning destruktiv shakllari foizini yanada oshiradi, chunki ko'plab mikroob patogenlar keng qo'llaniladigan antibiotiklarga rezistentlik hosil qiladi.

O'tkir pnevmoniyaning kelib chiqishini aralash virusli - bakterial infektsiya bilan bog'lashadi.

Ko'pincha yangi tug'ilgan chaqaloqlar va hayotining dastlabki 3 yilidagi bolalar orasida stafilocokk etiologiyali pnevmoniya kuzatiladi (50-80% gacha). Umuman olganda, stafilocokk etiologiyali pnevmoniyaning tarqalishi barcha o'pka kasalliklari orasida 1-8,5% ni tashkil qiladi. Stafilocokk pnevmoniyasining bunday yuqori yuquvchanligi stafilocokk infektsiyasining keng tarqalganligini ko'rsatadi.

Biroq, istisnosiz, barcha virusli - bakterial pnevmoniyalar stafilokokklar tomonidan kelib chiqadi deb o'ylamaslik kerak. So'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar boshqa mikroblar o'tkir pnevmoniyalar va ularning stafilokokklar: pnevmokokklar, streptokokklar, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa va boshqa bir qator mikroorganizmlar assotsiatsiyasining paydo bo'lishida sezilarli ishtiroki borligini (28-40% gacha) yana bir bor ta'kidlaydi.

Murakkab o'tkir pnevmoniyaning paydo bo'lishida sodda jonivorlar ham muhim rol o'ynaydi.

Bronxopulmonar to'qimalarda destruktiv jarayonlar rivojlanishining patogenetik mexanizmlari sepsisda o'pkaning aerogen, bronxogen (birlamchi) yoki gematogen (ikkilamchi) infeksiyasi bilan bog'liq.

O'tkir pnevmoniyaning turli tasniflari taklif qilingan. Kasallikning toksik - septik shakllarini, shu jumladan stafilokokkli pnevmoniyani ajratuvchi mavjud klinik - patogenetik tasnifi sog'liqni saqlashni amaliy maqsadlariga to'liq javob beradi..

Amaliy faoliyatda o'tkir pnevmoniya yoki sepsisning o'pka - plevra asoratlari uchun patogenetik terapiyani differentsial ravishda tanlash uchun shifokor quyidagi sxemaga amal qilishi mumkin.

I. O'pka asoratlari: 1) bir nechta mayda o'choqli o'pka absesslari; 2) katta (bitta va ko'p) o'pka absesslari; 3) o'pkaning emfizematoz havo kistalari (bulla).

II. O'pka-plevral asoratlari: 1) eksudativ plevrit; 2) yiringli plevrit: plevraning umumiy empiemasi, plevraning cheklangan empiemasi; 3) piopnevmoreaks: tarang, qisman; 4) pnevmoreaks: tarang, qisman.

III. O'pka-mediastinal asoratlari: 1) yiringli mediastinit; 2) fibroz-yiringli perikardit; 3) progressiv mediastinal emfizema.

IV. O'pkadan qon ketishi: 1) tashqi; 2) intraplevral.

V. O'pka-plevral asoratlarning surunkali shakllari: 1) surunkali absess; 2) o'pkaning orttirilgan havo kistasi; 3) plevraning surunkali empiemasi; 4) bronxoplevral oqma; 5) tashqi bronxoplevral oqma; 6) fibrotoraks.

O'pka-plevra asoratlarning asosiy klinik belgilari: pnevmoniya yoki o'pkadan tashqari yiringli o'choqni davolashga qaramay, umumiy ahvolining keskin yomonlashishi, gektik isitma; sianozning kuchayishi; terining tuproq - kulrang rangi; nafas olish va yurak-qon tomir yetishmovchiligining kuchayishi; ko'krak yoki qorin og'rig'i; yangi

tug'ilgan va emizikli chaqaloqlarda adinamiyaga o'tish, dispeptik kasalliklar, kollaptoid holat bilan namoyon bo'ladigan toksemiya.

Rentgenologik simptomlarni talqin qilish va ularni o'pka-plevra asoratining klinik ko'rinishi bilan bog'lash qobiliyati o'pkada patologik jarayonlarni tashxislash va differentsial diagnostikasi uchun asos bo'lib, pediatriya va bolalar jarrohligi uchun chegaradosh hisoblanadi.

Tekshirish usullari

Yakuniy tashxisni aniqlash uchun rentgenologik tadqiqot usullari (ikki yoki uchta proyeksiyada rentgenografiya, tik holatda, lateropozitsiyada, tomografiya) va plevral punktsiya juda muhimdir.

Plevra bo'shlig'i va o'pka bo'lagining tarkibini bakteriologik o'rganish yuqumli jarayonning etiologiyasini aniqlashtirishga imkon beradi.

Kasallikning o'tkir davrida murakkab instrumental subanesteziya tadqiqot usullari torakal jarrohlik klinikasida patomorfologik o'zgarishlarning tabiatini aniqlash va davolash usulini tanlash uchun qat'iy cheklangan ko'rsatmalar bo'lganda qo'llaniladi. Bularga quyidagilar kiradi: bronkoscopiya, torakoscopiya, bronxografiya, fistulografiya, aortografiya. Keyinchalik kengroq, ushbu tadqiqot usullari surunkali o'pka-plevral jarayonning destruktiv kechishida tibbiy taktikani aniqlash uchun qo'llaniladi.

Asosiy klinik shakllari

O'pka-plevral asoratlarning klinik belgilari o'pkada morfologik o'zgarishlarning tabiati va patogenning patogenetik xususiyatlari bilan belgilanadi.

O'tkir pnevmoniyaning birlamchi o'pka -plevral asoratlari odatda o'tkir, kam hollarda bosqichma - bosqich boshlanadi.

Sepsisning ikkilamchi (gematogen) o'pka -plevral asoratlari sekin, bosqichma - bosqich rivojlanadi. Ulardan oldin suyaklarda, yumshoq to'qimalarda yoki boshqa organlarda yiringli jarayon mavjud bo'ladi.

Klinik kechishi va patomorfologik buzilishlarning tabiatiga ko'ra, asoratlarning ikkita asosiy shakli ajratiladi: 1) o'pkada yiringli - nekrotik jarayonlar bilan bog'liq (o'pka shakli); 2) yallig'lanish jarayonining plevraga o'tishidan kelib chiqqan (o'pka - plevra shakli).

Eng ko'p kuzatiladigan o'pka asoratlari subplevrada joylashgan bir nechta kichik o'choqli o'pka absesslarini o'z ichiga oladi. O'pka asoratlari bilan bolaning ahvoli keskin yomonlashadi, harorat 39-40°C gacha ko'tariladi. Intoksikatsiya va nafas qisilishi kuchayadi. Absess paydo

bo'lgan ko'krak qafasining yarmida nafas olishda orqada qolish va kechikish, ko'krakning qarama - qarshi yarmida shish paydo bo'ladi. Yallig'lanish o'chog'i ustidagi o'pka tovushining qisqarishi va yallig'lanish zonasidan tashqaridagi quti soyasi aniqlanadi, ayniqsa shishgan sog'lom o'pka ustida aniq ifodalangan bo'ladi. O'pka tovushining qisqarishi sohasida bronxial yoki susaygan nafas eshitiladi. Ba'zan bitta krepitatsiya yoki mayda pufakchali nam xirillashni eshitish mumkin.

Yo'talning mavjudligi kichik o'choqli absesslar uchun majburiy alomat emas, ammo ba'zi hollarda uning paydo bo'lishi yoki kuchayishi kichik absesslarning bronxial daraxtga bo'shatilishining dastlabki belgisi bo'lishi mumkin.

Kichik o'choqli absesslarning shakllanishi davrida ilgari mavjud bo'lgan o'choqli soyalarning birlashishi va o'pka to'qimalarining yallig'lanish infiltratsiyasi zonasining ortishi (pseudolobar pnevmoniya) rentgenologik jihatdan aniqlanadi.

Yallig'lanish infiltratsiyasi bir yoki bir nechta segmentlarga tarqalishi mumkin (segmentar yoki polisegmentar pnevmoniya). Alveolyar to'qimalarning qo'shni joylari kompensatsion tarzda shishiradi. Kichkina bir nechta absesslar lobulalar hajmidan oshmaydi va yallig'lanish infiltrati bilan birlashadi, bu ularni rentgenografiya bilan aniqlashga imkon bermaydi. Biroz vaqt o'tgach, o'pka to'qimalarining yallig'lanish infiltratsiyasi bartaraf etilganda, kichik bronxlardagi oqimlar orqali absesslar qisman bo'shaydi va bo'shliqlar havo bilan to'ladi, rentgenografiya yoki tomografiya yordamida mayda absesslar aniqlanadi.

Yuqorida tavsiflangan yiringli - nekrotik jarayon bo'lak ichida tarqalsa, yiringli lobit deb ataladigan patologiya rivojlanadi. Uning eng keng tarqalgan joylashuvi o'ng o'pkaning o'rta yoki yuqori bo'lagining maydoni, shuningdek, chap o'pkaning pastki bo'lagining maydoni hisoblanadi. Rentgenogrammada o'pka to'qimalarining lobar infiltratsiyasi aniqlanadi, bu infiltratsiyalangan va siqilgan interlobar plevradan hosil bo'lgan qiya yoki ko'ndalang chiziq bilan aniq chegaralangan bo'ladi.

O'tkir pnevmoniyaning toksik - septik shaklining yana bir xavfli asorati katta o'pka absesslarining shakllanishi hisoblanadi. Bolalarda o'pka absesslari septikopiemiya natijasida ham paydo bo'lishi mumkin, bu o'pkadan tashqari yiringli jarayon yoki bronxlar va o'pkada yot jism kabi asoratlarni murakkablashtiradi.

Absessning paydo bo'lishi umumiy holatning yomonlashishi, haroratning $40-41^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi va kuchli terlash bilan birga kechadi. Intoksikatsiya kuchayadi, og'ir holatlarda yurak -qon tomir va o'pka yetishmovchiligi belgilari kuchayadi. Yo'tal faqat pnevmoniya bilan birga keladigan endobronxit mavjudligida paydo bo'ladi. Ko'p miqdorda yiringning chiqishi bilan to'satdan paydo bo'ladigan yo'tal odatda absess bronxial daraxtning bo'shlig'iga ochilishi natijasida rivojlanadi.

Fizikal ma'lumotlar absessning joylashuvi, hajmi va tabiatiga bog'liq. Bronx bilan aloqa qilganda va bo'shliqda yiring va havo mavjudligida perkussiya tovushining qisqarishi, keyin timpanik va amforik nafas olish qayd etiladi.

Qon tahlili tayoqcha yadroli neytrofillarning siljishi, EChTning oshishi bilan sezilarli leykotsitozni ko'rsatadi.

Rentgen tekshiruvi o'pka absessi tashxisini qo'yishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bronxlar bilan aloqa qilmaydigan absess katta infiltratsiya zonasi bilan o'ralgan yumaloq, zich bir xil soyaga o'xshaydi. Ayniqsa, tomografiya yordamida aniq ko'rinadi. Bronx bilan aloqa qilganda, uning ustidagi suyuqlik va havo sathi bo'lgan yumaloq bo'shliq shakllanishi aniqlanadi. Sepsisda kuzatilgan metastatik absess shakllanishi ikki - uchta absessning shakllanishi bilan tavsiflanadi, ba'zida ikki tomonlama lokalizatsiya qilinadi.

Havo o'pka bo'shlig'i shakllanishining klinik ko'rinishlari (emfizematoz bullalar) ularning kelib chiqishiga va patomorfologik hamda patofiziologik kasalliklarning tabiatiga bog'liq. Odatda, emfizematoz bullalar klinik jihatdan o'zini namoyon qilmaydi. Odatda ular pnevmoniya jarayonining so'nish davrida rentgenologik topilma hisoblanadi. O'pka to'qimalarining o'zgarmasligi fonida bir yoki ikkita, ba'zan undan ko'p, tartibsiz yumaloq shakldagi aniq, ingichka devorli havo bo'shliqlari aniqlanadi.

Ventilyatsiya klapan mexanizmini shakllantirish jarayonida emfizematoz bo'shliqlar hajmi keskin kattalashishi mumkin. Rentgen nurida o'pka hajmining $1/3$ yoki $2/3$ qismini egallagan ulkan tarang bo'shliq aniqlanadi. U o'rta soyani siljitadi va o'pkaning sog'lom qismlarini egallab oladi. Kamdan - kam hollarda, bunday bo'shliqning devori yorilib ketganda, kuchli pnevmotoraks paydo bo'ladi. Ushbu asoratning yana bir salbiy natijasi emfizematoz bo'shliqning yiringlashi va uni subkortikal joylashgan ulkan absessga aylantirishdir.

Asoratlarning o'pka - plevral shaklida plevra yallig'lanish jarayonida ishtirok etadi. O'pka -plevral asoratlarning klinik ko'rinishi patomorfologik o'zgarishlar bilan belgilanadi.

Ekssudativ (reaktiv) plevrit pnevmoniya bilan bir vaqtda yoki biroz keyinroq paydo bo'ladi. Plevra bo'shlig'idagi ekssudat ko'pincha og'riq bilan namoyon bo'ladi. Nafas olish yuzaki, tez -tez bo'ladi. Perkutor tovushining keskin qisqarishi, nafas olishning susayishi aniqlanadi. Og'riq qorin bo'shlig'iga irradiatsiya qilganda, psevdo - abdominal sindrom rivojlanadi, unda qorin pardaning ta'sirlanishi belgilari kuzatilmaydi. Plevral punktsiya tashxisni tasdiqlaydi va ekssudat xarakterini aniqlashga imkon beradi.

Ekssudativ plevritning rentgenologik belgilari o'pka to'qimalarining pnevmatizatsiyasining pasayishi bilan namoyon bo'ladi, bu ko'krak qafasining parakostal qismlarida eng ko'p namoyon bo'ladi. Ko'krak qafasining tegishli joylarida rentgenografiyada fibrin yo'qolganda, interlobular va suyak plevrasi qalinlashishi kuzatiladi. Ushbu belgi mantiya shaklidagi plevrit deb ataladigan narsaga xosdir.

Plevra ekssudati infektsiyalanganda plevra empiemasi yoki piotokarsinoma rivojlanadi - plevra bo'shlig'ida yiring to'planadi. Yiringning joylashishi va miqdoriga qarab, empiema umumiy va cheklanganga bo'linadi.*

Plevra empiemasi asta - sekin rivojlanadi, uning dastlabki belgilaridan biri umumiy holatning progressiv yomonlashuvidir. Intoksikatsiya belgilari kuchayadi. Yuqorida tavsiflangan psevdoabdominal sindrom ham paydo bo'lishi mumkin. Yuzaki, yumshoq nafas olish qayd etiladi. Terining oqarishi fonida sianoz qayd etiladi. Patologik jarayonning lokalizatsiyasi sohasidagi ko'krak qafasi konturlari tekislanadi. Interkostal bo'shliqlar kengayadi. Perkussiya yordamida mediastenal organlarning sog'lom tomonga siljishini aniqlash mumkin. Empiema tomonida perkussiya tovushining keskin qisqarishining doimiy maydoni mavjudligi sababli yurak chegaralarini aniqlab bo'lmaydi. Nafas olish sustlashadi. Yurak tovushlarining sustlashishi/taxikardiya mavjud. Periferik tomirlardagi puls sust, tarang va to'la bo'ladi. Qon tahlilida leykotsitlar sonining ko'payishi, neytrofillar siljishi, anemiya va EChT oshishi aniqlanadi.

Total plevral empiemasida rentgenologik jihatdan ko'krak qafasining butun yarmini egallagan zich bir xil soya qayd etiladi. O'pka

to'qimasini kuzatib bo'lmaydi. O'rtacha soya siqilgan sog'lom o'pka tomon siljiydi.

Chegaralangan plevral empiema bo'lsa, uning lokalizatsiya sohasida zich bir hil soya aniqlanadi. Yiringli plevritning chegaralangan shakllari ancha yengil kechadi. Ular asosan katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Yiringli plevritning yakuniy tashxisi plevral punksiya yordamida qo'yiladi. Total plevra empiemasi bilan qalin yiringli ekssudat miqdori 300-500 ml yoki undan ko'p bo'lishi mumkin. Plevral punktsiya paytida ko'krak qafasining yumshoq to'qimalariga infektsiyani yuqtirish ehtimoli yuqori bo'ladi.

Piopnevmotoraks (plevra bo'shlig'ida yiring va havoning to'planishi) absess pnevmoniya yoki sepsisning o'pka - plevral asoratlarning eng keng tarqalgan shaklidir. Plevra bo'shlig'i va bronxial daraxt o'rtasida aloqa bor yoki yo'qligiga qarab, piopnevmotoraks kuchli va qisman rivojlanadi.

Kuchli piopnevmotoraks bilan intraplevral bosimning oshishi belgilari birinchi o'ringa chiqadi: nafas olish va yurak - qon tomir yetishmovchiligi, gipoksiya kuzatiladi. Bolaning ahvolining progressiv yomonlashishi uning to'satdan o'limiga olib kelishi mumkin. Patologik jarayonning lokalizatsiyasi tomonida ko'krak qafasining bo'rtib ketishi ahamiyatli hisoblanadi. Ko'krakning bu yarmi nafas olishda deyarli ishtirok etmaydi. Perkussiyada yuqori bo'limlarda timpanit, pastki va posterobazal bo'limlarda o'pka tovushining qisqarishi qayd etiladi. Mediastinal organlarning chegaralari piopnevmotoraksga qarama - qarshi tomonga keskin siljiydi. Asta -sekin piopnevmotoraksning klinik ko'rinishining keskinligi pasayadi.

30-40 daqiqadan so'ng sianoz va nafas qisilishi biroz kamayadi, periferik puls yaxshilanadi. Kuchli moslashish davri boshlanadi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida plevra bo'shlig'ida gorizontaldagi erkin suyuqlik va uning ustidagi havo aniqlanadi. O'pka kollapslangan holatda bo'ladi. Mediastenal soya sog'lom tomonga keskin siljiydi.

Qisman piopnevmotoraksda klinik ko'rinishida yuqorida aytib o'tilganidek, o'pka va yurak - qon tomir yetishmovchiligining bunday yaqqol belgilari bo'lmaydi. Fizikal ko'rikda ba'zan plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planishini ko'rsatishi mumkin (timpanit, perkussiya tovushining qisqarishi). Umuman olganda, bemorning ahvoli og'ir bo'ladi. Rentgenologik tekshiruvda plevra bo'shlig'ining bir qismida

(parakostal, diafragma, interlobular) havo va suyuqlikning cheklangan to'planishi belgilarini aniqlanadi.

Piopnevmotoraks tashxisi plevral punktsiya (havo, yiring) natijalari bilan tasdiqlanadi. Keng, ishlaydigan bronxial fistula bilan plevral punktsiya yordamida plevra bo'shlig'ida salbiy bosimga erishishib bo'lmaydi. Pnevmotoraks (plevra bo'shlig'ida havo to'planishi) ko'pincha subplevrada joylashgan emfizematoz bo'shliqning yorilishi natijasida yuzaga keladi. Oldingi turdagi asoratlardan farqli o'laroq, pnevmotoraks bemorning tiklanish davrida qoniqarli umumiy holat fonida yuzaga keladi.

Asoratning klinik ko'rinishi pnevmotoraksning tabiatiga bog'liq.

Taranglashgan pnevmotoraks simptomlari ko'p jihatdan taranglashgan piopnevmotoraks belgilariga o'xshaydi. Ular o'tkir nafas yetishmovchiligi, gipoksiya, yurak faoliyatining yomonlashishi bilan tavsiflanadi. Tekshiruv, perkussiya va auskultatsiya paytida mediastinal organlarning sog'lom tomonga siljishi, shuningdek pnevmotoraks tomonida timpanit va nafas yetishmovchiligi aniqlanadi. Rentgenda plevra bo'shlig'ida erkin gazning to'planishi, yengil kollaps va medial soyaning sog'lom tomonga siljishini aniqlanadi. Plevral punktsiya paytida havo chiqadi, odatda plevra bo'shlig'idan butunlay chiqarib bo'lmaydi.

Qisman pnevmotoraks odatda rentgenologik topilma hisoblanadi. Plevra bo'shlig'ining turli qismlarida, ko'pincha parakostal qismlarida kichik havo to'planishi mumkin. Fizikal ma'lumotlar ishonchli bo'lmaydi. Plevra punktsiyasi paytida oz miqdordagi havo chiqib ketadi, shundan so'ng plevra bo'shlig'ida tezda salbiy bosim paydo bo'ladi.

O'tkir absesslangan pnevmoniya va sepsisning nisbatan kam uchraydigan, ammo og'ir o'pka - plevral asoratlari orasida mediastinal emfizema, yiringli mediastinit, fibrinoz - yiringli perikardit, miokardit va o'pka -plevra qon ketishi mavjud.

Mediastenal emfizema bronxial devorning buzilishi va o'pka ventilyatsiyasining klapan mexanizmining shakllanishi natijasida yuzaga keladi. Bosimning kuchayishi tufayli havo oraliq bo'shliqlarga kirib boradi va peribronxial to'qima orqali mediastinaga, bo'yinning fastsial bo'shliqlariga, yuzning teri osti yog' to'qimalariga, ko'krak qafasiga, qorin bo'shlig'iga tarqaladi. Kamdan - kam hollarda mediastinal emfizema piopnevmotoraks yoki pnevmotoraks bilan birga keladi. Mediastinal emfizemani tashxislash qiyin emas. Havoning tana to'qimalariga kirib

borish intensivligiga qarab mediastinal emfizemaning progressiv va progressiv bo'lmagan (oddiy) shakllari farqlanadi.

Mediastinal emfizemaning progressiv shakli ovozning xirillashi (qaytuvchi asab shoxlarining siqilishi), nafas qisilishi, sianoz va yurakning ekstrakardial "tamponadasi" tufayli gemodinamik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Shoshilinch jarrohlik yordami bo'lmasa, bemor o'ladi.

Mediastinal emfizemaning oddiy shakli progressiv shakldan yuz, bo'yinda havoning cheklangan to'planishi va nafas olish yetishmovchiligi va gemodinamik buzilish belgilarining yo'qligi bilan ajralib turadi.

Yiringli mediastinit, fibrinoz - yiringli perikardit va miokarditning klinik diagnostikasi nihoyatda qiyin. Og'ir umumiy holat fonida yuzaga keladigan bu asoratlarda bemorning ahvolini yanada yomonlashtiradi. Haroratning ko'tarilishi, yiringli intoksikatsiya va progressiv yurak - qon tomir yetishmovchiligining belgilari (yurak urishining yomonlashishi, yurak - qon tomir to'plamining chegaralarining kengayishi, pulsning susayishi, sianoz, periferik shish) shoshilinch rentgenografiya va elektrokardiografiyaga ko'rsatma nisoblanadi, bu ma'lum darajada ushbu asoratlarni tashxislash va differentsial tashxislashni osonlashtiradi.

O'tkir toksik - septik destruktiv pnevmoniyaning juda kam uchraydigan, ammo xavfli asoratlari orasida o'pka yoki intraplevral qon ketish ham uchraydi. Shuningdek, surunkali pnevmoniya, o'pka infarkti, yot jismlar, bronxlar va o'pka to'qimalarining shikastlanishi sabab bo'lishi mumkin. O'pkadan qon ketishi tuberkulyoz jarayonini, idiopatik o'pka gemosiderozini, xavfli o'smalarni, angiomatozni va o'pkaning ayrim malformatsiyasini murakkablashtirishi mumkin.

O'tkir destruktiv toksik -septik pnevmoniyada o'pkadan qon ketishining klinik ko'rinishi, boshqa kasalliklarda bo'lgani kabi, uning manbai va intensivligi bilan belgilanadi.

O'pkadan ko'p miqdorda qon ketganda, og'iz va burun yo'llari orqali ko'pikli qon ajraladi. Bu qattiq yo'tal bilan birga keladi. Bemor majburiy holatini egallaydi, juda qo'rqadi, bosh aylanishiga shikoyat qiladi, ba'zida hushidan ketadi. Terisi rangpar, sovuq yopishqoq ter bilan qoplanadi. Kamroq kuchli qon ketish gemoptizi bilan namoyon bo'ladi.

O'pkadan qon ketishi va gemoptizi shoshilinch diagnostika va terapevtik choralarni talab qiladi. Bemorni tekshirish - nazofarengeal tekshirish bilan boshlanadi. Nazofarengeal va ovqat hazm qilish tizimidan

qon ketish belgilari bo'lmasa, rentgenologik tekshirish usullari va bronkoscopiya qo'llaniladi.

Rentgen tekshiruvi o'pkada har qanday etiologiyali halokatli jarayon aniqlansa, qon ketish manbasini aniqlashga yordam beradi. Qon tomir malformatsiyasida qon ketish manbasini aniqlash uchun angiopnevmonografiya va rentgenologik tadqiqot usullaridan foydalanish mumkin.

Intraplevral qon ketish qon tomirlarining kollapsi yoki shok bilan kechadi, bemor rangpar va adinamik boladi. Periferik tomirlardagi puls deyarli sezilmaydi yoki aniqlanmaydi. Qon bosimi pasayadi. Perkussiyada plevra bo'shlig'ida qon to'plangan tomonda o'pka tovushining keskin qisqarishi aniqlanadi. Rentgen plevra bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligini ko'rsatadi. Yakuniy tashxis plevral punktsiya (qon!) natijalariga asoslanib qo'yiladi.

Davolash usullari

O'tkir toksik - septik pnevmoniya va sepsisning o'pka - plevra asoratlari davolash juda qiyin vazifa bo'lib, uni muvaffaqiyatli hal qilish ularni erta aniqlash va bemorlarni shoshilinch jarrohlik shifoxonasiga yotqizishga bog'liq bo'ladi. Bemorni davolash pediatrlar va rentgenologlar bilan yaqin aloqada amalga oshiriladi. Davolash rejasini tuzishda kompleks etiotrop va patogenetik terapiya tamoyillarini (yuqumli boshlanishga ta'siri, gomeostazning buzilgan funktsiyalarini tiklash, mahalliy jarayonga ta'siri) va bemorning individual xususiyatlarini (yoshi, premorbid holati, yo'ldosh kasalliklar) hisobga olish kerak.

Antibakterial terapiya, shu jumladan keng spektrli antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari mikrofloraning sezgirligi uchun bakteriologik nazorat ostida amalga oshiriladi. Penitsillinlar qatori (ampitsillin, oksatsillin, metitsillin) va sefalosporinlar (seporin va boshqalar)ning yuqori antibakterial faolligi va yengil toksikligi tufayli yarim sintetik antibiotiklarni buyurish afzaldir. Yarim sintetik penitsillinlar 1 kg tana vazniga 250-500 mg sutkalik dozada buyuriladi. Eng og'ir holatlarda dozani 2 barobarga yoki undan ko'proq oshirish mumkin. Sefalosporin preparatlari 100 mg/kg va hatto 200 mg/kg dozada buyuriladi. Gentamitsin mushak ichiga yoki tomir ichiga 5-6 mg/kg dozada buyuriladi.

Yiringli - destruktiv pnevmoniyada antibiotiklarning yallig'lanish joyida erishilgan kontsentratsiyasiga mikrofloraning qarshilik ko'rsatishi

ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli, ularning "o'rtacha" dozalarini qo'llashda tavsiya etilganlarga nisbatan dori dozalarini oshirish o'zini oqlaydi.

Yiringli - destruktiv pnevmoniyada antibiotiklarning yallig'lanish joyida erishilgan kontsentratsiyasiga mikrofloraning qarshilik ko'rsatish ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli, ularning "o'rtacha" dozalarini qo'llashda tavsiya etilganlarga nisbatan dori dozalarini oshirish o'zini oqlaydi.

Antibakterial terapiyaning davomiyligi buzilishlarning og'irligiga qarab belgilanadi. Yarim sintetik penitsillinlar 2-3 haftadan 2 oygacha muvaffaqiyatli qo'llanilishi mumkin. Boshqa antibiotiklardan foydalanish muddati ularning farmakologik xususiyatlari bilan belgilanadi va odatda 7-14 kundan oshmaydi.

Antibiotiklarni yuborishning eng samarali parenteral usullari quyidagilardir: mushak ichiga, tomir ichiga, intraplevral va o'pka ichiga. Dori - darmonlarni uzoq muddatli tomir ichiga yuborish uchun o'mrov osti venadan foydalanish tavsiya etiladi (Seldinger kateterizatsiyasi). Agar yosh bolalarda o'mrov osti venani kateterizatsiya qilishning iloji bo'lmasa, venesektsiya yuz, ichki bo'yinturuq yoki son venasi sohasida amalga oshirilishi mumkin. Zamburug'li infektsiyalarning oldini olish uchun nistatin antibiotiklar bilan bir vaqtda yoshga qarab dozalarda buyuriladi.

Gomeostazning buzilgan funktsiyalarini tiklash nafas olish yetishmovchiligini, yurak -qon tomir va siydik tizimlarining buzilishlarini, suv - tuz metabolizmini bartaraf etishga qaratilgan intensiv terapiya zarurligini talab qiladi. Og'ir yiringli intoksikatsiya erta detoksifikatsiya terapiyasini talab qiladi.

Tavsiyada gemodez, neokompensan, reopoliglyukin, glyukoza eritmalari, mineral tuzlarni tomir ichiga yuborish buyuriladi. Bola tanasining suyuqlikka bo'lgan ehtiyojini hisoblash Gross va Aberdin tomonidan nomogrammlar yoki maxsus jadvallar yordamida amalga oshiriladi.

Erta immunoterapiya va stimulloterapiya har kuni yoki kun ora mushak ichiga in'ektsiya (kurs uchun 5-7 in'ektsiya) ishlab chiqarishni o'z ichiga oladi: antistafilokokk, shuningdek, grippga qarshi yoki qizamiqqa qarshi yuqori antitana titrlari (kamida 100 IU) bo'lgan gamma globulin; bevosita va bilvosita qon quyish, quruq yoki tabiiy qon plazmasini quyishdan iborat.

Antigistamin terapiyaning roli ayniqsa reaktivligi buzilgan bolalarda (ekssudativ diatez) samarali bo'ladi. 1% kaltsiy xlorid eritmasining tomir ichiga infuziyalari (kunlik suvga bo'lgan ehtiyojning 1/5 miqdorida), mushak ichiga yoki tomir ichiga pipolfen, suprastin, difengidramin eritmalarini yoshga qarab dozada yuborish qo'llaniladi. Agar bolalarda og'riqni yo'qotish va gipertermik sindromga qarshi kurashish zarur bo'lsa, yo'tal refleksi va nafas olish markazini ingibirlamaydigan analgin va amidopirin (pipolfen, difengidramin bilan birgalikda) muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Shu maqsadda, 0,1 ml/yoshiga bir martalik dozada 50% analgin eritmasi; Amidopirin 1% eritmasi 1 kg tana vazniga 0,5 ml bir martalik dozada, 2,5% pipolfen eritmasi yoki 1% difengidramin eritmasi 0,1 ml/yoshiga bir martalik dozada foydalaniladi.

Preparatlar mushak ichiga yoki tomir ichiga har 4-6 soatda yuboriladi. Ushbu preparatlarni yuqorida tavsiflangan usul bo'yicha qo'llash yaxshi og'riq qoldiruvchi, isitmani tushiruvchi va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega, shuningdek, traxeobronxial daraxt shilliq qavatining shishishini kamaytiradi. O'pka -plevral asoratlarni davolashda juda muhimdir. Bemorlarga askorbin kislotasi yoshga qarab 2-3 baravar yuqori dozalarda, B1 va B2 vitaminlari yoshga mos dozalarda buyuriladi. Ratsionda sut kislotasi mahsulotlari (tvorog, kefir) tavsuya etiladi. Ichak florasini normallashtirish uchun kolibakterin, laktobakterin va boshqa preparatlar qo'llaniladi.

Shunday qilib, gomeostaz buzilishlarining patogenezini hisobga olgan holda kompleks intensiv terapiya o'tkir pnevmoniya va sepsisning o'pka - plevra asoratlarini davolashning instrumental va jarrohlik usullarini muvaffaqiyatli qo'llash uchun zaruriy shart bo'lib, ularning tayinlanishini e'tiborsiz qoldirib bo'lmaydi.

Tashxis qo'yilganda (rentgenografiya!) o'pka infiltratining ko'payishi va o'pka parenximasida destruktiv jarayonlarning yo'qligi bemorga boshqa umumiy qabul qilingan davolash usullari bilan bir qatorda infiltrat zonasiga antibiotiklarni o'pka ichiga yuborish orqali katta yordam ko'rsatishi mumkin. Ushbu texnikadan foydalanish yallig'lanish markazida hosil bo'lgan biologik to'qima to'sig'ini yengishga qaratilgan. Ushbu to'siq nafaqat yallig'lanish zonasini cheklaydi, balki unga antibakterial preparatlarning kirib kelishini oldini oladi. Antibiotiklarni o'pka ichiga yuborish ularning yallig'lanish zonasida yuqori konsentratsiyasini yaratishga, dori moddalarni juda katta dozalarda

qo'llashda mumkin bo'lgan organizmga umumiy toksik ta'sirni va ba'zi hollarda jarayonning abortiv yo'nalishini keltirib chiqarishini oldini olishga erishiladi.

Antibiotiklarni o'pka ichiga yuborish infiltrat ustidan ko'krak qafasi devorining yumshoq to'qimalarini teshish orqali amalga oshiriladi. Antibiotiklarni qabul qilishning ushbu usuli yallig'lanishli o'pka infiltratini ekssudativ plevrit bilan birga uchrashida bajariladi. Bunday holda, ekssudatni qisman olib tashlaganingizdan so'ng, antibiotiklarni o'pka to'qimalariga va plevra bo'shlig'iga qismlarga jo'natish mumkin.

O'pka to'qimasini punktsiya qilish paytida bemorda yo'tal paydo bo'ladi. Katta yoshdagi bolalar og'izda achchiq ta'm borligini aytishadi. O'pka ichiga yuborish uchun kunlik dozada penitsillin, metitsillin, kanamitsin va boshqalar qo'llaniladi. O'pka ichiga yuboriladigan yarim sintetik penitsillinlarning bir dozasi, ko'rsatmalarga ko'ra, 2-3 baravar oshirilishi mumkin, chunki ular organizmga kumulyativ va aniq toksik ta'sir ko'rsatmaydi. Ko'krak qafasi a'zolarining holatini majburiy rentgen tekshiruvi bilan har kuni yoki kun ora antibiotiklarni o'pka ichiga yuborishni takrorlash mumkin.

Umuman olganda, antibiotiklarni o'pka ichiga yuborish usuli klinik amaliyotda samarali ekanligini isbotladi va qoida tariqasida, asoratlar uchramadi.

Piotoraks uchun qo'shimcha davolash usuli plevra bo'shlig'idan yiringni punktsiya orqali majburiy evakuatsiya qilish va unga antibiotiklarni kiritishdir. Plevra bo'shlig'ining punktsiyasi har kuni amalga oshiriladi. Ko'p miqdorda yiringli oqindi bilan plevra bo'shlig'ini torakosentez yoki yopiq torakotomiya yordamida bir nechta yon teshiklari bo'lgan rezina naycha bilan drenajlash ko'rsatma hisoblanadi.

Plevra bo'shlig'idan yiringni aspiratsiyasi passiv rejimda (Byulau usuli) amalga oshiriladi. Shu bilan birga, drenaj orqali plevra bo'shlig'iga antibiotiklar va ferment preparatlari (ximopsin, ximotripsin) yuboriladi. Plevra bo'shlig'ini antiseptik eritmalar bilan yuvish ham mumkin (furatsilin eritmasi 1:5000). Ba'zi jarrohlr, chayish usuli yordamida pyotoraksni davolash uchun plevra bo'shlig'ining yuqori va pastki qismlarida ikkita drenajni qo'llashadi. Bu usul boshqalar usullarga nisbatan alohida afzalliklarga ega emas.

Piopnevmotoraksni davolashda plevra bo'shlig'ini majburiy drenajlash qo'llaniladi, bu umumiy qabul qilingan qoidalarga (torakosentez, yopiq torakotomiya) muvofiq amalga oshiriladi. Plevra

bo'shlig'idan havo tezda chiqarilganda, uni va yiringli ekssudatni aspiratsiya qilish maxsus suv oqimi yoki gaz vakuum tizimlari yordamida faol rejimda amalga oshiriladi. Plevra bo'shlig'idan havo chiqarish tezligi simob yoki suv manometrining ko'rsatkichlari, shuningdek perkussiya, auskultatsiya va ko'krak qafasi rentgenogrammasi asosida amalga oshiriladi. Shu bilan birga, hamkorlik qilingan o'pkaning tabiati va tarqalish tezligi va mediastinal organlarning topografik - anatomik holati nazorat qilinishi kerak.

O'pka kollapsini iloji boricha to'liq va erta bartaraf etishga harakat qilish kerak, bu esa mediastinal organlarning ko'krak qafasidagi to'g'ri holatini tezda tiklashga va bronxial fistulalarni davolashga yordam beradi. Plevra bo'shlig'ini drenajlashning vaqti va samaradorligi kasallikning bo'ylamaligiga, patologik kasalliklarning xususiyatiga (bitta keng yoki ko'p miqdordagi mayda bronxial oqmalar, fibrinoz qoplama yoki yopishqoqlik bilan o'pkaning fiksatsiyasi) va davolanish jarayonlarining xususiyatlariga bog'liq.

Plevral bo'shliqning o'z vaqtida drenajlanishi (24-48 soatdan kechiktirmasdan) va yallig'lanish jarayonining yengil kechishi bo'lsa o'pka odatda bir necha soat yoki 2-3 kundan keyin tiklanadi. Asta - sekin, 5-12 kun ichida fistula yorilib, o'pka pariyetal plevrage yopishish ishonchli tarzda amalga oshadi va plevra bo'shlig'ini yanada drenajlash zarurati yo'qoladi.

Kasallikning kech bosqichlarida bo'lgan bir qator bemorlarda, o'pka uzoq vaqt davomida cho'kkan holatda bo'lganida (2-3 kundan ortiq), plevra bo'shlig'ini drenajlash samarasiz bo'lishi mumkin. Buni amalga oshirishda ba'zi jarrohlar Xartli-Bairov usuli bo'yicha anesteziya ostida intubatsiya trubkasi orqali o'pkaning kuchli kengayishini qo'llashni tavsiya etadilar. Terapevtik va diagnostik torakoskopiya yordamida bitishmalarni muvaffaqiyatli bartaraf etish va plevra bo'shlig'ini yiringdan tozalashda ushbu usulning samaradorligi ortadi. Shu bilan birga, o'pkani faqat alohida holatlarda to'g'rilash mumkin, chunki plevra bo'shlig'ida aniq bitishma jarayoni bunga to'sqinlik qiladi.

O'pkaning uzoq muddatli kollapsida jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar paydo bo'ladi (pnevmoz, bronxial fistula tikish, o'pka rezektsiyasi).

Ba'zida kasallikning dastlabki bosqichlarida keng yoki ko'p bronxial oqmalar va plevra yopishqoqligi yo'qligi bilan plevra bo'shlig'iga havo kirish tezligi shunchalik yuqoriki, hatto uni faol aspiratsiya usuli bilan

intensiv olib tashlash bilan ham, plevra bo'shlig'ida vakuum hosil qilish mumkin emas. Atmosfera havosining bronxial oqishi bronxoplevrotorakal oqma orqali sodir bo'ladi. Bunday holda, o'pkaning kengayishi uchun shart - sharoitlarni 3 yo'l bilan yaxshilash mumkin: 1) bronxial oqmalarni fibrinoz cho'kindi bilan "yopish" umidida havo va yiringli ekssudatning aspiratsiyasini vaqtincha Byulau bo'yicha passiv rejimga o'tkazish; 2) plevra bo'shlig'ining yuqori qismlarini ikkinchi rezina naycha bilan qo'shimcha drenajlash; 3) V. I. Geraskin va O. F. Shtyxno tomonidan ishlab chiqilgan bronxial daraxtning eksplorativ okklyuziyasi usuli yordamida R. Rafinskiy bo'yicha bronxial oqmalarning blokadasi.

Atmosfera havosining bronxial chiqishini likvidatsiya qilishning sanab o'tilgan usullari samarasiz bo'lsa yoki ularni amalga oshirishning iloji bo'lmasa, jarrohlik aralashuvi ham tavsiya etilishi mumkin. Shu bilan birga, unga ko'rsatmalar bemorning umumiy holatini va piopnevotoraksning (sepsis!) kelib chiqishini hisobga olgan holda belgilanishi kerak, chunki o'pka to'qimalarining yiringli - nekrotik lizisi va sepsis sharoitida jarrohlik aralashuvining natijasi har doim shubhali bo'ladi.

Hayotning dastlabki 6 oyligidagi bolalarda bronxial okklyuziya yoki jarrohlikdan erta foydalanish afzalroqdir, chunki drenajlash usullari bilan uzoq muddatli davolanish samarasizdir.

O'pka absessini tashxislashda konservativ va jarrohlik davolash mumkin. Konservativ davo bronxial fistula orqali bronxial daraxtning bo'shlig'iga yaxshi oqadigan absesslar uchun navsiya etiladi. Absessni o'z - o'zidan bo'shatish uchun sharoitlarni yaxshilash segmentar va subsegmentar bronxlarni bronkoskopik drenajlash orqali yordam beradi. Keng oqma bo'lgan bir qator bolalarda bronkoscopiya yordamida absess bo'shlig'ini to'g'ridan - to'g'ri kateterizatsiya qilish mumkin. Yiringni olib tashlagach, absess bo'shlig'iga antibiotiklar yuboriladi.

O'rta kattalikdagi absesslarni (diametri 3-4 sm dan ortiq bo'lmagan) punktsiya usuli yordamida ham davolash mumkin. Odatda, 2-3 punktsiyadan so'ng, yiringni butunlay olib tashlash va qoldiq o'pka ichidagi bo'shliqni antibiotiklar yordamida sanatsiya qilish mumkin. Biroq, ushbu davolash usulini amalga oshirayotganda, shikastlangan bronxial oqma yoki ilgari yiring yoki fibrin bilan qoplangan mavjud bronxial oqma ochilishi mumkin. Bunday holda, kasallik piopnevotoraks rivojlanishi bilan murakkablashadi, uni bartaraf etish

uchun plevra bo'shlig'ining shoshilinch drenaji yoki jarrohlik qo'llaniladi. O'pka absessini davolashning punktsiya usulining salbiy tomonlarini hisobga olgan holda, ba'zi jarrohlar ko'krak devorini teshish orqali teri osti drenajni taklif qilishadi. Absess bo'shlig'iga bir nechta yon teshiklari bo'lgan yupqa plastik drenaj trubkasi kiritiladi, bu orqali absess tozalanadi. Ushbu usulning kamchiliklari ham yo'q emas, ular asosan ko'krak qafasining yumshoq to'qimalarining infektsiyasi, plevra bo'shlig'i, piopnevotoraks va teri osti emfizemasi rivojlanishiga olib keladi. Gigant subkortikal joylashgan absesslar uchun terapevtik taktikalar klinik belgilar bilan belgilanadi. Agar absess yaxshi drenajlangan bo'lsa, bronxoskopiya va drenaj holatini o'z ichiga olgan konservativ davo ko'rsatiladi.

Og'ir yiringli intoksikatsiya va suyuqlik sathi bo'lgan ulkan sarkoma absessning rentgenogrammasi bo'lsa, o'pkaning zararlangan qismini anatomik rezektsiya qilishdan iborat jarrohlik aralashuvi ko'rsatiladi. Ushbu davolash strategiyasi yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 3 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun eng mos keladi.

Pnevotoraks uchun terapevtik choralar ham kasallikning klinik ko'rinishiga bog'liq. Nafas yetishmovchiligi bilan kechadigan taranglashgan pnevotoraksining barcha holatlarida shoshilinch plevra punktsiyasi va plevra bo'shlig'ida havo tezda to'plangan taqdirda, bir nechta yon teshiklari bo'lgan rezina naycha bilan drenajlash ko'rsatiladi. Havoning aspiratsiyasi rejimi va plevra bo'shlig'ini drenajlash davomiyligi bronxial oqma tabiatiga va o'pkaning holatiga bog'liq. Agar o'pka tez kengaysa va drenaj trubkasini siqib qo'ygandan keyin tushmasa, ikkinchisini 3-5 kundan keyin olib tashlash mumkin.

Agar plevra bo'shlig'ining bunday uzoq muddatli drenaji samarasiz bo'lsa (bronxial oqim!), bronxial okklyuziya usuli yoki jarrohlik aralashuvidan foydalanish mumkin. O'pkaning anatomik rezektsiyasi (segmental yoki lobektomiya) tavsiya etiladi.

Qisman pnevotoraksda havo plevra bo'shlig'idan chiqariladi, chunki u takroriy plevra punktsiyalari bilan to'planadi.

Progressiv mediastinal emfizema tashxisi qo'yilganda, bronxial oqmani yo'q qilish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvi o'pkaning oqma joylashgan joyini tikish yoki rezektsiya qilish buyuriladi. Ehtimol, o'tkir pnevmoniya yoki sepsisning ushbu turdagi asoratlarida jarrohlik aralashuvga alternativa Rafinskiy - Geraskin-Shtixno usulidan foydalangan holda lobar bronxning okklyuziyasi bo'lishi mumkin.

Adabiyotlarda progressiv mediastinal emfizemani davolashda ushbu usuldan foydalanish bo'yicha ma'lumotlar yo'q.

Yiringli mediastinitni davolashda umumiy chora - tadbirlar hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lib, uni mahalliy antibiotikni orqa mediastinumga yoki uning drenajiga qo'llash bilan to'ldirish mumkin.

Agar yiringli perikardit belgilari aniqlansa, perikardni punktsiya qilish va uning bo'shlig'iga antibiotik yuborish tavsiya etiladi.

O'pka - plevral qon ketishi aniqlanganda davolash choralarining tabiati va ko'lami uning intensivligiga bog'liq.

Qon tupurishda qon ketishini to'xtatishning konservativ usullari qo'llaniladi. Bemorga yoshga qarab Vikasolni mushak ichiga yuborish, 10% kaltsiy xlorid eritmasini tomir ichiga yuborish va kam miqdorlarda (50-100 ml) qon quyish buyuriladi.

Ko'p qon ketish - qon ketish manbasini bartaraf etishga qaratilgan shoshilinch jarrohlik uchun ko'rsatma nisoblanadi. Operatsiya massiv qon quyish himoyasi ostida amalga oshiriladi.

Shunday qilib, bolalarda o'tkir toksik - septik pnevmoniya va sepsisning o'pka - plevral asoratlari muvaffaqiyatli bartaraf etilishining hal qiluvchi sharti ularni o'z vaqtida tashxislash va kompleks terapiya bo'lib, bunda instrumental va jarrohlik usullari muhim rol o'ynaydi.

O'pkaning surunkali nospetsifik yallig'lanish

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, surunkali pnevmoniya "surunkali nospetsifik bronxopulmonal jarayon bo'lib, u bir yoki bir nechta segmentlarda bronxlar deformatsiyasi va pnevmoskleroz shaklida qaytarilmas morfologik o'zgarishlarga asoslangan va o'pka to'qimalarida va (yoki) bronxlarda yallig'lanishning qaytalanishi bilan birga keladi". So'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar surunkali pnevmoniyaning morfologik substrati uzoq muddatli segmentar pnevmatik (metapnevmonal pnevmo - skleroz) va kamdan - kam hollarda boshqa segmentar jarayonlarning (aspiratsion pnevmoniyalar, atelektaz va boshqalar) noxush natijasi ekanligi isbotlangan. Kasallik boshlanganidan 6-8 oy o'tgach tashxis qo'yilgan uzoq muddatli segmentar pnevmoniya tubdan qaytariladigan jarayondir, shuning uchun uni surunkali pnevmoniyaning I bosqichiga kiritish va jarrohlik yo'li bilan davolash imkoniyati to'g'risida savol berish asossiz hisoblanadi.

Surunkali pnevmoniya zamonaviy talqinida o'ziga xos bo'lmagan surunkali nafas olish kasalliklari ro'yxatini tugatmaydi. Bularga segmentar pnevmoskleroz ham kiradi, bu surunkali pnevmoniyadan zararlangan hududlarda aniq yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmagani bilan farqlanadi. Muhim guruh o'pka, bronxlar va o'pka tomirlarining turli xil malformatsiyasidan iborat. Ularning ko'pchiligi ikkilamchi surunkali pnevmoniya deb ataladigan shakllanish uchun asosdir. Ba'zi nuqsonlar shikastlanish hajmida cheklangan va tegishli ko'rsatkichlar mavjud bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan tuzatilishi mumkin. Boshqa jarayonlar odatda jarrohlik yordami ko'rsatilmaydigan keng tarqalgan zararlanishdir.

Surunkali o'pka shikastlanishi ko'plab tug'ma, irsiy va tizimli kasalliklar bilan yuzaga kelishi mumkin, bunda ular ko'pincha kasallik kechishida ustunlik qiladi. Biroq, bu jarayonlar tarqoq yoki keng tarqalgan xarakterga ega. Garchi ularni jarrohlik yo'li bilan davolash masalasi odatda paydo bo'lmasada, so'nggi paytlarda o'pka biopsiyasi ushbu kasalliklarning ko'pchiligida tashxisni aniqlashtirish uchun tobora ko'proq foydalanilmoqda.

Tekshirish usullari

Surunkali pnevmoniyaning dastlabki tashxisi uchun batafsil yig'ilgan anamnez, bolaning klinik tekshiruv va yuqori qattqlikdagi nurlari bilan rentgenogramma yetarli bo'ladi.

Shu bilan birga, surunkali pnevmoniyaning yakuniy tashxisini faqat bronxografiya yordamida amalga oshirish mumkin, bu esa bronxlardagi o'zgarishlarning hajmini va xarakterini aniqlash imkonini beradi.

Adabiyotlarda bronxologik tekshiruvning birinchi maxsus usuli bronkoskopiya bo'lishi kerakligi haqida ma'lumotlar mavjud. O'z-o'zidan bronkoskopik tekshiruv faqat katta va o'rta bronxlarning ichki bo'limlari va shilliq qavatining holati haqida tasavvur beradi va kasallikning yakuniy tashxisi uchun xizmat qila olmaydi. Shu bilan birga, bronxografiyadan oldin darhol qo'llaniladigan bronkoskopik tekshiruv bronxial daraxtni sanatsiya qilish va yuqori sifatli bronxogrammalarni olish imkonini beradi. Bronxologik kombinatsiyalangan tadqiqotning afzalligi - bitta anesteziya seansi davomida tegishli ma'lumotlarni olish imkoniyatidir. Shunday qilib, bronxografiya va bronkoskopiya raqobat usullari sifatida qaralmasligi kerak: ularning birgalikda ishlatilishi eng ko'p ma'lumot olish imkonini beradi.

Hozirgi vaqtda ushbu usullarni asossiz ravishda keng qo'llash tendentsiyasiga e'tibor bermaslik mumkin emas. Bronxologik tekshiruvga

faqat bronxopulmonal apparatlarda doimiy organik o'zgarishlar mavjudligiga yetarlicha asosli shubhasi bo'lgan bolalar yuborilishi kerak. Bundan tashqari, yot jism, bronxlarning boshqa turdagi blokirovkalari va stenozlari, traxeya va yirik bronxlarning izolyatsiya qilingan malformatsiyasi kabi aspiratsiyaga shubha bronkoskopiya uchun maxsus ko'rsatmalar sifatida qaralishi kerak.

Hozirgi vaqtda bronxologik tadqiqotlar, qoida tariqasida, anesteziya ostida amalga oshiriladi: ular ham bronxologlar (pediatr yoki jarroh) va anesteziologlar tomonidan amalga oshiriladi; Bronxografiyani o'tkazishda rentgenologning ishtiroki zarur.

Kamroq qo'llaniladigan usul angiopulmonografiya (APG). Ushbu usul faqat o'pkada qon aylanishining qon tomir patologiyasi mavjudligiga shubha qilingan taqdirda qo'llanilishi kerak. Bunday holda, biz o'pka arteriyasi yoki uning shoxlari arteriovenoz anevrizmalari, tug'ma gipoplaziya venoz drenaj patologiyalari (scimitar sindromi) haqida gapirishimiz mumkin. Olingan kasalliklardan APG gipershaffof o'pka sindromida diagnostik ahamiyatga ega; ba'zi hollarda, APG rezektsiya qilinadigan o'pka sohalari bilan chegaradosh segmentlarning holatini baholash uchun ishlatilishi mumkin.

O'pkada qon oqimini o'rganish uchun radioizotop usullarini pediatriya amaliyotiga joriy etish hatto APGsiz ham uning o'zgarishlar darajasini baholashga imkon beradi.

Bolalardagi o'pka kasalliklari klinikasida aortografik tekshiruv o'pka sekvestri tashxisini tasdiqlash uchun ishlatilishi mumkin, bunda mavhum arterial magistralni aniqlash mumkin. Biroq, bu tadqiqot, agar sekvestr tashxisi katta shubha tug'dirmasa, majburiy emas; operatsion jarroh, aberrant tomir borligiga eng kichik shubhada, hushyor bo'lishi kerak.

O'pka biopsiyasi, qoida tariqasida, bronxlar va o'pkaning yiringli kasalliklari bo'lgan bolalar uchun buyurilmaydi. Shunga qaramay, bolalar pulmonologlari odatda surunkali pnevmoniya deb tashxis qo'yilgan irsiy yoki tizimli kasallikning keng tarqalgan jarayonlari bilan shug'ullanishlari kerak. Ba'zi hollarda ma'lum bir kasallikning tashxisini faqat o'pka to'qimalarining gistologik tekshiruvi yordamida asoslash mumkin. Shuni esda tutish kerakki, bir qator tizimli tarqalgan jarayonlarda biopsiya faqat dastlabki bosqichlarda tavsiya etiladi, chunki, fibroz jarayonning asl mohiyatini yashirib, o'ziga xos o'zgarishlar joyida tezda rivojlanadi.

Tarqalgan jarayonlarda ijobiy natijalarning sezilarli foizi (90% dan ortiq) ochiq o'pka biopsiyasi bilan kuzatiladi; punksiya usullari ijobiy diagnostika ma'lumotlarining past foizini va asoratlarning katta foizini (25-40%) pnevmotoraks, qon tupurish, havo emboliyasini ta'minlaydi.

Asosiy klinik shakllari

Surunkali pnevmoniyaning klinik shakllari bir - biridan juda aniq ajratilgan va ularning xususiyatlarini bilish prognozni baholash va davolash usullarini tanlashda yordam beradi.

Zararlanishining joylashishi va hajmi muhim ahamiyatga ega. Ko'pincha, 50% dan ortiq hollarda, chap o'pkaning pastki bo'lagi (segmentlarning bazal guruhi) alohida yoki lingular segmentlar bilan birgalikda zararlanadi. Ushbu lokalizatsiya bilan deformatsiyalanuvchi bronxit va bronxoektaz kabi deformatsiyalar bir xil darajada keng tarqalgan. Qoida tariqasida, bronxial kengayish darajasi va ta'sirlangan segmentlar soni o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud.

Bronxlardagi yallig'lanishli o'zgarishlarining darajasi, odatda, bronxial deformatsiyalarning og'irligi va natijada, shikastlanish hajmi bilan bog'liq. Endobronxitning og'irligini nafaqat endoskopiya, balki ajralayotgan balg'am miqdori va tabiati bilan ham baholash mumkin. Balg'am to'plash bolalarda 7 yoshdan boshlab, ba'zan undan oldin ham mumkin. Chap pastki bo'lak zararlanganda, ayniqsa lingular segmentlar bilan birgalikda, shilliq yiringli yoki yiringli balg'am bo'lganda endobronxit odatda bronxial daraxtning butun chap yarmiga ta'sir qiladi. Faqat ba'zi bemorlarda remissiya davrida bronkoskopiya normalga yaqin ko'rinishda bo'ladi, ammo bu hollarda patologik bronxlarni yuvganda shilimshiq sekretini olish mumkin. Ba'zi hollarda surunkali pnevmoniya bronxlar va o'pkaning turli xil malformatsiyasiga asoslanadi, ko'pincha pastki chap bo'lakda lokalizatsiya qilinadi. Bularga turli lokalizatsiyaning aplaziyasi va gipoplaziyasi, shu jumladan kista va atepektataz kiradi.

Chap pastki bo'lakdagi zararlanishlarning yuqori chastotasi nafaqat surunkali pnevmoniyaga xos, o'pkaning ushbu qismiga zarar yetkazish (turg'un sklerotik o'zgarishlar rivojlanishi bilan) bronxial daraxtning keng tarqalgan o'zgarishi bilan birga keladi. Bu birinchi navbatda, mukovistsidozga, shuningdek, Munier - Kuhn sindromi, Uilyams - Kampbell sindromi va proksimal bronxlarning hali aniq aniqlanmagan keng tarqalgan malformatsiyasi kabi malformatsiyalarga tegishli. Shunday qilib, chap pastki bo'lakdagi zararlanishni aniqlashda har doim uning mavjudligini aniqlash kerak; izolyatsiya qilingan yoki har qanday

umumiy bronkopulmonal jarayon bilan birga; ikkinchi holatda jarrohlik davolash qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

O'ng o'pkaning pastki bo'lagining zararlanishi surunkali pnevmoniyaning 15-20% hollarda uchraydi va ba'zan o'rta bo'lakdagi o'zgarishlar bilan birlashtiriladi, izolyatsiya qilingan yoki har qanday umumiy bronkopulmonal jarayon bilan birga; ikkinchi holatda jarrohlik davolash qarshi ko'rsatmadir. Buni o'ng tomonlama pastki bo'lak jarayonlari ko'pincha kongnital malformatsiyalarga asoslanganligi bilan izohlash mumkin. Gipoplaziyaga qo'shimcha ravishda, o'ng pastki bo'lakda lokalizatsiya, masalan, o'pka sekvestri kabi nuqsonga xosdir. O'ng pastki bo'lak (ba'zan o'rta bilan birga) bronxda yot jism tufayli rivojlangan surunkali jarayonlarning eng keng tarqalgan lokalizatsiyasi hisoblanadi. Bunday holda, bronxografik ko'rinish xarakterlidir (bronxni yot jism darajasida to'sib qo'yish yoki uni olib tashlangandan keyin bronxning keskin silindrsimon kengayishi) va bu lokalizatsiyaning boshqa shakllariga qaraganda jonliroq bo'lgan klinik ko'rinishlardir.

O'rta bo'lak sindromi (chap o'pkada lingular segmentlar) bolalik davrida o'pkaning bu qismlariga izolyatsiya qilingan zararlanishda tashxis qo'yiladi. Ushbu jarohatlar, boshqa lokalizatsiyalarga qaraganda tez-tez, birlamchi sil kasalligida bronxopulmonal shikastlanishlar, turli xil kelib chiqadigan atepektazlar (masalan, ko'k yo'tal) kabi sabablarga asoslanadi; ammo o'rta bo'lak va uvulaning pnevmoniyadan keyingi pnevmoskleroz bundan mustasno emas.

O'rta bo'lak va lingular segmentlardagi yallig'lanish jarayonining klinik ko'rinishi simptomlarning o'rta og'irligida pastki bo'laklardan farq qiladi. Bunday holda, endobronxit, qoida tariqasida, zararlangan maydonlarning bronxlarida rivojlanadi, faqat o'tkir respirator kasalliklarning paydo bo'lishi paytida ulardan tashqariga tarqaladi. Remitsiya davridagi xirillashlar kam, cheklangan hududda va nomuvofiq eshitiladi. Ko'p hollarda bronxografiya ta'sirlangan segmentlarning bronxlarini u yoki bu darajada kontrastli massa bilan to'ldirmasligini aniqlaydi (bronxostenoz). Bronxoektaziya odatda katta o'lchamlarga yetib bormaydi.

O'rta bo'lak pnevmosklerozining rentgenologik diagnostikasi qiyin emas; giperlordozda tadqiqot odatda xarakterli soyani beradi. Biroq, o'rta bo'lakning shikastlanishini tashxislashning ko'rinadigan qulayligiga qaramay, bu holatlarda tez - tez ko'rinadigan o'ng yoki chap pastki bo'lakning bir vaqtning o'zida shikastlanishi mumkinligini unutmaslik

kerak. Buni doimo eslab qolish kerak, chunki tajriba shuni ko'rsatadiki, o'rta bo'lakning aniq rentgenogrammasi bo'lgan bolalarda deyarli yarmida shunga o'xshash o'zgarishlar pastki bo'laklarda aniqlanadi, ular, qoida tariqasida, kattaroq klinik ko'rinishga ega.

O'rta bo'lak va lingular pnevmosklerozning etiologik diagnostikasi qiyinchiliklarini esga olish kerak; ushbu lokalizatsiyaga ega bo'lgan barcha bolalarda ildiz va o'pka to'qimalarida kalsifikatsiyani aniqlash uchun tuberkulin testlari va tomografiya talab qilinadi.

Nospesifik surunkali pnevmoniyaning yuqori bo'lakning izolyatsiyalangan lokalizatsiyasi juda kam uchraydi va tuberkulyozdan keyingi pnevmoskleroz uchun eng xosdir. Klinik va endoskopik ko'rinish shikastlanish hajmiga va yallig'lanishning og'irligiga bog'liq. Surunkali bronxopulmonal jarayonning bir tomonlama lokalizatsiyasi bilan aniq belgilangan ko'rinishlardan farqli o'laroq, ikki tomonlama shakllarda klinik va radiologik ko'rinishlar sezilarli darajadako'p.

Ko'pincha ikki tomonlama yallig'lanish jarayonlari chap o'pkaning pastki bo'lagi va lingular segmentlarida va o'ng o'pkaning pastki bo'lagi segmentlarida lokalizatsiya qilinadi. Ushbu bemorlarni davolashga yondashuvning murakkabligi nafaqat zararlanishning diffuzligi va yiringli yallig'lanishning og'irligi, balki asosiy jarayon zonasidan tashqarida individual bronxial shoxchalarda doimiy o'zgarishlar mavjudligida hamdir. Bronxlarda bunday keng tarqalgan o'zgarishlar mavjud bo'lganda, har doim tug'ma nuqsonning mavjudligi yodda tutish kerak bo'ladi.

Davolash usullari

Surunkali pnevmoniya bilan og'rigan bolalarni davolash patogeneznining murakkabligi va turli xil klinik va morfologik o'zgarishlar tufayli katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Har bir bemorni davolash kasallikning tabiati va og'irligini, lokalizatsiyasini, jarayonning ko'lamini, bronxial daraxtning zararlanish chuqurligini va zararlanish chastotasini hisobga olgan holda qat'iy individual bo'lishi kerak. Bosqichli davolash tamoyiliga rioya qilish kerak (kasalxona, ixtisoslashtirilgan sanatoriy, bolalar poliklinikasi). Har bir bosqichda davolanishning o'ziga xos maqsadlari bor - umuman olganda, u nafas olish organlarining funktsional imkoniyatlarini to'liq tiklashga va bolaning normal hayot sharoitlariga moslashishiga qaratilgan bo'lishi kerak.

Ko'pgina hollarda konservativ usullar yordamida barqaror kompensatsiyaga erishish mumkin va ular jarrohlikdan ustun bo'lishi kerak, ayniqsa bolalarda jarrohlik aralashuvi organning keyingi rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Konservativ terapiya. So'nggi yillarda terapevtik vositalar arsenalining ko'payishi konservativ davoning yetarli darajada samaradorligi to'g'risida ilgari o'rnatilgan g'oyalarni qayta ko'rib chiqishga va shu bilan jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni kengaytirish zarurligiga olib keldi.

Surunkali bronxopulmonal jarayonlar bilan og'rigan bemorlarning ko'p qismida konservativ terapiya jarayonni uzoq vaqt davomida barqarorlashtirishga (hech bo'lmaganda bolalik va o'smirlik davrida) va qaytalanish chastotasi va xavfini keskin kamaytirishga qodir. Bizning uzoq muddatli kuzatuvimiz (5-10 yil) ostida 1-2 konservativ terapiya kursidan so'ng barqaror remissiyaga erishgan bemorlarning katta guruhi (500 dan ortiq bolalar) mavjud; O'tkir respirator kasalliklarda antibakterial terapiyaning qisqa kurslarini o'tkazish ko'p hollarda surunkali bronxopulmoner jarayonning kuchayishini oldini olishga imkon beradi.

Antibiotik terapiyasi bronxopulmonal tizimda yallig'lanish jarayoniga qarshi kurashning eng muhim usullaridan biridir. Surunkali pnevmoniya bilan og'rigan bolalar odatda turli antibiotiklarni uzoq vaqt va qayta - qayta qabul qilishlari va nafas olish yo'llaridan chiqarilgan flora ko'pincha bir qator antibakterial preparatlarga nisbatan sezgir bo'lmaganligi sababli antibiotiklarni tanlash ko'pincha qiyinchilik tug'diradi.

So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bolalarda surunkali pnevmoniya holatlarida, qoida tariqasida, aralash mikrofloralar (streptokokklar, stafilokokklar, Haemophilus influenzae, kataral diplokokklar, alohida hollarda, E. coli va Pseudomonas) ekilgan. Izolyatsiya qilingan shtamlarning ko'p qismi antibiotiklarga nisbatan yuqori qarshilikka ega, bundan tashqari, u yerda mavjud bo'lgan sklerotik o'zgarishlar va qon oqimining buzilishi natijasida zararlanish o'chog'iga yetarlicha kirmaydi.

Bularning barchasi ko'pincha antibiotiklarning katta dozalarini qo'llashni talab qiladi. Bizning tajribamiz shuni ko'rsatadiki, penitsillinning sutkalik dozalari 100 000 birlik/kg, yarim sintetik

penitsillinlar 100-150 mg/kg, gentamitsin 3-5 mg/kg, seporin 100 mg/kg parenteral yuborilganda, odatda klinik ta'sir ko'rsatishi kerak. Surunkali bronxopulmonal kasalliklar uchun antibiotik terapiyasining muhim printsiplari, ayniqsa, qaytalash davrida, uning yetarli davomiyligi ko'pgina hollarda surunkali pnevmoniyaning kuchayishi antibiotiklarni kamida 3-4 hafta, ba'zan 2-3 oygacha bo'lgan muddatga buyurishni talab qiladi. Surunkali pnevmoniya bilan og'rigan bemorlarni aniq kuchaymasdan, ammo yallig'lanish jarayonining turli darajadagi faolligi bilan davolash (ko'p miqdorda yiringli balg'am va yo'talning mavjudligi, og'ir endobronxit, ko'p miqdorda nam toshmalar, qon tarkibidagi o'zgarishlar, EChT ortishi, α_2 g-globulinlar va gaptoglobinlarning oshishi) bu hodisalar bartaraf etilmaguncha yoki kamayguncha amalga oshirilishi kerak. Va bu holda antibiotik terapiyasi kurslari kamida 3-4 hafta bo'lishi kerak. Ba'zi hollarda yallig'lanish jarayonining faollik darajasini baholash katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Shuning uchun, biz surunkali pnevmoniya bilan og'rigan barcha yangi tashxis qo'yilgan bemorlarga antibakterial terapiyani tavsiya qilamiz. Ushbu terapiya ta'siri ostida jarayonning dinamikasini baholash bemorning ahvolini tavsiflashda katta yordam beradi. Bu ham muhimdir, chunki, ma'lum bir foiz hollarda hali ham to'liq teskari rivojlanishga qodir bo'lgan cho'zilgan segmentar (lobar) pnevmoniya surunkali pnevmoniyaga xos bo'lgan bronxopulmonal jarayon bilan adashtirilishi mumkin. Ushbu shakllardagi rentgenologik o'zgarishlarni pnevmosklerotik, vaqtinchalik bronxoektaziyaning esa doimiy sifatida qabul qilish mumkin. Bizning tajribamiz shuni ko'rsatadiki, bunday xatolar amalda sodir bo'lishi mumkin va ulardan qochishning yagona yo'li bemorni jarrohlarga topshirishdan oldin konservativ terapiyani o'tkazishdir; Klinikamizda shu tariqa biz torpid, cho'zilgan polisegmentar pnevmoniya bilan og'rigan bir qator bemorlarda jarrohlik amaliyotidan qochishga muvaffaq bo'ldik.

Antibiotiklar bilan aerozol terapiyasining samaradorligi ularning parenteral yuborish samaradorligidan past; bundan tashqari, aerozollar ko'pincha bemorlar va xodimlarda allergik holatlarning rivojlanishiga olib keladi.

Antibiotiklarni nazotraxeal kateter yoki laringeal shprits yordamida, shuningdek, bronxoskop orqali intratraxeal va intrabronxial yuborish

yordamchi usul hisoblanadi. Uni qo'llash asosan an'anaviy terapiyaga mos kelmaydigan doimiy yiringli endobronxit mavjudligida oqlanadi.

Surunkali bronxopulmonal kasalliklarni davolashning yana bir asosiy usuli - bu bronxlar tarkibidagi postural drenaj, tebranish massaji bilan birgalikda drenaj seansini o'tkazishdan oldin proteolitik, mukolitik va antispazmodik aërozollardan foydalanish balg'amning o'tishini yaxshilaydi. Drenaj surunkali pnevmoniya bilan og'rigan barcha bemorlarga, hatto balg'am kam bo'lsa ham ko'rsatma hisoblanadi. Balg'amni ko'p ajratadigan bemorlarda u doimiy ravishda, ham klinikada, ham uyda o'tkazilishi kerak.

So'nggi paytlarda surunkali bronxopulmonal kasalliklarga chalingan bemorlarni bronkoskopik davolash usuli ommalashmoqda. Bronkoskopik sanatsiya bronxlardan sekretiyni so'rib olish, bronxial daraxtni yuvish va to'g'ridan - to'g'ri turli xil dori - darmonlarni o'choqqa kiritishdan iborat. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, yiringli oqindi ko'p bo'lgan bolalarda 8-10 ta bunday protsedurani (haftasiga 2-3 marta) o'tkazish bronxlardagi yallig'lanishli o'zgarishlarini sezilarli darajada pasayishiga olib keladi. O'z - o'zidan ma'lumki, ushbu turdagi terapiya maxsus ko'rsatmalar bilan cheklanishi kerak. Operatsiyadan oldingi davrda va boshqa terapiya samara bermagan bemorlarda foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi. Boshqa hollarda, siz ushbu usulga murojaat qilmasligingiz kerak, chunki, relaksantlardan foydalangan holda anesteziya ostida bronkoskopiyaning o'zi kasal bolaga nisbatan befarq muolaja hisoblanmaydi. Konservativ terapiya odatda kichik hajmdagi o'zgarishlar: pastki qismning bir yoki ikkita segmenti, o'rta qismi, yuqori qismi bo'lgan bemorlarda samarali bo'ladi. Bu bolalar muvaffaqiyatli davolanadilar, jarayonning barqaror remissiyasi va barqarorlashuviga erishadilar.

Bazal segmentlarga zarar yetkazilgan ko'plab bemorlarda konservativ davo ham juda samarali bo'ladi va bu bronxlarning kengaymasdan deformatsiyalari hamda bronxoektaziya bilan sodir bo'ladi.

Doimiy yiringli endobronxit va jarayonning qo'shni segmentlarga va (yoki) boshqa o'pkaga intrakanalikulyar tarqalishi belgilari bilan og'rigan bemorlarda konservativ davo ko'pincha jarayonni barqarorlashtirishda

samarali bo'ladi, ammo, bu bolalarda odatda barqaror va uzoq muddatli remissiyaga erishib bo'lmaydi.

Konservativ terapiyaning ijobiy natijalari ba'zi hollarda jarrohlik davolash zarurligini istisno qilmaydi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash. Surunkali pnevmoniya uchun jarrohlik aralashuvni amalga oshirishning asosiy asosi bu jarayonning cheklanganligi hisoblanadi. Shunday qilib, o'pkaning zararlangan segmentlarini olib tashlash, sog'lom o'pka parenximasining saqlanib qolgan hajmini sezilarli darajada kamaytirmasdan, bemorni surunkali yallig'lanish o'chog'idan xalos qiladi. Jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashda quyidagi omillarni hisobga olish kerak: bemorning yoshi, zararlanish hajmi, zararlangan hududda va qo'shni segmentlarda bronxial daraxtning shakllanish darajasi, endobronxitning tabiati. Kasallikning davomiyligi, uning kechishi, davolanishning tabiati va uning samaradorligi to'g'risidagi ma'lumotlarga amal qilish kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, bemorning operatsion qobiliyatini baholash, ya'ni klinik va rentgen - bronxologik ma'lumotlar asosida dastlabki tashxis qo'yish paytida jarrohlik aralashuvining asosiy imkoniyati har doim ham mumkin emas. Konservativ terapiya usullarini qo'llash davrida bolaning holatini dinamik baholash muhimdir. Amalda, bu jarrohlik bo'yicha yakuniy qaror konservativ terapiyaning to'liq kursidan kamida 6-12 oy o'tgach o'tkazilgan rentgen - bronxologik tekshiruvdan so'ng qabul qilinishi mumkinligini anglatadi. Oldingi konservativ terapiya samarasiz bo'lgan holatlarda ushbu qoidadan chetga chiqish mumkin.

Qanday bo'lmasin, "muddatni o'tkazib yuborish" qo'rquvi tufayli operatsiyaga shoshilmaslik kerak, chunki, jarayon ko'p hollarda juda sekin rivojlanadi yoki umuman rivojlanmaydi. Jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashda zararlanish hajmi va uning lokalizatsiyasi eng muhim parametrlardan biridir. Bir tomondan, bir yoki ikkita segmentning shikastlanishi kamdan - kam hollarda og'ir klinik ko'rinishni keltirib chiqaradi, bu esa rezektsiyaning maqsadga muvofiqligi haqida o'ylashga majbur qiladi, bu xususan, o'rta ko'ks oralig'i va lingulyar jarayonlarda sodir bo'ladi. Boshqa tomondan, umumiy jarayonlar (bitta o'pkada yetti segment yoki undan ko'p) qolgan o'pka to'qimalarining yo'qolgan funktsiyani qoplay olmasligi sababli jarrohlik yo'li bilan davolanmaydi. Bunday holda, operatsiya qilingan

o'pkaning qolgan segmentlarini tiklash uchun hisobga olish kerak. Masalan, III dan X gacha chap o'pka segmentini olib tashlashda saqlangan I va II segmentlarning to'liq ishlashiga ishonish qiyin; bunday hollarda pulmonektomiya qilish mumkin.

Bir tomonlama o'pka rezektsiyasining eng keng tarqalgan turi bu pastki bo'lakni izolyatsiya qilingan holda yoki IV-V segmentlar bilan birgalikda olib tashlashdir. Shu bilan birga, qolgan segmentlar odatda yaxshi tekislanadi va ishlaydi. Ushbu mulohazalar har doim operatsiya ko'rsatmalarida hisobga olinishi kerak. Ko'pincha pastki bo'laklarning apikal (VI) segmentlari pastki bo'lakning bazal segmentlari shikastlanganda buzilmagan bo'lib qoladi. Ularni saqlab qolish juda maqsadga muvofiqdir, chunki apikal segmentlar o'pkaning qolgan segmentlarini qoplashda doimo faol ishtirok etadilar. Rezektsiya hajmini aniqlashda asosiy markazga qo'shni segmentlarning holatini baholashga juda qat'iy yondashish kerak. Ko'p hollarda bu masala faqat operatsiya paytida hal qilinishi mumkin. Radikal operatsiyaga to'sqinlik qiladigan bitta o'pkada keng tarqalgan jarayon bo'lgan bemorlarda eng ko'p zararlangan hududni palliativ rezektsiya qilish mumkin. Bunday holda, tanlov pnevmoskleroz va ektazatsiyaning eng aniq darajasiga ega bo'lgan ulush bilan cheklanishi kerak. Ikki tomonlama morfologiyali o'zgarishlar bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar masalasi juda murakkab. Ushbu bemorlar guruhiga yondashuv asosiy shikastlanishning operatsion qobiliyatini baholashga asoslanishi kerak, uni olib tashlash (aniq yiringli jarayon mavjud bo'lganda) bemorning ahvolini sezilarli darajada yaxshilashga va boshqa o'pkada yallig'lanish jarayonining pasayishiga olib kelishi mumkin. Biroz vaqt o'tgach, ikkinchi o'pkada operatsiya amalga oshirilishi mumkin. Shu bilan birga, saqlanib qolgan o'pka parenximasining funktsional imkoniyatlarini yanada ehtiyotkorlik bilan baholash kerak. Bemorning yoshi operatsiya uchun ko'rsatmalarni aniqlashda muhim ahamiyatga ega. Aksariyat mualliflar 7 va undan katta yoshdagi bolalarda o'pka rezektsiyasini o'tkazishni tavsiya qiladilar, chunki, o'pka tuzilmalarining differentsiatsiyasi asosan shu yoshga kelib tugaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, ko'pincha maktabgacha yoshda kasal bo'lgan bolalarda 8-10 yoshda qaytalanishi kamroq uchraydi. Bu jarayonning og'irligini va jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar mavjudligini ob'ektiv baholashga

imkon beradi. Shunday qilib, jarrohlik yo'li bilan davolash bir tomonlama jarayonlar bilan og'rig'an bemorlarda, pastki bo'lakning chegaralari bilan cheklangan yoki yiringli jarayon konservativ davoga javob bermaydigan o'rta (lingual segmentlari) bo'lgan bemorlarda tavsiya etiladi. O'pka yetishmovchiligi bo'lgan pulmonektomiya eng qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirilishi kerak. Surunkali pnevmoniya bilan og'rig'an bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalari ijobiy harakatlarning yuqori foizini aniqlaydi. Pediatri-pulmonologlar va bolalar o'pka jarrohlarining birgalikdagi ishi, konservativ va jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish surunkali bronxopulmonal yallig'lanishi bo'lgan bolalar uchun shubhasiz terapiya samaradorligini oshirishning kalitidir.

2-BOB. ME'DA - ICHAK TRAKTI A'ZOLARINING KASALLIKLARI

"Chegaradosh" deb tasniflanishi mumkin bo'lgan oshqozon - ichak trakti kasalliklari doirasi juda keng va xilma - xildir. Ushbu kasalliklar rivojlanish mexanizmlari, klinik ko'rinishlari va tadqiqot usullari, taktik jihatdan terapevtik yondashuv va amaliy ahamiyati jihatidan bir - biridan sezilarli darajada farq qiladi. So'nggi yillarda akseleratsiya va boshqa omillar tufayli oshqozon - ichak trakti kasalliklari sonining ko'payishi kuzatilmoqda, bu esa ushbu muammoning dolzarbligini belgilaydi. Pediatrlarda oshqozon yarasi, pankreatit, surunkali ich qotishi va boshqalarga nisbatan ehtiyotkorlik yo'qligi, bolaning o'sishi va rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan jiddiy asoratlar paydo bo'lganda, ushbu patologiya kech aniqlanishiga olib keladi. Ko'pgina tadqiqotchilar kattalarda uchraydigan va ko'pincha jarrohlik aralashuvini talab qiladigan og'ir kasalliklarning kelib chiqishi bolalik va o'smirlik davriga borib taqaladi degan xulosaga kelishadi. Aynan shu narsa bolalik davrida ko'rib chiqilayotgan patologiyani sinchkovlik bilan o'rganish va to'g'ri oqilona davolash muhimligini belgilaydi.

ME'DA YARA KASALLIKLARI

Gastroenterologik patologiyasi bo'lgan bolalar orasida kasallik 4-10% hollarda uchraydi. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, bolalarda oshqozon yarasi kasalligining etiologiyasi va patogenezi kattalardagi kabi sabablar va mexanizmlarga asoslangan. Zamonaviy qarashlarga ko'ra, oshqozon yarasining kelib chiqishi va rivojlanishida asab, gumoral, immunoallergik va mahalliy faktoralar asosiy rol o'ynaydi. Oshqozon yarasi bilan og'riq bolalar asosan og'riqdan shikoyat qiladilar. Uning keskinligi bolaning yoshiga, tananing anatomik va fiziologik xususiyatlariga, yaraning o'lchamiga, secretor - motor kasalliklariga va boshqalarga qarab farq qilishi mumkin.

Tekshirish usullari

Agar oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yarasi shubha qilingan bo'lsa, tashxisni aniqlashtirish uchun bir qator umumiy klinik va maxsus tadqiqot usullari o'tkaziladi. To'liq qon tahlilida anemiya yoki eritrotsitozni, ba'zida aniq bo'lmagan leykotsitoz yoki leykopeniyani, qonning quyuqlashishi tufayli gemoglobin miqdorining ko'payishini, shuningdek, oshgan EChT, limfotsitoz, eozinofiliya, monotsitozni

aniqlanadi. Ko'pgina tadqiqotchilar bu o'zgarishlarni vagotonin natijasi deb bilishadi.

Yashirin qon uchun najas tekshiruvi o'tkaziladi. Oshqozon shirasini fraksional o'rganish N. I. Leporskiyning so'zlariga ko'ra, Veretyanov – Myasoedov - Novikov modifikatsiyasida oshqozonning kislota hosil qiluvchi funksiyasini o'rganish uchun amalga oshiriladi. Fiziologik stimul sifatida M. K. Petrova va S. M. Ryss bo'yicha 7% karam damlamasi ishlatiladi.

So'nggi yillardagi ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, vaqt birligiga xlorid kislota ishlab chiqarish hajmini aniqlash (oqim tezligi - soat), oshqozonning kislotali qobiliyatini aniq baholashga imkon beradi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, sog'lom bolalar guruhida sekretsianing bazal bosqichida erkin xlorid kislotaning oqim tezligi $21,9 \text{ mg} \pm 4,82 \text{ mg}$, rag'batlantirilganda esa $69,02 \text{ mg} \pm 4,02 \text{ mg}$ ni tashkil qiladi.

Xlorid kislota ishlab chiqarishni aniqlashdagi xatolar asosan me'da shirasining to'liq olinmasligi bilan bog'liq, kislotalilik darajasining mumkin bo'lgan noto'g'ri ta'riflari kamroq ahamiyatga ega. Xlorid kislota oqimi me'da shirasiga sezilarli safro aralashmasi mavjud bo'lganda hisoblanmasligi kerak, chunki ma'lumotlar buzilgan bo'ladi. E. Y. Lipar tomonidan ishlab chiqilgan Zond yordamida intragastral pH-metria oshqozonning kislota hosil qiluvchi va neytrallashtiruvchi funksiyasining buzilishlarini differensial ravishda aniqlashga, shuningdek, terapiya samaradorligini baholashga imkon beradi. O'lchov natijalari dispersiya darajasiga yoki oshqozon tarkibidagi safro, qon va boshqalar ko'rinishidagi aralashmalarning mavjudligiga bog'liq emas.

Elektrogastrografiya tabiiy holatga yaqin sharoitlarda ovqat hazm qilish jarayonida oshqozonning peristaltik faoliyatini o'rganishga imkon beradi. Mamlakatimizda EGS-4 m elektron apparati keng tarqaldi. Oshqozonning motor funksiyasi amplituda balandligi va uning tebranish chastotasi bilan bir daqiqada baholanadi, normokinetik, gipokinetik va giperkinetik turlari farqlanadi. Oshqozon - ichak traktining yuqori qismini rentgenologik tekshirish, agar oshqozon yarasi shubha qilingan bo'lsa, barcha holatlarda amalga oshirilishi kerak. To'g'ridan - to'g'ri va bilvosita rentgenologik belgilar mavjud. To'g'ridan - to'g'ri belgilarga "tokcha", yallig'lanish o'rami, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak konturlarining chandiq deformatsiyasi, burmalarning "tokcha" yoki yarali chandiqqa yaqinlashishi kiradi. Bilvosita belgilar oshqozon tonusining o'zgarishi, peristaltikaning kuchayishi, o'n ikki barmoqli ichakdagi kontrast

moddaning turg'unligi yoki uning tez bo'shatilishi, shuningdek mahalliy og'riq, pilorospazm bilan ma'lum bir hududda shilliq qavat relyefining buzilishi, och qoringa sekretor suyuqlik darajasining mavjudligi va boshqalar.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni endoskopik tekshirish eng informatsion usullardan biri bo'lib, uning imkoniyatlari fibro-tolali vositalarni amaliyotga joriy etish bilan sezilarli darajada kengaydi. Endoskop orqali shilliq qavatni to'g'ridan - to'g'ri tekshirish nafaqat diagnostika imkoniyatlarini kengaytiradi, balki davolanish ustidan dinamik nazoratni amalga oshirishga imkon beradi.

Asosiy klinik shakllar

Oshqozon yarasi — bu organning pastki qismi va tanasida oshqozon yarasi lokalizatsiyasi va o'n ikki barmoqli ichak - oshqozon yarasi-piloroduodenal zonada oshqozon yarasi lokalizatsiyasi bilan ajralib turadi. Bolalarda oshqozon yarasining o'n ikki barmoqli ichak yarasiga nisbati 1:2 dan 1:10 gacha. Bolalarda bir nechta yaralar kam uchraydi, taxminan 1,5—2% hollarda qo'shaloq lokalizatsiya aniqlanadi. Bundan tashqari, bolalarda postbulbar yaralar kam uchraydi. Biroq, ular ko'proq injiq va og'ir kechish, tez - tez qaytalashga moyilligi bilan ajralib turadi, davolash qiyin.

Bolalardagi oshqozon yarasining klinik ko'rinishlari tananing yosh xususiyatlariga bog'liq. Ko'pgina hollarda xarakterli "yara" anamnezining yo'qligi, klinik belgilarning eskirishi kasallikning o'z vaqtida aniqlanishini juda qiyinlashtiradi, bu ko'pincha og'ir, dahshatli asoratlarga olib keladi va bemorlar jarrohlik bo'limida davolanadi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, har 40 boladan 3tasida kasallik oshqozon -ichakdan qon ketish bilan aniqlangan. Deyarli barcha boshqa bolalarda kasallik asta - sekin rivojlanib boradi.

Bolalarning 2/3 qismida kasallikning davomiyligi 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan. Binobarin, kasal bolalarning atigi 1/3 qismiga kasallikning birinchi yilida, 2/3 qismiga esa uzoq vaqtdan keyin tashxis qo'yilgan. Bolalar uzoq vaqt davomida, qoida tariqasida, xoletsistit, gastrit, gijja invaziyasi uchun samarasiz davolanishgan, bu esa oshqozon yarasi kasalligini tashxislashdan ancha oldin paydo bo'lishini istisno qilmadi. Bolalikning o'ziga xos xususiyati anamnestic ma'lumotlarni yig'ishning qiyinligi hisoblanadi, chunki, bolalarda so'rov paytida og'riq kuzatilmasa, shikoyatlarni osongina unutishadi, o'zlarining his - tuyg'ularini qanday farqlashni bilishmaydi, og'riqning tabiatini, uning

paydo bo'lish vaqtini, lokalizatsiyasini va ularni keltirib chiqargan sabablarini aytib berolmaydilar; shu bilan birga, bolalarni osongina chalg'itish mumkin, shuning uchun, ularga ehtiyotkorlik bilan savollar berish kerak.

Kasallikning boshida og'riq odatiy emas; keyinchalik ular doimiy bo'lib, bolalarning $\frac{2}{3}$ qismida "och", kamroq "tungi" xaraktergagi og'riq bo'ladi. Kamroq boshlang'ich maktab yoshidagi bolalarda kuchli va uzoq muddatli og'riq sindromi kuzatiladi. O'rta maktab yoshidagi bolalarda og'riq sindromi yanada aniqroq va uzoq davom etadi; u har doim och qoringa, ba'zan, tunda paydo bo'ladi va ovqatdan keyin to'xtaydi.

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, dispeptik kasalliklar og'riq bilan birga yetakchi alomatlar bilan namoyon bo'ladi, ammo shikoyatlarda ular og'riqdan kamroq aks etadi, chunki, bolalar har doim ham dispeptik kasalliklar bilan bog'liq his - tuyg'ularni qanday tavsiflashni bilishmaydi. Ehtimol, shuning uchun turli mualliflarning individual dispeptik kasalliklarning namoyon bo'lish chastotasi haqidagi fikrlari turlicha.

Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, boshlang'ich maktab yoshidagi bolalar orasida qusish $\frac{1}{4}$, bemorlarning $\frac{2}{3}$ qismida ko'ngil aynish qayd etilgan. O'rta maktab yoshidagi bolalarda ko'ngil aynishi, qusish ko'pchilikda kuzatilgan, ammo kattalarga qaraganda kam miqdorda va tez-tez uchraydi. Jig'ildon qaynashi va kekirish, bolalar uchun kam tushuniladigan hislar sifatida, boshqa dispeptik kasalliklarga qaraganda kamroq aniqlanadi. Dispeptik kasalliklar kasallikning dastlabki belgilari sifatida faqat o'spirinlarga xosdir. Ko'pincha bolalarda oshqozon yarasining yetakchi belgisi og'riq sindromining (och qoringa og'riq) dispeptik (ko'ngil aynishi, qusish) bilan birikmasi uchraydi. Ko'pgina bolalarning ishtahasi pasayadi.

Kattalardagi kabi bolalarda oshqozon yarasi kasalligi uchun ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari juda kam. Ko'pgina bemorlar terining oqarishi, tilning karash bilan qoplamanishi, hissiy beqarorlik bilan ajralib turadi. Bolalarda qorinni palpatsiyada odatda og'riqning aniq, xarakterli lokalizatsiyasi kuzatilmaydi. Og'riq ko'pincha epigastral va piloroduodenal sohalarda kuzatiladi, bu ba'zan o'rta chiziq bo'ylab og'riq bilan birlashtiriladi, bolalarning $\frac{1}{4}$ qismida og'riq faqat kindik ustidagi o'rta chiziq bo'ylab aniqlanadi. O't yo'llarining komorbid patologiyasi o't pufagi nuqtasida kuchsiz og'riq bilan tavsiflanadi. Oshqozon yarasi

klinikasida muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan mushaklarni himoya qilish alomati bolalarda kamdan - kam uchraydi.

Shunday qilib, patognomonik simptomlarning yo'qligi, kasallikning klinik ko'rinishlarining eskirishi bolalarda oshqozon yarasini o'z vaqtida aniqlashni juda qiyinlashtiradi. Shuning uchun, qorin og'rig'i noaniq bo'lgan va oshqozon yarasi kasalligiga shubha qilingan barcha bolalarni tekshirish uchun kasalxonaga yotqizish kerak.

Davolash usullari

Oshqozon yarasining polietiologiyali ekanligi va patogenezining murakkabligi ushbu kasallikni davolashda murakkablik va individuallikni belgilaydi. Oshqozon yarasini davolash umumiy patogenetik mexanizmlarga ham, mahalliy jarayonga ham ta'sir ko'rsatishga qaratilgan.

Kompleks terapiya parhez va dori -darmonlarni, fizioterapevtik va sanator - kurort davolashni o'z ichiga oladi.

Oshqozon yarasi surunkali, siklik kasallikdir va shuning uchun, uning ayrim bosqichlarida (qo'zg'alish, susaygan qo'zg'alish, remissiya) rejim va parhez turlicha bo'ladi.

Qo'zg'alish davrida shifoxonada davolashni talab qiladi, chunki, bemorlar 2 hafta davomida qattiq yotoq rejimiga muhtoj bo'ladi. Dam olish oshqozon faolligining pasayishiga yordam beradi, bu davolanishning muvaffaqiyati uchun muhimdir.

Bolaning oshqozon yarasini davolashda yetakchi o'rinni oshqozonni saqlash printsipiga asoslangan parhez davolash, zo'riqishni asta -sekin oshirib borish, mexanik va kimyoviy ta'sirlanish xususiyati beruvchi moddalar bundan mustasno, osh tuzini cheklash tavsiya etiladi. Ovqatlanish tez - tez, porsiyali, kam miqdorda bo'lishi kerak; shuni ta'kidlash kerakki, issiq ovqat iliq ovqatga qaraganda kuchli stimullovchi ta'sirga ega.

Qo'zg'alish bosqichida birinchi haftada - №1a; ikkinchi va uchinchi davrda - №1b parhez; to'rtinchi hafta davomida - 3-4 oy davom etadigan №1 parhez tavsiya etiladi. Uzoq muddatli parhezdan ular yanada kengaytirilgan parhezga o'tadilar, ammo, tuzalganidan keyin 2-3 yil o'tgach, hatto, to'liq va doimiy remissiya holatlarida ham, achchiq ovqatlar, dudlangan go'shtlar, shuningdek dag'al tolalarni o'z ichiga olgan sabzavotlarni iste'mol qilish taqiqlanadi.

Och qoringa va ovqatlar orasida qaynatilgan sut berilishi kerak. Sekin ovqatlanish va ovqatni yaxshi chaynash, neytrallashtiruvchi

xususiyatlarga ega bo'lgan tupurikning yanada aniq himoya ta'siriga yordam beradi.

Yengil parhezdan uzoq muddatli foydalanish gipovitaminozga olib kelishi mumkin, shuning uchun, vitamin terapiyasi (B1, B12, C, A) oshqozon yarasini davolashda alohida ahamiyatga ega.

Oshqozon yarasining kuchayishini davolashda antixolinergiklar keng qo'llaniladi, ular asab tizimining turli darajalarida xolinergik sinapslarda asab impulslarining uzatilishini bloklash qobiliyatiga ega.

Parasimpatik nervlarning sinapslarini bloklovchi antixolinergik dorilar mavjud (atropin va atropinga o'xshash moddalar); gangliolit preparatlari, ganglionlarda impulslarni bloklaydi (geksoniy va boshqalar); Markaziy sinapslarda nerv impulslarining uzatilishini blokirovka qiluvchi Markaziy antixolinergik dorilar (gangleron va boshqalar).

Klassik antixolinergik atropin bo'lib, u oshqozon sekretor funksiyasiga ingibitiv ta'sir ko'rsatadi va oshqozon - ichak traktining silliq mushaklariga ta'sir ko'rsatadi. Atropin 0,1% suvli eritmaning dozasida kuniga 3 marta ovqatdan oldin 3-5 tomchi - 7-10 kun yoki parenteral 0,5-1,0 ml bir xil eritmaning yoshiga qarab kuniga 1-2 marta buyuriladi. Periferik xolinolitiklar orasida tanlangan dori atropinga o'xshash va ganglion blokirovka qiluvchi ta'sirga ega kvateron hisoblanadi. Kuniga 2 marta 10-20 mg dan buyuriladi. Kuniga 2 marta 25 mg dan ishlatiladigan geksoniy preparati o'zini samarasini ko'rsatdi.

Antixolinergiklar ikki haftalik sikl shaklida ma'lum ehtiyotkorlik bilan buyuriladi, chunki, ular qon bosimini pasaytirishi, bosh aylanishi, taxikardiya, ko'ngil aynishiga olib kelishi mumkin.

Ulardan foydalanish asosan oshqozon yarasining kuchayishi paytida kuchli og'riq sindromi kuzatilganda ko'rsatma hisoblanadi. Hozirgi kunda ko'pchilik oshqozon yarasining paydo bo'lishi oxir - oqibat kislota - peptik omil faolligining oshishi va gastroduodenal tizimning shilliq qavatining qarshiligining pasayishi bilan belgilanadi, deb hisoblashadi. Shuning uchun, oshqozon yarasini davolashda kislotali oshqozon tarkibini zararsizlantiradigan va undagi pepsin kontsentratsiyasini kamaytiradigan dorilar - antatsidlar katta o'rin egallaydi. Antatsidlar eruvchan va kam eruvchanga bo'linadi: birinchisi tez neytrallashtiruvchi ta'sirga ega (bikarbonat, ichimlik sodasi, kaltsiy karbonat, karbonat angidrid va kuygan magneziya), ikkinchisi neytrallashtiruvchi va adsorbsion ta'sirga ega (alyuminiy oksidigidrat, magniy trisilikat, almagel va boshqalar).

Ushbu guruhning antatsidlari uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadigan kislota qarshi vosita bo'lib, alkaloz xavfisiz uzoq muddatga tavsiya etiladi.

Oshqozon sekretor funksiyasi oshgan, oshqozon yarasining kuchayishi bo'lgan barcha bemorlarga antatsidlar tavsiya etiladi.

Antatsidlarni balg'am ajralishini kuchaytiradigan, adsorbsiya qiluvchi fermentlar va oshqozonning asosiy bezlari sekretsiasining intensivligiga ta'sir qiluvchi dorilar bilan birga tavsiya etish juda samarali hisoblanadi. Bunday dorilar vikalin, bikalin, roter bo'lib, ular vismutning antispastik va o'simlik preparatlari bilan biriktiruvchi va surgi ta'sir ko'rsatadi.

Ular oshqozonning sekretor va kislota hosil qiluvchi funksiyasini kamaytiradi, spazmni yo'qotadi, qon tomirlarining o'tkazuvchanligini pasaytiradi, yallig'lanishga qarshi burishtiruvchi va surgi ta'sirga ega. Bolalarga vikalin kuniga 2-3 marta ovqatdan keyin 0,5-1 tabletkadan buyuriladi. Davolash kursi 30-45-60 kun.

Almagel va almagel A preparatlari yaxshi samaraga ega, ular tarkibida ishqoriy gelda mahalliy og'riqsizlantiruvchi mavjud bo'lib, patologik ravishda oshgan oshqozon sekretsiasini va kislotaligini pasaytiradi. Bolalarga ovqatdan 30 daqiqa oldin kuniga 3 marta 1/2-1 dozalangan qoshiqda buyuriladi. Davolash kursi 3-4 hafta. Preparatlar deyarli qarshi ko'rsatmaga ega emas.

Yaraning davolashga yordam beradigan vositalar orasida pirimidin hosilalarining ayrim vakillari mavjud. Bularga pentoksil va metiluratsil (metatsil) kiradi, ular nuklein kislotalarning sintezini rag'batlantiradi, regeneratsiya jarayoniga yordam beradi.

Pentoksil kuniga 3 marta 0,25 - 0,3 g dozada, ovqatdan 15-20 minut o'tgach, 1 oy davomida buyuriladi. Metilurasil yoshga qarab kuniga 3-4 marta 0,25-0,5 g dozada, 1 oy davomida beriladi.

Bizning kuzatishlarimiz shuni ko'rsatdiki, ba'zi hollarda metabolik jarayonlarga ogohlantiruvchi ta'sir ko'rsatadigan, avtonom asab tizimining buzilishlarini tenglashtiradigan va to'qimalarning tezroq tiklanishiga yordam beradigan biostimulyatorlarni tayinlash yaxshi samara beradi. Aloe ekstrakti teri ostiga 1 ml, 30-35 kun davomida buyuriladi.

Kam ovqatlanish, kasallikning og'ir kechishi bo'lgan bolalarga gastrit, duodenit bilan birga oqsil gidrolizatlaridan foydalanish tavsiya etilishi mumkin: aminopeptid-2, gidrolizin L-103, 100-200 ml tomir

ichiga, 4-5 infuziya, aminokrovin yoki fraksiyonal qon quyish, 50-100 ml, 2 dan 5 kungacha bo'lgan interval bilan, kurs uchun 3-5 marta tavsiya etiladi.

Oshqozon yarasining doimiy, odatiy terapiyasiga javob bermaydigan kursi bilan Deoksikortikosteron-asetat (DOKSA) kurs bilan ishlatilishi mumkin. R. Gross va boshqalar ma'lumotlariga ko'ra (1963), DOKSA oshqozonning sekretor funksiyasini ingibirlaydi, oqsil almashinuvini va donador to'qimalarning o'sishini rag'batlantiradi va shu bilan chandiqlanish jarayonlariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Preparatning 0,5% eritmasi mushak orasiga 0,5-1,0 ml dan buyuriladi.

Dastlabki 5 ta in'ektsiya har kuni, qolgan 10-15 in'ektsiya kun ora amalga oshiriladi, "to'xtatish sindromi" ning oldini olish uchun doza asta - sekin kamaytirib boriladi.

Bolalarda oshqozon yarasi kasalligining kuchayishini davolashda biz qizilmiya ildizidan olingan, mineralokortikoid faolligi bo'lgan biologik faol moddani o'z ichiga olgan preparatni qo'lladik. Preparat ovqatdan oldin kuniga 3 marta 0,05-0,1 g dan buyurilgan. Davolash kursi 3-4 hafta.

Oshqozon yarasi uchun kompleks terapiya testosterone (Nerobol, metilandrostenediol) hosilalari bo'lgan anabolik steroidlarni kiritishni o'z ichiga oladi, ular oqsil almashinuviga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, oshqozon - ichak trakti yaralarining epitelizatsiyasini rag'batlantiradi.

Bolalardagi oshqozon yarasini davolashda muhim terapevtik usul fizioterapiya bo'lib, uni juda ehtiyotkorlik bilan bajarish kerak. Issiqlik isitish yostiqchalari, kompresslar, grelka shaklida qo'llanilishi mumkin. Keyinchalik epigastral yoki pyloroduodenal sohaga, UVCH terapiyasi, diatermiya, kaltsiy xlorid, novokain, magniy yoki antixolinergik preparatlar bilan elektroforez buyuriladi.

Fizioterapevtik muolajalar mushaklarning spazmlarini yengillashtiradi, og'riqni kamaytiradi va regeneratsiya jarayonini rag'batlantiradi.

Oshqozon yarasi kasalligini davolashning yordamchi vositasi terapevtik mashqlar bo'lib, organizmdagi metabolik va himoya jarayonlarini rag'batlantiradi. O't yo'llarining patologiyasi bo'lganda oshqozon yarasi uchun antispazmodiklar bilan birgalikda xoleretik preparatlar tavsiya etiladi.

Surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiya qilish va birga keladigan kasalliklarni davolashga katta ahamiyat beriladi. Oshqozon yarasi

kasalligini davolashda muvaffaqiyat asosan shifoxona sharoitida o'z vaqtida tashxis qo'yish va erta uzoq muddatli kompleks terapiya bilan belgilanadi. Shunga qaramay, remissiya davomiyligi bemorning kelajakdagi turmush tarziga o'z vaqtida va to'g'ri qo'llaniladigan, qaytalanishga qarshi davolanishga bog'liq. Ikkinchisi faqat bemorning to'g'ri klinik tekshiruvi sharoitida amalga oshirilishi mumkin.

Oshqozon yarasi bilan og'rigan har bir bemor uchun qo'zish boshlanishi va tugash sanalari, shuningdek keyingi davolash kursi va qayta tekshiruvlar vaqti ko'rsatilgan dispanser kartasi tuzilishi kerak. Oshqozon yarasi bilan og'rigan bolalar dispanser nazorati ostida bo'lishi va har 3-4 oyda bir marta tekshiruvdan o'tishi kerak.

Qo'zishga qarshi terapiyaning birinchi kursi kuchaygandan keyin 3-4 oy o'tgach, kasallikning kuchayishi tez - tez sodir bo'ladigan bahor - kuz mavsumida belgilanishi mumkin. O'tgan 11/2-2 oy davomida kasallikning klinik belgilari to'liq bo'lmasa (barqaror remissiya bosqichi) faqat oshqozon tarkibini o'rganish ko'rsatma hisoblanadi. Bunday hollarda 1-11/2 oy davomida ishqorlar yoki vikalin, polivitaminlar (ayniqsa C, B1), na'matak nastoykasi, karam va boshqa sabzavot va meva sharbatlari buyuriladi; shu bilan birga, ich ketish paytida buyurilgan maxsus parhezga ehtiyoj qolmaydi. Qo'zishga qarshi terapiyaning keyingi kurslari doimiy remissiyaga qaramay, 5 yil davomida yiliga 2 marta (bahor va kuzda) xuddi shunday tarzda amalga oshiriladi.

Agar keyingi tibbiy ko'rikda bolani tekshirishdan oldin paydo bo'lgan kasallikning yengil klinik belgilari aniqlansa, qo'zishga qarshi davolash taktikasi o'zgaradi. Bunday holda, qo'zishga qarshi kurs qisqartirilgan yotoq yoki yarim yotoq rejimni, parhez terapiyasini (16 yoki 1 - parhez stoli), 1-11/2 oy davomida antasidlarni buyurishni, 2 hafta davomida xolinolitiklarni (atropin yoki kvateron) o'z ichiga oladi. Ko'rsatma bo'lganda, shilliq qavatning regeneratsiyasini stimullaydigan dorilar (metiluratsil, aloe, FiBS, likuriton) tavsiya etiladi.

Agar ambulator choralarning samarasi yetarli bo'lmasa, bemorlar kasalxonaga yotqiziladi. Qo'zishga qarshi terapiyaning keyingi kurslari yiliga 3 marta (bahor, kuz, qish) o'tkazilishi kerak.

Bir qator bemorlarda shifoxonada davolangandan so'ng, ushbu kasallikning ayrim belgilari uzoq vaqt (olti oygacha yoki undan ko'proq) davom etadi. Bu holat to'liq bo'lmagan remissiyaning uzoq bosqichi sifatida qabul qilinadi. Ushbu holatdagi bemorlarni davolash taktikasi eng murakkab bo'lib, qat'iy individual yondashuvni va terapiyaga qarshilik

sabablarini aniqlashni talab qiladi. Bunday hollarda 4-6 oy yoki undan ko'proq vaqt davomida parhezni qo'llash, oshqozon tarkibini tekshirish nazorati ostida uzoq vaqt davomida antasidlarni buyurish kerak; xolinitik preparatlar bilan takroriy davolash kurslarini o'tkazish kerak. Ba'zi hollarda bunday bolalarni to'liq bo'lmagan remissiya bosqichida sanator - kurort davolanishiga yuborish ma'qul.

Ko'pgina pediatriklarning fikriga ko'ra, oshqozon yarasi bilan og'rigan bolalar qattiq og'riq sindromi, "nisha" simptomi yo'qolganidan va og'ir asoratlari bo'lmaganidan so'ng, Jeleznovodsk, Essentuki, Truskavets, Shira ko'li va boshqalarda sanatoriy va kurort davolanishiga yuborilishi mumkin. Kurort davolash samaradorligi ijobiy omillar (iqlim, kurort rejimi, parhez, mineral suvlardan foydalanish, terapevtik muolajalar) kombinatsiyasi bilan belgilanadi.

Oshqozon yarasi kasalligini muvaffaqiyatli davolash uchun sanator - kurort davolash shart emas. Yashash joyida shifokor nazorati ostida va davolanishning asosiy tamoyillariga rioya qilgan holda davolanish bilan ham yaxshi natijalarga erishiladi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar. Bolalardagi oshqozon yarasini davolash taktikasi bo'yicha umumiy qabul qilingan nuqtai nazar hali ham mavjud emas. Mualliflarning aksariyati konservativ davolash usuliga rioya qilishadi va faqat jiddiy, hayot uchun xavfli asoratlarni jarrohlik aralashuvga ko'rsatma deb hisoblashadi: ko'p qon ketish, teshilish, organik pilorostenoz.

Og'ir oshqozon - ichakdan qon ketishi ko'p miqdorda qonli qusish yoki qora axlat bilan namoyon bo'ladi va holsizlik, bosh aylanishi va gemoglobinning pasayishi bilan birga keladi.

Agar qon ketishga shubha qilingan bo'lsa, bolani jarrohlik bo'limiga yotqizish kerak, u yerda qon ketishini to'xtatish uchun konservativ choralar majmuyi o'tkaziladi. Agar qon ketish intensiv terapiya ta'sirida to'xtamasa, bolalar jarrohlik yo'li bilan davolashga ehtiyojmand bo'lishadi. Bu oshqozonning qisman rezektsiyasi yoki qon ketish yarasining kesilishi bo'lishi mumkin.

Qon ketishida oshqozon rezektsiyasiga ko'rsatmalar ehtiyotkorlik bilan va individual ravishda belgilanishi kerak.

Oshqozon yarasining teshilishi jarrohlik uchun mutlaq va shoshilinch ko'rsatmadir.

Organik pilorik stenoz ham jarrohlik yo'li bilan davolashni talab qiladi. Oshqozon yarasining bu asorati tana vaznining progressiv

yo'qolishi bilan har kuni kuchli qusish, seziladigan oshqozon peristaltikasi va oshqozonda 24 soatdan ko'proq vaqt davomida bariyni ushlab turish qayd etiladi.

Eng qiyin narsa, konservativ terapiya ta'siri bo'lmagan taqdirda, bolalarda jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatmalar masalasini hal qilishdir. Har bir holatda konservativ terapiyaga qarshilik sababini aniqlash kerak. Bu aniqlanmagan hamroh kasalliklar bo'lishi mumkin: terapevtik choralar samarasiz bo'lishi mumkin bo'lgan "och" fon; oshqozon yarasining irsiy xususiyati, bu kerakli ta'sirga erishishdan oldin uzoq muddatli va doimiy davolanishni talab qiladi; kasallikning ob'ektiv va sub'ektiv belgilari o'rtasida nomuvofiqlik mavjud bo'lgan aniq "nevrotik" fon. Va nihoyat, konservativ terapiyaning ta'siri yo'qligi yaraning penetratsiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin (ko'pincha oshqozon osti beziga); og'riqning tabiati va ularning irradiatsiyasi o'zgaradi. Faqatgina qarshilikning aniqlangan sabablari tufayli davolash taktikasini o'zgartirishning ta'siri bo'lmasa, jarrohlik aralashuvi haqida savol tug'ilishi mumkin.

PANKREATITLAR

Kundalik pediatriya amaliyotida oshqozon osti bezining shikastlanishi, shu jumladan pankreatit kam uchraydi, deb hisoblanadi. Biroq, bu mutlaqo to'g'ri emas: ular haqiqatda sodir bo'lganidan ko'ra kamroq tashxis qo'yiladi.

"Pankreatit" atamasi ma'lum ma'noda odatiy tushunchadir, chunki uning barcha morfologik ko'rinishlari yallig'lanish jarayonlari haqidagi umumiy qabul qilingan g'oyalarga mos kelmaydi: oshqozon osti bezida nafaqat yallig'lanishli o'zgarishlar, balki "o'z - o'zidan" kelib chiqqan qon ketish va nekrotik jarayonlar ham uchraydi - oshqozon osti bezi fermentlarining hazm bo'lishi natijasida.

Pankreatitning etiologiyasi polimorfdir. Ushbu kasallikning sabablari orasida oshqozon osti bezi biliar yo'llarning obstruksiyasi (kistalar, umumiy o't va oshqozon osti bezi yo'llarining distal qismining torayishi, Oddi sfinkterining stenozi va yallig'lanishi, oshqozon osti bezi yo'llining yumaloq gijjalar bilan tiqilib qolishi va boshqalar) kiradi. Shuningdek, virusli va bakterial infektsiyalar (parotit, gripp, o'tkir respirator infektsiyalar, ichak infektsiyalari), allergik oziqlanish omillari (yog'li ovqatlar va ekstraktiv moddalarni suiiste'mol qilish). Shuningdek,

"dorivor" pankreatit (sitostatiklar, kortikosteroidlar bilan) va travmatik turlar mavjud.

Pankreatitning rivojlanishiga gepatobiliar va gastroduodenal tizimlarning uzoq muddatli kasalliklari, Oddi sfinkteri va o'n ikki barmoqli ichak reflyuksi sabab bo'ladi.

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, oshqozon osti bezi patologiyasining rivojlanishi ko'pincha bitta emas, balki noqulay omillarning butun majmuasi bilan belgilanadi. Ammo pankreatitning keng tarqalgan sababi to'liq aniqlanmagan bo'lib qolmoqda va bu holatlarda ular "idiopatik" pankreatit deb yuritiladi.

Kasallikning rivojlanish mexanizmi pankreatik fermentlarning o'z - o'zini faollashishi ta'siri ostida bezning "o'z - o'zini yemirish" jarayonlariga asoslanadi. O'z - o'zidan o'zgarishga oshqozon osti bezi shirasining ajralishini kechikishi, yuqori sekretor faollik va parenximada qon oqimining buzilishi kabi omillar yordam beradi.

Tekshirish usullari

O'tkir pankreatitni tashxislashda qon zardobi va siydikdagi oshqozon osti bezi fermentlarini o'rganishga, xususan, amilaza va uning fermentlarini o'rganishga katta ahamiyat beriladi. O'tkir pankreatit qon zardobida va siydikda umumiy amilaza faolligi va uning pankreatik izoenzimi darajasining sezilarli darajada oshishi bilan tavsiflanadi.

Favqulodda tashxis qo'yilgan hollarda kompleks tekshirish usullari qabul qilinishi mumkin emas va oshqozon osti bezining ekzokrin funksiyasini rag'batlantiradigan testlar qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Ikkinchisi dinamik tadqiqot usullari sifatida jarayonning surunkali kursida qo'llaniladi; bularga sekretin pankreozimin, proserin va glikoamilolitik testlar kiradi.

Oshqozon osti bezi kasalliklarini tashxislashda sun'iy gipotenziya bilan duodenografiya, duodenofibroskopiya, pankreatoxolangiografiya, exografiya kabi tadqiqot usullari ham katta ahamiyatga ega.

Asosiy klinik shakllari

Pankreatitning klinik belgilari juda xilma -xildir: qorin bo'shlig'idagi kuchsiz og'riqlar shikoyatlaridan tortib, qatiq og'riqlar va tez o'sib boruvchi kuchli hurujlarga bo'ladi. O'tkir va surunkali pankreatit farqlanadi.

O'tkir pankreatit. Jarayonning oddiy va destruktiv shakllari mavjud, bundan tashqari, o'tkir pankreatik shish, gemorragik va yog'li pankreatik nekrozlar va yiringli pankreatit farqlanadi. Biroq, kasallik

shakllarini farqlash juda qiyin bo'lishi mumkin. Bolalarda oshqozon osti bezining o'tkir shishishi kattalarga qaraganda ancha oson. Yosh bolalarda ko'pincha ushbu kasallikning xarakterli alomatlari yo'q va faqat chuqur tekshiruv sizga katta tashxis qo'yish imkonini beradi. Kattaroq bolalarda kasallik juda tipik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Qorinning yuqori qismida o'tkir og'riqlar bilan tavsiflanadi, ko'pincha orqa, chap qo'l va yelka kamariga tarqaladi. Ko'pincha qusish, ko'ngil aynishi va so'lak oqishi kuzatiladi. Bola ko'pincha tizza tirsagi bilan majburiy holatni egallaydi. Qorin shishmaydi, yumshoq, nafas olish harakatlarida ishtirok etadi, epigastral sohadagi mushaklarning himoya kuchi aniq emas. Taxikardiya, ba'zida qon bosimining pasayishi, qon formulasida sezilarli o'zgarishsiz o'rtacha leykotsitoz mavjud. Qon zardobida va siydikda amilaza faolligi oshadi, giperglikemiya aniqlanadi.

Gemorragik va yog'li pankreatik nekrozlar bezlar shishishining o'tish bosqichidir. Kasallik og'ir kurs bilan tavsiflanadi. Yosh bolalar juda bezovta bo'lib, og'riqdan qichqiradilar. Asta -sekin bezovtalik adinamiyaga o'tadi. Katta bolalar ko'pincha qorinning yuqori qismida o'tkir og'riqlar shikoyat qiladilar. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda qorin pardaning ta'sirlanishi belgilari, kindikdan 3-5 sm yuqorida ko'ndalang chiziqning og'riqli qarshiligi (Kerte simptomi), teri giperesteziyasi paydo bo'lishi mumkin. Qusish takrorlanishi va o'zgarimas bo'lishi mumkin. Umumiy ahvoli asta - sekin yomonlashib boradi.

Sianotik soya bilan terining oqarishi e'tiborni tortadi. Poliserozitlar, "ko'zlardagi qum" alomati, tez - tez siyish, bo'g'imlarda og'riq qayd etiladi. Eksikoz, tilning qurishi rivojlanadi. Puls sustlashadi, qon bosimi pasayadi. Ba'zida shok holati, astsit kuzatiladi. Toksikoz kuchaydi, bu halokatli jarayonning va peritonit rivojlanishini ko'rsatadi.

Leykotsitoz, leykoformulani formulani chapga siljishi kuzatiladi. Elektrolitlar muvozanatining buzilishi (xlorid, kaliy, kaltsiy darajasining pasayishi), qondagi shakar kontsentratsiyasining oshishi, ba'zida gipoglikemik holatlar qayd etiladi. Qon zardobida va siydikda amilaza faolligi keskin oshadi, lipaza va elastaza faolligi oshadi va oqsil almashinuvi buziladi. Ba'zida yiringli pankreatit rivojlanadi, bu pankreonekrozga olib keladi. Differentsial tashxis o'tkir appenditsit, ichak tutilishi, ichi bo'sh organlarning teshilishi bilan amalga oshiriladi.

Surunkali pankreatit. Surunkali takroriy va surunkali pankreatit doimiy og'riq bilan ajralib turadi. Surunkali takroriy pankreatit klinik jihatdan qorinning yuqori yarmida o'tkir og'riq davrlarining nisbiy

xotirjamlik davrlari bilan almashinuvi holida namoyon bo'ladi. Qorin og'rig'i ko'pincha qusish va boshqa dispeptik alomatlar bilan birga keladi. Og'riq ko'pincha epigastral sohada yoki chap qovutg'a yoyi ostida, ba'zan o'ng qovutg'a yoyi ostida joylashgan bo'lib, belbog'simon bo'ladi. Bolalarda belbog'simon og'riq kattalarga qaraganda kamroq uchraydi. Kindikning chap tomonida epigastral sohada giperalgeziya kuzatiladi. Og'riq xurujlari turli vaqtlarda, ko'pincha parhezda xatolar, stres va jismoniy zo'riqish, o'tkir respirator kasallik yoki surunkali infektsiya o'choqlarining kuchayishi natijasida paydo bo'ladi. Huruj davomiyligi bir necha soatdan 3-5 kungacha davom etadi. Bunday hujumlar leykotsitoz, EChT ortishi, ekzokrin (oshqozon osti bezi funktsiyasi) buzilishi bilan birga kuzatilishi mumkin.

Doimiy og'riqli surunkali pankreatit kasallikning oldingi shakliga qaraganda kamroq uchraydi. Har xil intensivlikdagi og'riqlar - sust, o'rab oluvchi xarakterda bo'ladi; og'riq qorinning chap yarmida va epigastral sohada joylashadi va orqa, chap qo'l va yurak sohasiga tarqalishi mumkin. Og'riq bir necha oy davom etadi, qusish, ko'ngil aynishi, meteorizm bilan birga keladi.

Og'riqning mavsumiyligi, ochlik paytidagi og'riq va tungi og'riqlar oshqozon osti bezining zararlanishlari uchun xos emas.

Qorin bo'shlig'ida - kindikning chap tomonida teri giperesteziyasi qayd etiladi (Kach simptomi). Ba'zida chap tomonlama frenikus simptomi va Grotta simptomi (kindikning chap tomonida qorin bo'shlig'ida teri burmasining qisqarishi) musbat bo'ladi. Xarakterli jihat shundaki, palpatsiyada Mayo-Robson nuqtasida, Shoffar sohasida va o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq kuzatiladi. Chap tomonga burilganda oshqozon osti bezining proyeksiyasi sohasida palpatsiya paytida og'riq yo'qolganda "aylanish"ning ijobiy alomati mavjud.

Og'riqning intensivligi va chastotasi ko'pincha pankreatitning og'irligini aniqlamaydi, lekin, jarayonning og'irligini aks ettiradi.

Ozish surunkali pankreatit kuchayishining belgilaridan biridir. Buning sababi ishtahaning yo'qligi va ovqatlanish tartibining buzilishi, ba'zan esa steatoreya va kreatoreya bilan kechadigan oshqozon osti bezi yetishmovchiligi tufayli to'yib ovqatlanmaslik ovqatlanmaslikdir. Dispeptik buzilishlar ham qayd etiladi: ko'ngil aynishi, qusish, meteorizm, kekirish, beqaror najas (diareya yoki doimiy ich qotishi). Kasallikning tez-tez uchraydigan belgilari gipotenziya, holsizlik, asabiylashish, bolaning yomon kayfiyatidir.

Pankreatitning og'riqli shakli bilan fermentlarning seroz va shilliq pardalarga kirib borishi natijasida yuzaga keladigan poliserozit hodisalari (kon'yunktivit, faringolaringit, poliartrit) kuzatilishi mumkin.

Ba'zida kasallik yashirin shaklda bo'ladi. Surunkali pankreatitning yashirin shakli uzoq vaqt davomida noaniq dispeptik kasalliklarning mavjudligi, yog'li va shirin ovqatlardan voz kechish bilan tavsiflanadi. Keyinchalik, umumiy holsizlik, charchoq, bosh og'rig'i, vazn yo'qotish, o'zlashtirilmagan mushak tolalari, neytral yog' va yomon hid mavjudligi bilan beqaror najas kuzatiladi. Ushbu shaklida qorinda og'riq kuzatilmaydi.

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklariga hamroh bo'lgan va surunkali pankreatitga o'xshash kasallikning klinik ko'rinishiga ega bo'lgan reaktiv pankreatit ham mavjud. Biroq, pankreatit belgilari tezda yo'qoladi, chunki asosiy kasallik yaxshilanadi.

Davolash usullari

Pankreatitni davolash asosan konservativ usulda amalga oshiriladi.

O'tkir pankreatitda ko'pchilik bolalar kasallikning oddiy (shishgan) shakli bilan klinikaga yotqiziladi va murakkab konservativ terapiya odatda to'liq tiklanishga olib keladi.

Tashxis qo'yilgandan so'ng, og'riq bilan kurashish, oshqozon osti bezi uchun funktsional dam olishni yaratish, suv - elektrolitlar muvozanatini bartaraf etish, intoksikatsiya va ikkilamchi infeksiyaga qarshi kurashishga qaratilgan umumiy terapevtik choralarni o'tkazish kerak.

Fiziologik dam olishni yaratish uchun oshqozon osti bezi yotoq rejimi tavsiya etiladi va bolani og'iz orqali ovqatlantirish 2-3 kun davomida to'xtatiladi. Eksikoz, toksikozni bartaraf etish va parenteral ovqatlanishni ta'minlash uchun infuzion terapiya o'tkaziladi. Suyuqlikning umumiy hajmi gemokonseptsyani to'g'rilash va fiziologik ehtiyojlarni ta'minlash, buyrakdan tashqari yo'qotishlarni to'ldirish va detoksifikatsiya qilish uchun suyuqlik hajmiga to'g'ri keladi. Kuniga 2-4 l/gacha suyuqlikni parenteral yuboriladi: kaliy preparatlari, kaltsiy xlorid, insulin, past molekulyar og'irlikdagi plazma o'rnini bosuvchi moddalar (gemodez, reopoliglyuksin) bilan 10% glyukoza eritmasi - sutkalik 10-20 mg/kg dozada, oqsil preparatlari (konservalangan qon, plazma, 10% albumin) kunlik 1-2 g oqsil/kg.

Doimiy qusish bo'lganda nazogastral naycha me'da shirasini haydash va Borjomi kabi ishqoriy suvlarni quyish uchun ishlatiladi.

Konservativ terapiyada vena ichiga 5-10% glyukoza eritmasida yuboriladigan antienzim preparatlari - trasilol, kontrikal, tsalolni buyurishga katta ahamiyat beriladi, ularning dozasi jarayonning og'irligiga bog'liq (kuniga 20 000-50 000 TB yoki undan ko'p).

Antixolinergik, spazmolitik va ganglion bloklovchi dorilar qorin og'rig'ini va Oddi sfinkterining spazmini (no-shpa, papaverin, platifillin, atropin, metasin, ganglion va boshqalar) yengillashtirish uchun analgetik preparatlar (analgin, promedrl) ishlatiladi. Perinefrik blokada o'tkaziladi. Yallig'lanishga qarshi (antibiotiklar), antigistaminlar va diuretiklar talab qilinadi. Og'ir holatlarda mahalliy intragastrik gipotermiya qo'llaniladi.

Pankreatitning og'ir destruktiv shakli holatlarida faol konservativ davo ta'sirining yo'qligi jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Laparotomiya paytida pankreatitning eng xarakterli alomati qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda, hidsiz, seroz-qonli oqma va qorin parda va katta charvida yog' nekrozining oq-sariq joylari ("stearik plitalar") kuzatiladi.

Jarrohlik taktikasi laparotomiyada topilgan o'zgarishlarga bog'liq. Gemorragik nekroz bilan oshqozon osti bezi to'qimalarida qoramtir nekrotik joylar va gematomalar yo'qligi va erta jarrohlik aralashuvi holatlarida bez atrofidagi tolalar antiferment dorilar va antibiotiklar novokainning 0,25% eritmasi bilan surtiladi, mikroirrigator (antibiotiklar va ingibitorlarni kiritish uchun) charvi xaltasiga kiritiladi va qorin bo'shlig'i mahkam tikiladi.

Katta nekroz o'choqlari va keng gematomalar bo'lsa, tiqilib qolishni bartaraf etish uchun bezning kesiladi. Operatsiyadan keyingi davrda kompleks terapiyaning barcha arsenali, shu jumladan fermentga qarshi preparatlar buyuriladi.

Surunkali pankreatitda, kuchayishi davrida yotoqda dam olish va oqsil miqdori ko'p bo'lgan, kimyoviy va mexanik jihatdan yumshoq, sharbat mahsulotlar kamida 3 hafta davomida buyuriladi. Kasallikning og'ir kuchayishi bilan og'rikan bemorlarga parhezni bosqichma -bosqich kengaytirish bilan 1-2 kun davomida ochlik tavsiya etiladi. Xolinolitik, spazmolitik, analgetik, yallig'lanishga qarshi va antigistamin preparatlarini qo'llaniladi.

Davolashda fermentlarni almashtirish terapiyasi katta ahamiyatga ega. Uzoq vaqt davomida quyidagilar buyuriladi: pankreatin 1,0 birlik 6 oy davomida kuniga 4 marta, mexaza, polizim, festal, panzinorm 1

tabletkadan kuniga 1-3 marta ovqat paytida yoki undan keyin 3-dan 2-3 haftalik kurslarda. 4 haftalik tanaffus, yiliga 4-5 kurs. Xoleretik vositalar ham qo'llaniladi (makkajo'xori popugi, xoleretik choy, xolenzim, sorbitol, ksilitol). B, C vitaminlari va kaltsiy preparatlarini qo'llaniladi. Anabolik steroid gormonlar qo'llaniladi (Nerobol 0,0025-0,005 g kuniga bir marta 3 hafta, Retabolil 25-50 mg haftada bir marta 3-4 marotaba va boshqalar), shuningdek, rag'batlantiruvchi terapiya (mahalliy plazma, qon). Antiproteolitik va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan Pentoksil (qon tekshiruv nazorati ostida) 3-4 hafta davomida ovqatdan so'ng kuniga 3 marta 0,05-0,1 g dan buyuriladi. Ko'rsatkichlarga ko'ra, qon zardobida va siydikda oshqozon osti bezi fermentlarining ko'payishi va qorin bo'shlig'ida kuchli og'riqlar bo'lsa, fermentga qarshi preparatlar qo'llaniladi.

Remissiya davrida qaytalanishga qarshi davolanishni o'tkazish kerak - 6-12 oy davomida 5 parhez stoli, jismoniy faoliyatni cheklash, hurujdan keyin kamida 6 oy davomida ferment preparatlarini buyurish va keyin 2 oylik kurslarda tavsiya etiladi. Kichik qo'zishlarda, oyiga 2 hafta davomida xoleretik dorilarni qabul qilish, yiliga 2-3 marta antibakterial terapiya, surunkali infektsiya o'choqlarini davolash o'tkaziladi.

Bolalarda surunkali pankreatitni davolash uchun jarrohlik usullari nisbatan kam qo'llaniladi. Jarrohlik aralashuvining turi oshqozon osti bezi shikastlanishining og'irligi va terapevtik davolanishning samarasizligi bilan belgilanadi. O't yo'llari tizimining turli xil rivojlanish anomaliyalarida (kista, umumiy o't yo'llarining stenoz) jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Surunkali ich qotishi

Surunkali ich qotishi ovqat hazm qilish tizimining ko'plab funktsional buzilishlari va organik shikastlanishlarining belgisidir. Bu barcha yoshdagi bolalarda tez-tez kuzatiladi va mustaqil najasning yo'qligi, davomiyligi va zo'ravonligi jihatidan sezilarli darajada farq qiladigan ozmi-ko'pmi uzoq davrlar bilan tavsiflanadi. Amaliy shifokor oldida ba'zida azob-uqubatlarning asl sababini aniqlashdek qiyin vazifa paydo bo'ladi.

Tekshirish usullari

To'g'ri tashxis qo'yish va oqilona taktikani tanlash ko'p jihatdan kasal bolani o'rganish sifatiga bog'liq. Buning uchun yetarli miqdordagi

diagnostika usullari mavjud. Ularni qo'llash sxemasi "oddiydan murakkabgacha" tamoyiliga muvofiq bo'lishi kerak. U anamnez, umumiy klinik va maxsus tadqiqotlarni o'z ichiga oladi.

Batafsil to'plangan anamnez, ehtimol patologiyaaning mohiyatini baholashga va shifokorning fikrini to'g'ri yo'nalishga yo'naltirishga imkon beradi. Anamnestic ma'lumotlarni baholagandan so'ng, bemorni tekshirish uchun individual reja tuziladi.

Surunkali ich qotishining barcha holatlarida anorektal hududni batafsil vizual tekshirish zarur. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va anorektal anomaliyalari bo'lgan chaqaloqlarda hatto yuzaki tekshiruv ham darhol tashxis qo'yish imkonini beradi. Kattaroq bolalarda anus atrofidagi terining tirnash xususiyati anorektal yoki kolorektal sohada patologik jarayonning mavjudligini ko'rsatishi, anal yoriqlari, paraproktit va boshqalarni aniqlashingiz mumkin. Vizual tekshiruvga zarur qo'shimcha raqamli rektal tekshiruv bo'lib, u anorektal mintaqaning torayishi (stenoz), polip, begona jism (shu jumladan najas "toshi"), presakral o'sma va boshqalarni aniqlashga imkon beradi.

Yo'g'on ichakning motor faolligini o'rganish, shubhasiz, ichak devorining qisqarishini qayd etishning balonografik, rentgenologik (rentgenologik) va elektrofiziologik usullari yordamida ichak qisqarishini bilvosita kuzatish juda istiqbolli diagnostika usuli hisoblanadi. Tadqiqot vazifasi turli xil usullardan (masalan, balonografik va rentgenologik) kompleks foydalanishni sezilarli darajada osonlashtiradi. Ushbu usul ichakning motor funksiyasining ma'lum bir qismida pasayishini oldini olishga imkon beradi.

Ovqat hazm qilish traktining rentgenologik tekshiruvi statsionar va ambulatoriya sharoitida keng qo'llaniladi. Ko'pincha rentgenologik (rentgen kontrasti) tekshiruvi ichakning malformatsiyasi, o'smasi shubha qilingan taqdirda buyuriladi. Bariy suspenziyasi, havo, ba'zan ularning kombinatsiyasi odatda kontrast modda sifatida ishlatiladi.

Bolani tayyorlash tadqiqot arafasida va kunida tozalovchi yoki sifonli huqnalar yordamida ichakni najasdan to'liq bo'shatishdan iborat. Kechasi rektumga 50-100 ml qizdirilgan vazelin moyi yoki iliq sovun eritmasini kiritish yaxshi ichak harakatiga yordam beradi.

Rentgen tekshiruvi paytida olingan ma'lumotlar rentgenolog va klinist tomonidan birgalikda talqin qilinadi.

To'g'ri ichak devorining jarrohlik biopsiyasi diagnostika va differensial diagnostika usuli sifatida klinika va rentgen tekshiruvi

ma'lumotlari o'rtasidagi nomuvofiqlik, agar Girshsprung kasalligiga shubha qilingan bo'lsa, konservativ terapiyaning muvaffaqiyatsizligi holatlarida qo'llaniladi. Biopsiya kasalxonada jarroh tomonidan amalga oshiriladi.

Asosiy klinik shakllari

Surunkali ich qotishi bilan ba'zi hollarda mustaqil axlat umuman bo'lmaydi va ichak harakati laksatiflar, dorilar yoki ho'qnalar yordamida amalga oshiriladi, boshqalarida - mustaqil axlat uzoq vaqtdan keyin (2-6 kundan keyin yoki undan ko'proq), boshqalarda paydo bo'ladi, - konstipatsiya konservativ usullar bilan bartaraf etiladi.

Surunkali konstipatsiyada najasning tabiati va ko'rinishi bir xil emas. Ba'zida ota-onalar katta diametrli najas ustuni ("kattalar kabi") bilan zich najasning chiqarilishini ko'rsatadilar, ba'zida najas qattiq tsementlangan yoki maydalangan yong'oqlar ("qo'y najasi") shaklida chiqariladi. Ota-onalarning birinchi shikoyati bolada nafaqat najasni ushlab turishi, balki najasning "noto'g'ri joydan", masalan, jinsiy a'zolar yorig'idan yoki skrotum ildizidagi teshikdan chiqishi bo'lishi mumkin, bu anorektal malformatsiyalar uchun odatiy holdir.

Najasda ular uchun odatiy bo'lmagan iflosliklar bo'lishi mumkin. Shunday qilib, surunkali ich qotish fonida najasda qon aralashmasi mavjud bo'lib, bu ba'zi hollarda anal kanalining shilliq qavatining zich najas bilan shikastlanishining natijasidir, boshqalarida bu boshqa patologiya bilan bog'liq: kolit, ichak dublikatsiyasi va boshqalar. Quyida ularning polietiologiyasini hisobga olgan holda ich qotishining ishchi tasnifi keltirilgan.

Qabziyat turi va sababi

Alimentar Oziq-ovqat rejimining buzilishi, sifatsiz oziq-ovqat, to'yib ovqatlanmaslik, ovqat hazm qilish bezlarining disfunktsiyasi, pilorospazm va pilorik stenoz, gipovitaminoz B, xolepatiya

Atonik Erta tug'ilish, ichak atoniyasi

Nevrologik va psixogen:

- a) **Diskinetik** – tug'ruq travmasi, differensiallanmagan MNS;
- b) **Odatiy** – defekatsiya istagini muntazam ravishda bostirish, negativizmning natijasi;
- c) **Reflector** – paraproktit, anal yoriqlari;
- d) **Asabiy** – ruhiy travma, qo'rquv va boshqalar;

Yuqumli – toksik moddalar (shu jumladan dori vositalari) bilan o'tkir yoki surunkali intoksikatsiya.

Yuqumli – toksik – dizenteriya (surunkali bosqich);

Endokrin – miksedema, gigantizm;

Organik – orqa miya malformatsiyasi, Girshprung kasalligi, dolixosigma;

Mexanik – anorektal anomaliyalar, presakral o'smalar, anusdagi chandiqlar va boshqalar.

Bemor birinchi navbatda murojaat qiladigan shifokorning vazifasi, birinchi navbatda, ich qotishining haqiqiy sababini aniqlashdir. Ba'zi hollarda bolani davolash pediatriya shifokorining vakolatiga kiradi, boshqalarida bu jarrohning vakolati, boshqalarida esa ikkala mutaxassis tomonidan birgalikda amalga oshiriladi.

Pediatrning vakolatiga endokrin, yuqumli-toksik, intoksikatsiya, atonik ich qotishi, barcha turdagi neyropsixogenlarni davolash kiradi, refleks va ovqatlanishning barcha turlari bundan mustasno, pilorik stenozdan tashqari.

Mexanik ich qotishi, Girshsprung kasalligi va pilorik stenozni faqat jarrohlik davolash mumkin.

Pilorik stenoz, anal yoriqlar va dolixosigma uchun bemorni enterolog va jarroh tomonidan birgalikda boshqarish zarur. Ulardan eng kam o'rganilgan, lekin, katta amaliy qiziqish uyg'otadigani dolixosigmadir.

Dolixosigma — sigmasimon ichakning cho'zilishi. O'tgan asrda shifokorlar buni bolalarda surunkali ich qotishining eng keng tarqalgan sabablaridan biri deb hisoblashgan.

Bunday tafsilot qiziqish uyg'otadi. Sog'lom bolalarda cho'zilgan sigmasimon ichak 15% hollarda kuzatiladi. Surunkali ich qotishi bilan og'rigan bolalarda dolixosigma 25-40% hollarda aniqlanadi. Shunday qilib, bir tomondan, cho'zilgan sigmasimon ichak ko'pincha sog'lom bolalarda mavjud bo'lib, bu uni me'yorning bir varianti deb hisoblashga asos beradi, boshqa tomondan, dolixosigma ichak bilan surunkali ich qotishi tez-tez uchraydi, bu esa anormallik bo'lib kasallik rivojlanishni ko'rsatadi. Ko'rinib turibdiki, dolixosigma "patologiya vestibyuli" kabi normaning bir varianti emasligini tan olish kerak, chunki u klinik patologiyaning rivojlanishi uchun ma'lum bir fon yaratadi. Ko'pgina oziq-ovqat, psixogen va boshqa turdagi ich qotishi ko'pincha, qoida tariqasida, dolixosigma fonida rivojlanishi tasodif emas.

Biz dolixosigmada gistomorfologik va elektromiografik tadqiqotlar o'tkazdik. Ular sigmasimon ichakning motor funktsiyasida sezilarli

buzilishlarni ko'rsatadi, asosan distal qismlarda ifodalangan va sinaptik apparatning dastlabki shikastlanishi natijasida kelib chiqqan.

Surunkali ich qotishi ko'pincha hayotning birinchi yilida sodir bo'ladi va odatda bolani sun'iy yoki aralash oziqlantirishga o'tkazishga to'g'ri keladi; 40% hollarda ich qotishi 3-6 yoshli bolalarda paydo bo'ladi. Qabziyat ko'pincha ichak tarkibining turg'unligi, meteorizm, shuningdek, ortiqcha ichak qovuzloqlarining egilishi, qisman volvulus, bitishmalar va chandiqlar mavjudligi bilan bog'liq bo'lgan takroriy qorin og'rig'i bilan kechadi.

Simptomlarning og'irligiga qarab, dolixosigmaning uchta klinik bosqichini sxematik ravishda ajratish mumkin: kompensatsiyalangan, subkompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan.

Kompensatsiyalangan bosqich ichak disfunktsiyasining epizodik namoyon bo'lishi bilan tavsiflanadi. Asosan, bu deyarli sog'lom odamlar bo'lib, ularda oshqozon-ichak traktining rentgenogrammmali tekshiruvi cho'zilgan sigmasimon ichakni aniqlaydi. Ba'zi bolalar qorin og'rig'idan shikoyat qiladilar, bu davriy paroksizmal xarakterga ega, asosan pastki qismlarda. Ba'zi hollarda og'riq qusish va shish bilan keladi, odatda tozalovchi xuqnadan keyin yo'qoladi. Ba'zida o'tkir appenditsitga shubha qilingan bolalar shoshilinch operatsiya qilinadi, ammo operatsiyadan keyin og'riq to'xtamaydi. Bunday kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, qorin og'rig'i aniq bo'lmagan bolalarni tekshirish nuqtai nazaridan, dolixosigmani aniqlash uchun yo'g'on ichakni bariy bilan rentgen-kontrastli tekshirishni ta'minlash kerak.

Dolixosigmaning kompensatsiyalangan bosqichidagi bolalarning jismoniy rivojlanishi ularning yoshiga mos keladi. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda, yo'g'on ichak bo'ylab najas to'planishi qayd etilmaydi, qorin og'riqsiz va to'g'ri konfiguratsiyaga ega.

Subkompensatsiyalangan bosqichda 3-4 kun davom etadigan, keyin esa o'z-o'zidan ichak harakatining davriy ravishda paydo bo'lishi haqida shikoyatlar ustunlik qiladi. Ko'pgina ota-onalar 1 – 1,5 yoshdagi bolalarda defekatsiya buzilishi sezilarli bo'lishini ta'kidlashadi. Bu bolalarda ich qotishi ayniqsa qishda va erta bahorda tez-tez uchraydi va yoz - kuz oylarida ancha barqaror remissiya mavjud. Bu, shubhasiz, parhezning tabiatiga bog'liq, ya'ni parhezda sabzavotli ovqatlarlarning ustunligi bo'lishi lozim. Oldingi guruhdan farqli o'laroq, kasallikning ushbu bosqichidagi bolalarda qorin og'rig'i va meteorizm sezilarli darajada tez-

tez uchraydi. Yo'g'on ichak bo'ylab najasning to'planishi ham keng tarqalgan hodisadir, shuning uchun ota-onalar ko'pincha huqna qilishadi.

Dekompensatsiyalangan bosqich yo'g'on ichakning yanada sezilarli disfunktsiyasi bilan tavsiflanadi. Najasni ushlab turish 5 kun yoki undan ko'proq davom etadi, ba'zi bolalarda mustaqil ichak harakati bo'lmaydi va ichaklar faqat huqnadan keyin bo'shatiladi. Qorin biroz kattalashgan, ammo Girshsprung kasalligidan farqli o'laroq, bu va avval aytib o'tilgan alomatlar bolalarda ancha kechroq 6-8 yoshda paydo bo'ladi.

Kasallikning dekomensatsiyalangan bosqichida bo'lgan bolalar ba'zan jismoniy rivojlanishdan orqada qoladilar, ular ko'pincha tanadagi ikkilamchi o'zgarishlarni boshdan kechiradilar - anemiya, leykopeniya, disproteinemiya va boshqalar. Quyida turli klinik guruhlardagi bolalarda dolixosigmaning turli belgilarining chastotasi keltirilgan.

Dolixosigma tufayli yuzaga kelgan surunkali ich qotishi uchun ko'plab amaliyotchilar Girshsprung kasalligiga tashxis qo'yishadi. Darhaqiqat, dolixosigmaning dekomensatsiyalangan bosqichi bilan Girshsprung kasalligi bilan alomatlarda o'xshashlik mavjud, ammo asosiy simptomlarning kuchayishi butunlay boshqacha. Dolixosigma "yengilroq" klinik ko'rinishga ega; shishadi, hech qachon Girshsprung kasalligidagi kabi aniq darajaga yetib bormaydi va ancha keyin paydo bo'ladi va ich qotishi ko'pincha mustaqil axlat davrlari bilan almashadi. Yakuniy muammoni yo'g'on ichakni bariy bilan rentgen-kontrastli tekshirish orqali hal qilinadi. Girshsprung kasalligida patognomonik simptom rektal yoki rektosigmoidal mintaqada toraygan (aganglionik) zonaning mavjudligi va yo'g'on ichakning suprastenotik kengayishi hisoblanadi. Ushbu alomatni aniqlanishi shartsiz tashxisni belgilaydi.

Davolash usullari

Dolixosigmaning ma'lum klinik ko'rinishlari bo'lgan bolalar pediatri va jarroh tomonidan dinamik kuzatuv ostida bo'lishadi.

Pediatri bemorni sinchkovlik bilan tekshiradi, surunkali ich qotishiga olib kelishi mumkin bo'lgan sabablarni aniqlaydi (masalan, noto'g'ri ovqatlanish, xolepatiya mavjudligi va boshqalar), tegishli davolanishni amalga oshiradi va kerak bo'lganda jarroh bilan maslahatlashadi.

So'nggi yillarda biz quyidagi klinik tekshiruv metodologiyasini ishlab chiqdik. Birinchi tashrifdan so'ng bola ro'yxatga olinadi va kasallikning klinik bosqichi aniqlanadi. Kompensatsiyalangan bosqichdagi bolalar yiliga 1-2 marta ambulatoriya sharoitida, subkompensatsiyalangan bosqichda - yiliga 3-4 marta majburiy davolash

bilan, dekompensatsiyalangan bosqichda - yiliga 3-4 marta kasalxonada ko'rikdan o'tkaziladi. Davolanish va yo'g'on ichakning funktsional faolligi ko'rsatkichlarining 2-4 yil davomida ijobiy dinamikasidan so'ng, bolalar tuzalganligi sababli dispanser hisobidan chiqariladi.

Konservativ davo yetakchi rol o'ynaydi va barcha holatlarda ko'rsatma bo'ladi. Bu takroriy kurslar tomonidan belgilangan chora-tadbirlar majmuini tashkil etadi. Ichak harakatining buzilishining oldini olishda rejim va parhez muhim, ammo asosiy ahamiyatga ega emas. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, bola kasalxonaga yotqizilganida, suyuq vazelin yoki o'simlik moyini og'iz orqali yuborish, parhezga rioya qilish va ichaklarni yaxshilab tozalash kabi oddiy choralar tezda yo'g'on ichakning motor funktsiyasini tiklashga va mustaqil najasning paydo bo'lishiga olib keladi. Ammo ko'pchilik bolalarda remissiya bo'shatilgandan keyin 1-2 oydan oshmaydi. Shuning uchun terapevtik retseptlar majmuasiga proserin in'ektsiyalarini (statsionar sharoitda) yoki dibazolni og'iz orqali yuborish (ambulatoriya sharoitida) 15-20 kun davomida 2-3 oylik tanaffuslar bilan, shuningdek vitamin terapiyasi (B guruhi) kiradi.

Adabiyotda silliq mushak shakllanishi atoniyasini elektr stimulyatsiyasi kurslari bilan muvaffaqiyatli davolash haqida xabarlar mavjud. Yo'g'on ichakning tushayotgan qismidagi mushaklarni stimulyatsiya qilish, masalan, snim-1 apparati yordamida amalga oshirilishi mumkin (elektrodlar yo'g'on ichakning chap yarmi bo'ylab joylashtiriladi va stimulyatsiya to'rtburchaklar shaklida sinkop ritmida amalga oshiriladi - kuniga bir marta 10-15 kun davomida).

Prozerin va elektr stimulyatsiyasini kiritish vaqtiga alohida e'tibor berilishi kerak. Dolixosigmada, bizning kuzatishlarimizga ko'ra, proserinni qo'llashdan keyin motorli ko'nikmalarning yaxshilanishi fonida, qo'shimcha mexanik tirnash xususiyati uni ingibirdaydi. Shuning uchun proserinni erta tongda yuborish va tushdan keyin elektr stimulyatsiyasini buyurish yaxshiroqdir.

Konservativ terapiyaning ijobiy ta'siri yiliga kamida bir marta Jeleznovodsk va Truskavets kabi kurortlarda sanatoriyda davolanish bilan yaxshi mustahkamlanadi.

Ilgari murakkab konservativ davo boshlangan bo'lsa, u qanchalik samarali bo'ladi; deyarli 100% hollarda to'liq foydali ta'sir yoki sezilarli yaxshilanishga erishiladi. Konservativ terapiyaning davomiyligi bir necha oydan bir necha yilgacha. Bemor 5-7 yoshga to'lgunga qadar bu tanlov

usuli bo'lib, undan keyin hech qanday ta'sir bo'lmasa, jarrohlik aralashuvi haqida savol tug'ilishi mumkin.

Dolixosigmani jarrohlik yo'li bilan davolash cheklangan ko'rsatkichlarga ega. Motor funksiyasining elektromiyografik ko'rsatkichlarida doimiy pasayish mavjudligi, sigmasimon ichakning mexanik stimulyatsiyasiga javobning pasayishi uning devorining barcha qatlamlarida qaytarilmas o'zgarishlarning rivojlanishini ko'rsatadi. Konservativ davodan samara bo'lmagan bolalarga jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi. Asosan, u ichakning ortiqcha qovuzloqlarini rezekeksiya qilishdan iborat va texnik jihatdan ikkita usuldan biri bilan amalga oshirilishi mumkin: intraperitoneal yoki abdominoperineal rezekeksiya. Patomorfologik va elektrofiziologik tadqiqotlar distal sigmasimon ichakning asosiy shikastlanishini aniq ko'rsatishini hisobga olsak, eng radikal aralashuv sifatida proktosigmektomiyani tanlash kerak. Qorin bo'shlig'i rezekeksiyasi, asosan, ortiqcha halqalarning qisman inversiyasi, yopishqoqlik va boshqalar natijasida yuzaga keladigan takroriy qorin og'rig'i ustun shikoyatlar bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Doimiy ich qotishi holatlarida, ayniqsa sigmasimon ichakning ochiq kengayishi holatlarida, qorin bo'shlig'i rezekeksiyasi ko'pincha samarasizdir.

Shunga qaramay, jarrohlik davolash uchun bemorlarni tanlashda juda e'tiborli bo'lishi kerakligini yana bir bor ta'kidlash kerak. Jarrohlik uchun ko'rsatmalarni kengaytirish maqsadga muvofiq bo'lmaydi. Erta tashxisni yaxshilash va konservativ terapiyani takomillashtirishga tayanish mantiqan to'g'ri hisoblanadi.

Funksional najasni ushlab turolmaslik (enkoprez)

Ma'lumki, ichak tarkibining doimiy chiqib ketishi tos a'zolarining innervatsiyasida tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarda (masalan, spina bifida), orqa miya va miya shikastlanishida, shuningdek, aqliy faoliyati ortda bo'lganlarda kuzatiladi. Ushbu turkum mutlaqo boshqa bo'lib, bu kitobda ko'rib chiqmaymiz. Quyida biz jismoniy va ruhiy jihatdan sog'lom bolalardagi sof funksional buzilishlar haqida gapiramiz.

Bizning kuzatishlarimiz ko'rsatganidek, anamnezni batafsil o'rganish enkoprez sabablarining uchta asosiy guruhini aniqlash imkonini beradi. Aksariyat hollarda najasni ushlab turmaslik qo'rquv, qo'rquv ta'sirida va psixikani tushiradigan taassurotlarning ta'siri ostida yuzaga keladi. Quyidagi misollar bu borada yorqin namoyon bo'ladi:

Bemor: Petya F., 7 yoshda, onasi bilan birga yashab, oilada begona odam paydo bo'lguncha juda sog'lom bola bo'lib o'sdi va rivojlandi. Bola "boshqa amakisi" ni yoqtirmasligini his qildi va buni yashirmadi va u dramatik daqiqalardan birida bolani o'z irodasiga bo'ysundirmoqchi bo'lib, uni kamar bilan qattiq urdi. Tantrum paydo bo'ldi va shundan beri, onasining so'zlariga ko'ra, bolada bir necha kun davomida mustaqil najas yo'q edi va bir muncha vaqt o'tgach, najas beixtiyor, kichik qismlarda, asosan kunduzi ajralib chiqa boshladi.

Bemor: Tanya V., 11 yoshda, 7 yoshgacha butunlay sog'lom edi. Bir kuni, dugonasi defekatsiya paytida askaridani qanday chiqarganini ko'rib, qiz juda qo'rqib ketdi va u yanada kattaroq qurtlar bor degan fikrga ega edi. Defekatsiyaga chaqiruv paytida qo'rquv paydo bo'ldi, qiz ularni bostirishga harakat qildi va bu odatiy holga aylandi. Mustaqil stul har 3-4 kunda bir marta bo'lgan. Ota-onalar bu haqda najas beixtiyor ajralib chiqa boshlaganda va kunduzi ham, kechasi ham kirlarni ifloslantirganda bilib olishdi.

Anamnezda o'tkir bir martalik stress (masalan, yaqinlarining o'limi, baxtsiz hodisa, tabiiy ofat va boshqalar) haqida aniq ko'rsatmalar mavjud bo'lganda yoki shifokor yashirin, surunkali qo'rquv faktini aniqlashga muvaffaq bo'lganda, masalan, ota-onalarning qo'rquvi (ayniqsa alkogolizm) bolani kaltaklash, maktabdagi o'qituvchidan qo'rqish, bu har daqiqada doskaga qo'ng'iroq qilishi yoki oldindan bajarilmagan topshiriq bo'yicha so'rashi va hokazo bo'lishi mumkin.

Bemorlarning yana bir guruhida yorqin hissiy omil yoki yashirin qo'rquvni aniqlab bo'lmaydi, ammo ota-onalar va bolalarning o'zlari o'rtasida sinchkovlik bilan o'tkazilgan so'rov enkoprezning ichak harakatini muntazam ravishda bostirish bilan bog'liqligini ko'rishga imkon beradi. Qoida tariqasida, bunday bolalar bolalar bog'chalariga tashrif buyurishadi va ularning ba'zilari, albatta, "avval hojatxonaga borishni xohlayman, keyin u chiqib ketadi" deb aytishadi, chunki hojatxona band, yaqin atrofda o'qituvchi yo'q yoki bola qiziqarli o'yinga qiziqib qolgan. Ko'pincha bu holat qizlarda kuzatiladi. Xuddi shu guruhga atrof-muhitni o'rganishni boshlagan va salbiy munosabatda bo'lgan 2-3 yoshli bolalarda fiziologik enkoprezning patologik holatga o'tishi holatlari kiradi: ota-onalarning bolani majburan xojatga borishga majburlashi bolalarning negativizmini kuchaytiradi, bu esa xojatga borish refleksi susayishiga olib keladi.

Yakunida, bemorlarning uchinchi guruhida yuqorida aytib o'tilgan barcha sabablar to'liq aniqlangan, ammo anamnezda erta yoshda o'tkir oshqozon-ichak kasalliklari (dizenteriya, enterokolit, dispepsiya) haqida ko'rsatmalar mavjud.

Funksional enkoprezning rivojlanish mexanizmini tushuntirish har doim ham oson emas. Ko'rinib turibdiki, I. P. Pavlov ta'kidlaganidek, uch qavatda joylashgan rektal innervatsiya markazlaridan birining disfunktsiyasi najasni tutmaslikka olib keladi: to'g'ri ichak, orqa miya va bosh miya. Bizning g'oyalarimizga ko'ra, aniq hissiy ta'sir miya yarim sharlaridagi defekatsiya markazining "qo'riqlash nuqtasi" ga salbiy ta'sir qiladi, buning natijasida anal sfinkter nazoratdan chiqib ketadi va o'z vazifasini bajarishni to'xtatadi.

Yashirin etiologik sabab, xususan, istakni muntazam ravishda bostirish harakat qilganda, vaziyat biroz boshqacha. Bunday hollarda rektumdagi najasni uzoq vaqt ushlab turish uning haddan tashqari cho'zilishiga va sezgir retseptorlarning pasayishiga olib keladi, bu esa defekatsiya refleksining buzilish darajasini chuqurlashtiradi - qandaydir ayanchli sikl paydo bo'ladi. Distal yo'g'on ichakning toshib ketishi tufayli najas vaqt o'tishi bilan anal teshik orqali o'z-o'zidan ajralib chiqa boshlaydi. Biz bu borada ikkita fikrni ta'kidlaymiz. Birinchidan, enkoprez rivojlanishining ko'rsatilgan mexanizmi bilan u "psixogen ich qotishi" ning ko'p yoki kamroq uzoq bosqichidan oldin keladi va kelajakda ich qotishi va "najasni ushlab turmaslik" parallel ravishda mavjud. Ikkinchidan, eng muhimi, bu yerda muammo sfinkter disfunktsiyasi emas, balki to'g'ri ichak devori, uning intramural asab apparati sezgirligining pasayishi.

Go'daklik davrida ichak infektsiyasi bilan kasallangan uchinchi guruh bolalarida yo'g'on ichakning asab tizimining rivojlanishi patogenezda ishtirok etishi haqida fikr qilish uchun yaxshi sabablar mavjud. Tug'ilish vaqtida yo'g'on ichakning intramural asab tizimi to'liq rivojlangan bo'lib, bu kaudal qismida eng aniq namoyon bo'ladi. "Kamolot" hayotning birinchi oylari va yillarida asta-sekin sodir bo'ladi. Binobarin, bu hudud salbiy omillarga, xususan, ichak toksinlarini o'z ichiga olgan eng zaif hisoblanadi. Bunday vaziyatlarda defekatsiya buzilishining rivojlanish mexanizmidagi asosiy bo'g'in, aftidan, intramural asab tizimi elementlarida funksional, keyin organik o'zgarishlar tufayli mexanoreseptorlarning tirnash xususiyati va to'g'ri

ichakning mushak devorining o'zi o'tkazuvchanlik tizimining buzilishiga javob bermaslikdir.

Yuqorida aytilganlar jismoniy va ruhiy jihatdan sog'lom bolalarda najasni ushlab turmaslikning ikki turini ajratishga asos beradi: 1) haqiqiy funktsional enkoprez (kunduzgi, tungi, aralash) va 2) noto'g'ri enkoprez (paradoksal najasni ushlab turmaslik). Birinchisi, aniq va yashirin ta'sirotlarning ta'siri natijasida sfinkter faoliyatining buzilishi holatlariga, ikkinchisi, najasning surunkali turg'unligi va ichakning distal qismlarining toshib ketishi bilan bog'liq bo'lgan tasavvurga tegishli.

Tekshirish usullari

Najasni ushlab turmaslik bilan og'rigan bemorni tekshirish umumiy sxema bo'yicha, shu jumladan anamnez, umumiy klinik va maxsus usullar bo'yicha amalga oshiriladi. Ko'rinib turibdiki, ular haqida batafsil to'xtalib o'tishning hojati yo'q, chunki ular ko'pincha muntazam va amaliyotchi shifokorga yaxshi ma'lum. Ularni qo'llash ketma-ketligi oldingi bo'limda ko'rsatilganidek, surunkali ich qotishdan farq qilmaydi. Enkoprez sababini aniqlashda anamnezning alohida rolini ta'kidlasak: Afsuski, bolada najasni ushlab turishning haqiqiy sababini 100% aniqlik bilan aniqlashga imkon beradigan ob'ektiv usul yo'q, shuning uchun shifokor ota-onadan va bolaning o'zidan olingan ma'lumotlarga tayanishi kerak. Bu yerda premorbid davr bilan bog'liq har qanday "kichik narsalar" ayniqsa muhimdir.

Ichakning distal qismlarining holatini baholash uchun bariy huqnasi yordamida yo'g'on ichakning radiopak tekshiruvi majburiydir. Bundan tashqari, anal sfinkterning holatini ob'ektiv baholash muhimdir. Raqamli rektal tekshiruvdan ayrim ma'lumotlarni olish mumkin, ammo sfinkterometriya ma'lumotlari (maxsus qurilmalar yordamida anal sfinkterning kuchini aniqlash) ko'proq ob'ektivdir.

Asosiy klinik shakllari

Bolalardagi kasallik ko'pincha 3-7 yoshda boshlanadi va odatda xuddi shu tarzda namoyon bo'ladi: bunda bola beixtiyor ko'p yoki kamroq najas chiqara boshlaydi. Ba'zi bolalar najasni faqat kun davomida ochiq o'yinlar, jismoniy stresslar, ba'zan esa hech qanday sababsiz chiqaradi; boshqa bolalar kechalari najasni ushlab turolmaslikni boshdan kechirishadi, boshqalari esa ikkalasini ham his qilishadi. Ushbu hodisalar o'tkir sodir bo'lishi mumkin, tez davom etishi va qisqa vaqt ichida to'liq tiklanish bilan yakunlanishi mumkin.

Boshqa sharoitlarda kasallik sekin va barqaror rivojlanadi; bola har kuni va doimiy ravishda ichki kiyimini ifloslantiradi, u boshqalarning e'tiborini tortadigan yoqimsiz hidni chiqaradi.

Klinik xususiyatlar bolaning neyropsixik sohasiga o'zgarish darajasiga, kasallik davomiyligiga, tashqi muhitga, bola parvarishiga va boshqalarga bog'liq.

Haqiqiy (funktsional enkopres va noto'g'ri) o'rtasida ma'lum farqlar mavjud.

Haqiqiy enkoprez yuzaga keladi va dastlab kunlik mustaqil ichak harakatlari fonida paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan ixtiyoriy axlat kamroq bo'ladi va agar ota-onalar chidab, bolani davolash uchun chora ko'rishmasa, kasallik chuqurlashadi, ixtiyoriy ichak harakati to'xtaydi va bola doimo ifloslanib yuradi. Sfinkter zaiflashadi, anus ochiladi. Ichak tarkibi to'g'ri ichakda saqlanmaydi, raqamli tekshiruvda u normal o'lchamda va ma'lum miqdorda yarim suyuq najasni o'z ichiga oladi. Perineum va dumba terisi har doim najas bilan bo'yalgan va ko'pincha juda bezovta bo'ladi. Ba'zida enkoprez odatda tungi enurez bilan birlashtiriladi.

Noto'g'ri enkoprezdan oldin najasning ko'proq yoki kamroq muddat davom etishi kuzatiladi, uning fonida najasning kichik qismlari vaqti-vaqti bilan o'tishi qayd etiladi. Qabziyat va najas tuta olmaslikning rivojlanishi parallel ravishda sodir bo'ladi. To'g'ri ichak najas bilan to'lib ketadi, undagi bosim shunchalik yuqori bo'ladiki, u printsiptial ravishda normal ishlaydigan anal sfinkterning kuchini yengadi (shuning uchun biz enkoprezni noto'g'ri yoki paradoksal deb ataymiz. Mustaqil najas paydo bo'lgan o'sha kunlarda, ota-onalar ko'pincha "kattalarniki kabi" najas ustunining g'ayrioddiy katta diametriga e'tibor berishadi. Murakkab holatlarda, to'g'ri va sigmasimon ichakda najasning katta miqdorda to'planishi tufayli pastki yarmining chiqib ketishi tufayli qorin hajmining kattalashishi kuzatiladi, ba'zida tos bo'shlig'ida katta konglomerat palpatsiyalanadi. Raqamli rektal tekshiruvda to'g'ri ichak sezilarli darajada kengaygan va zich najas bilan to'lgan bo'ladi. Sfinkter tonusi normal chegaralarda, anus yopiq.

Paradoksal najas tuta olmaslik bilan og'rigan bolalarda rentgenologik tekshiruvda to'g'ri ichakning, ba'zan esa sigmasimon ichakning sezilarli darajada kengayishi aniqlanadi. Ushbu rentgenologik alomat ko'pincha Girschsprung kasalligining noto'g'ri tashxisini va keraksiz jarrohlik aralashuvini keltirib chiqaradi. Shuni hisobga olish

kerakki. Girshsprung kasalligining past (rektal) shaklida ham qorinning sezilarli darajada kattalashishi va meteorizm kuzatiladi, bu hech qachon enkoprez bilan kuzatilmaydi. Differentsial tashxisga ganglionar zonani aniqlash uchun to'g'ri ichakning ampulyar qismining maqsadli rentgenografiyasi, shuningdek sfinkter tonusini o'rganish yordam beradi: uning tegishli klinika bilan birgalikda oshishi Girshsprung kasalligini ko'rsatadi va normal yoki pasaygan tonus barcha sabablarni beradi. Ushbu tashxisni rad etadi.

Davolash usullari

Taktika va davolash usullarini tanlashda, birinchi navbatda, ma'lum bir bemorda enkoprezning turi va uning xususiyatlari hisobga olinadi. Ko'pincha to'shakni ho'llash bo'lgan hollarda, bolaga kunduzgi salbiy ta'sirlarning ta'sirini bartaraf etishga e'tibor qaratiladi. Ular kitob o'qishni, bolalar uchun mo'ljallanmagan filmlar va teleko'rsatuvlarni tomosha qilishni, rag'batlantiruvchi o'yinlarda qatnashishni va hokazolarni taqiqlaydi. Oddiy tartibni o'rnating. Yotishdan oldin bolani tabiiy ichak harakatlariga o'rgatish juda muhim, refleksni rivojlantirish uchun 10-15 kunlik kurslarda kechqurun tozalash huqnalarini tavsiya qilish mumkin. Qo'shimcha chora sifatida, yotishdan oldin tinchlantiruvchi umumiy iliq vannalar, shuningdek, og'iz orqali bromidlarning kichik dozalari buyuriladi. Murakkab holatlarda, ayniqsa, tungi enurez bilan birgalikda, gipnoterapiya qo'llanilishi mumkin: gipnoz ostida bemor to'g'ri ichakka Janet shprits bilan 1-1,5 litrgacha iliq suv yuboriladi, uyqu paytida defekatsiya qilishda ichaklarni uyg'otib, bo'shatgandan so'ng, bolaga bundan buyon ishtiyoqni his qilish va uyg'onish o'rgatiladi. Ushbu protseduralar bemorda ixtiyoriy tungi defekatsiya uchun refleks paydo bo'lguncha takrorlanadi. Enurez xuddi shunday tarzda davolanadi, aseptik sharoitda siydik pufagini steril eritma bilan to'ldiradi.

Asosan kunduzgi va aralash enkoprez holatlarida davolash ertalab va kechqurun ichakni huqna bilan muntazam tozalashdan boshlanadi. Bu yerda ikkita narsa o'ynaydi. Birinchidan, to'g'ri ichak bo'shatiladi va najas o'z-o'zidan chiqarilmaydi. Ikkinchidan, eng muhimi, bola o'z vaqtida defekatsiya qilish refleksini rivojlantiradi va kuchaytiradi. Kelajakda bolani tabiiy ichak harakatlariga bir xil soatlarda, asosan ertalab nonushta qilishdan keyin o'rgatish juda muhimdir. Klizma har kuni 25-30 kun davomida uyda buyuriladi; ba'zida boshqa davolash talab qilinmaydi.

Keyinchalik murakkab holatlarda, huqnalardan hech qanday ta'sir bo'lmasa, bola kasalxonaga yotqiziladi, u yerda parallel ravishda bir

nechta usullar qo'llaniladi: tozalovchi huqnalar, fizioterapevtik muolajalar, mexanik sfinkter mashqlari.

Ichaklarni mexanik tozalashda rektal retseptorlarning faoliyatini normallashtirishga yordam beradigan issiq va sovuq huqnalarni almashtiring.

Fiziologik protseduralardan mushaklarni tonuslaydigan salqin, o'rtacha ichadigan perineal dush, shuningdek rektal elektrod bilan darsonvalizatsiya tavsiya etiladi. Elektrodlardan biri to'g'ri ichakka kiritiladi, ikkinchisi sakrumga yoki pubis ustiga qo'yiladi; oqim o'tkazilganda, oqindi rektum va anal sfinkterning mushak devorini bezovta qiladi va tonuslaydi.

Sfinkterni mexanik tayyorlash rezina naycha yordamida amalga oshiriladi. Buning uchun rektumga 5-7 sm chuqurlikdagi oddiy gaz chiqarish trubkasi kiritiladi, protsedurani bajarayotgan odamning buyrug'i bilan bola sfinkterni qisqartiradi va bo'shatadi, ya'ni vaqti-vaqti bilan naychani siqib chiqaradi. Ular bir nechta qisqarish bilan boshlanadi va bolaning gluteal mushaklar bilan emas, balki anal sfinkteri bilan harakat qilishini ta'minlaydi. Shundan so'ng, protsedura davomiyligi 10-15 daqiqaga etadi. Davolash kursining oxirida (25-30 kun) bola naycha bilan yurishga va uni anal sfinkter bilan 5-7 daqiqa ushlab turishga majbur bo'ladi, so'ngra ichak harakatini bajarayotgandek uni tashqariga itarib yuboradi.

Terapevtik chora-tadbirlar, ular uyda yoki kasalxonada o'tkazilishidan qat'iy nazar, bolaga uning og'riq va qiynalishlari vaqtinchalik hodisa ekanligi haqidagi g'oyani singdirish orqali qo'llab-quvvatlanishi kerak, u albatta undan xalos bo'ladi.

So'nggi paytlarda akupunktura yordamida enkoprezni davolashda dalda beruvchi natijalarga erishildi.

Paradoksal najasni tutmaslik bilan davolash yuqoridagi kabi amalga oshiriladi, ammo shuni ta'kidlash kerakki, muvaffaqiyatga katta qiyinchilik bilan erishiladi. 5-8 tagacha davolash kurslari talab qilinadi. Doimiy konservativ davoning ta'siri to'liq bo'lmaganda, rektum devorining funktsional buzilishlarining qaytarilmasligi haqida fikr paydo bo'ladi.

Bunday vaziyatda to'g'ri ichakni yo'g'on ichakning ustki qismlari (sigmasimon) bilan almashtirishdan iborat bo'lgan jarrohlik aralashuvning maqsadga muvofiqligi haqidagi savolni ko'tarish mantiqan to'g'ri keladi. Lenyushkin tomonidan o'zgartirilgan Soave operatsiyasi eng

oqilona va fiziologik hisoblanadi, bu rektal devorning dublikatsiyasini yaratishga va ichakning oxirgi qismining kontraktilligini oshirishga imkon beradi.

Nospetsifik yarali kolit

Ilgari kolitning umumiy guruhida ko'rib chiqilgan nonspesifik yarali kolit so'nggi yillarda mustaqil nozologik tashxis sifatida tan olingan. Kasallik hali yetarlicha o'rganilmagan va turli mutaxassisliklar bo'yicha olimlarning e'tiborini tobora ko'proq jalb qila boshladi. Dunyoning barcha mamlakatlarida asosan yoshlarda uchraydigan yarali kolit bilan kasallanish sezilarli darajada oshgan.

Nonspesifik yarali kolit bilan og'rigan bemorlarning umumiy soni orasida bolalar 10-15% ni tashkil qiladi. O'g'il bolalar va qizlar nisbati taxminan 3:2.

Ko'pgina olimlar nonspesifik yarali kolitni polietiolitik kasallik deb hisoblashadi, bu yerda neyroallergik komponent va autoimmunizatsiya jarayonlari yetakchi rol o'ynaydi. Yarali kolit, ehtimol, yo'g'on ichakdagi parchalanish joyidan ko'p miqdordagi autoantigenlarning tanaga kirishi natijasida rivojlanadigan eng tipik jarayon hisoblanadi. Shunday qilib, S.M.Ryss (1963) bemorlarda organizmdagi immun jarayonlarning buzilishini va u autoimmunoagressiya deb atagan maxsus holatning paydo bo'lishini taklif qiladi. Bu holatda sodir bo'ladigan o'zgarishlarning mohiyati, bir tomondan, yo'g'on ichak shilliq qavatining patologik antigenlariga antitanalar ishlab chiqarishda, ikkinchi tomondan, autoantigen (yo'g'on ichak devori) va antitanalar o'rtasidagi reaksiyaning rivojlanishida yotadi, yo'g'on ichakning turli qismlarida yangi patologik kasalliklarga olib keladi. Autoimmunoagressiya va natijada uning shilliq qavatining o'ziga xos shikastlanishi turli xil ichak florasini faollashtirish uchun qulay sharoit yaratadi. Ikkilamchi infektsiya kasallikning keyingi rivojlanishida muhim rol o'ynay boshlaydi: to'qimalarda patologik o'zgarishlar doimiy nonspesifik ichak infektsiyasi va yo'g'on ichakning toksik tarkibi mavjud bo'lganda asta-sekin kengayadi; zararlangan o'choqlar yaraga aylanadi. Yo'g'on ichakdagi patologik jarayon adrenal korteks funktsiyasiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, jigarning yog'li degeneratsiyasini keltirib chiqaradi, shilliq qavatdagi mast hujayralari sonini ko'paytiradi, ulardan biologik faol moddalar (serotonin, gistamin, gialuron kislota va boshqalar) ajralib chiqadi.

Yarali kolitning rivojlanishiga yordam beruvchi hal qiluvchi omillar orasida sigir suti oqsili muhim rol o'ynaydi.

Yarali kolitning asosiy klinik belgilari najasda qonning shilliq va ba'zan yiring bilan aralashmasi bo'lib, u ko'pincha suyuqlikka aylanadi, qorin og'rig'i, vazn yo'qotish, anemiya, ishtahani pasayishi kuzatiladi. Ushbu alomatlarining og'irlig darajasi har xil bo'lishi mumkin.

Tekshirish usullari

Anamnezni o'rganishda kasallikning dastlabki belgilariga alohida e'tibor beriladi. Ko'pgina bemorlar uchun najasda qonning birlamchi ko'rinishi va keyinchalik diareya rivojlanishi yoki umumiy holatning yaxshi bo'lishi fonida tana harorati ko'tarilmasdan va intoksikatsiya belgilarisiz qon bilan diareya rivojlanishi odatiy holdir. Kasallikning dizenteriyaga o'xshash boshlanishida antibakterial terapiya samarasiz bo'lishi katta ahamiyatga ega.

Umumiy tekshiruv vaqtida og'riqlar yo'g'on ichakning uzunligi bo'ylab, ko'proq chapda palpatsiya qilinadi; sigmasimon ichak spastik tarzda qisqaradi. Anal sohani tekshirishda ko'pincha terining matseratsiyasi, yaralar, yoriqlar va paraproktit aniqlanadi. Raqamli tekshiruv paytida sfinkter spazmga uchraydi va doimiy ekssudatsiya tufayli ko'p miqdorda yiringli-qonli oqindi bilan anus ochiladi.

Laboratoriya tekshiruvlari umumiy qon va siydik tahlillarini, qondagi oqsil va oqsil fraktsiyalarini, xolesterin va transaminazlarni aniqlashni o'z ichiga oladi. Nonspesifik yarali kolit bilan gipo- yoki normoxrom anemiya, leykotsitoz va EChT ortib borishi kuzatiladi va kasallikning avj olishi bilan rivojlanadi. Shu bilan birga, quyidagilar kuzatiladi: gipoprotrombinemiya, gipoxolesterinemiya, gipokalemiya, qonda azotning ko'payishi va boshqalar. O'tkir shakllarda qon oqsillari va albuminlarning umumiy miqdori sezilarli darajada kamayadi, $\alpha 1$ - va $\alpha 2$ -globulinlar miqdori ortadi.

Barcha bemorlar patogen mikroorganizmlar, *Mycobacterium tuberculosis*, protozoa va boshqalar uchun bir necha marta axlat tekshiruvini talab qiladi, bu differentsial tashxis uchun muhimdir.

Sigmoidoskopiya yoki kolonofibroskopiya yordamida yo'g'on ichakning shilliq qavatini vizual tekshirish kasallikni erta bosqichlarda, klinik belgilar yengil bo'lganda tashxislash imkonini beradi. Takroriy tadqiqotlar jarayonning dinamikasini kuzatish va davolash samaradorligini ob'ektiv baholash imkonini beradi.

Shilliq qavatdagi o'zgarishlar o'zgaruvchan. Ba'zi hollarda shish va giperemiya shaklida yallig'lanish o'zgarishlari, ko'p yoki bitta gemorragiya bilan giperemiya ustunlik qiladi; burmalar qalinlashadi; yengil zaiflik, endoskopning uchi bilan ichak devoriga ozgina tegganda qon ketishi juda xarakterlidir. Boshqa hollarda, halokatli o'zgarishlar ustunlik qiladi: giperemik va shishgan shilliq qavatida oq qoplama bilan qoplangan yuzaki eroziya va yaralar ko'rinadi; ba'zida eroziya va yaralar drenaj maydonlarini hosil qiladi va ichak bo'shlig'ida, qoida tariqasida, ko'p miqdorda shilimshiq, yiring, qon paydo bo'ladi. Ushbu ikkita variant o'rtasida o'tish shakllari mavjud. Ko'pincha shishgan shilliq qavatning orollari va granulyatsiya o'sishi joylari bo'lgan psevdopoliplar mavjud.

Yuqorida qayd etilgan o'zgarishlar kasallikning davomiyligiga aniq bog'liq emas, ammo shu bilan birga klinik ko'rinishlarning og'irligi bilan aniq parallelizm qayd etiladi: yengil, o'rtacha, og'ir va o'ta og'ir shakllar yallig'lanish o'zgarishlari bilan tavsiflanadi.

Endoskopiya kasallikning faol davrida eng katta diagnostik ahamiyatga ega, remissiyalar paytida esa kamroq.

Yo'g'on ichakning rentgen kontrastli tekshiruvi vosita-evakuatsiya funksiyasining buzilishini, shuningdek ichakning bir qator anatomik o'zgarishlarini-torayish, burmalar, shilliq qavat rel'efidagi o'zgarishlar, deformatsiyalar va boshqalarni aniqlashga imkon beradi. Eng xarakterli o'zgarishlar - bu normal siqilishning yo'qligi, ichakning qisqarishi va qattiqligi, kuchli torayishi, shilliq qavatning notekis yuzalaridir.

Asosiy klinik shakllari

Nonspesifik yarali kolitning uchta asosiy klinik shakli mavjud: o'tkir, birlamchi surunkali va surunkali takroriy, bir-biriga aylanishi mumkin.

O'tkir shakl 5-10% hollarda uchraydi. Kasallikning boshlanishi to'satdan yoki asta-sekin bo'lishi mumkin.

Erta alomat - axlat hosil bo'lganda ichakdan qon ketishi, keyin axlat bo'shashib, tez-tez bo'ladi. Tez orada qorin og'rig'i paydo bo'ladi, tana harorati subfebril yoki 39-40 ° C ga yetadi. Bolaning umumiy holati ko'p yoki kamroq darajada zararlanadi. O'tkinchi deb ataladigan yoki chaqmoq tezligida namoyon bo'ladigan shakl ayniqsa qiyin va xavflidir. Ba'zi hollarda kasallik o'tkir dizenteriya shaklida boshlanadi - harorat 39-40°C gacha ko'tariladi, qorin bo'shlig'ida sanchiqli og'riq, tez-tez qon va shilimshiq bilan aralashgan bo'shashgan axlat va tenesm; umumiy ahvol og'irlashadi, toksemiya tez kuchayadi, charchoq va tuz muvozanati

rivojlanadi. Boshqa hollarda, alomatlar unchalik dahshatli emas (o'rtacha va yengil variantlar). Intensiv terapiya ta'siri ostida ko'pincha remissiya sodir bo'ladi.

O'ziga xos bo'lmagan yarali kolitning o'ziga xos xususiyati remissiya va qo'zg'alish davriy o'zgarishi hisoblanadi. Remissiya davrida bolaning ahvoli sezilarli darajada yaxshilanadi. Najas kuniga 2-4 martagacha, shakllangan yoki shilimshiq, shilimshiq va qonning doimiy aralashmasi bilan bo'ladi. Keyingi davolanishdan so'ng, keyingi hujum kuchsizroq bo'lishi mumkin va ko'pchilik bolalarda kasallik surunkali holatga o'tadi.

Nonspesifik yarali kolitning surunkali shakli birlamchi yoki yuqorida aytib o'tilganidek, o'tkir kolitning davomi bo'lishi mumkin. Ikkinchi holda, kasallik takroriy kursni oladi. Kuchayish chastotasi va remissiyalarning davomiyligi har xil. Ba'zida qo'zishlar yiliga 2-3 marta yoki undan kam uchraydi.

Klinik jihatdan surunkali shakl uzoq va nisbatan yengil kurs bilan tavsiflanadi. Kasallikning kuchayishi paytida normal yoki pastak najas bilan o'rtacha miqdorda qon, yiring va shilimshiq chiqariladi, qorin bo'shlig'ida yengil siqilish og'rig'i paydo bo'ladi. Ba'zi bolalarda diareya bilan almashinadigan doimiy ich qotishi kuzatiladi. Og'riq siqilish shaklida bo'lib, ichak harakatlari bilan kuchayadi. Kechqurun tana harorati normal yoki past darajadagi.

Yarali kolitning o'tkir va surunkali shakllari turli xil asoratlar bilan tavsiflanadi. Ular umumiy va mahalliy. Umumiy asoratlar orasida ichak disbiyoz, kandidoz, terining shikastlanishi, artrit, ko'zning shikastlanishi, siydik yo'llarida toshlar, periferik va markaziy asab tizimining buzilishi mavjud. Mahalliy asoratlarga kuchli ichak qon ketishi, keyinchalik peritonit rivojlanishi bilan ichak teshilishi, yo'g'on ichakning torayishi, toksik dilatatsiya, paraproktit va boshqalar kiradi.

Davolash usullari

Nonspesifik yarali kolitni davolash har tomonlama amalga oshirilishi kerak. Terapevtik chora-tadbirlar, birinchi navbatda, diyetoterapiya va medikamentoz davolashni o'z ichiga oladi; bir vaqtning o'zida aniqlangan ikkilamchi buzilishlarni hisobga olgan holda, u yoki bu simptomatik davolash belgilanadi.

Parhez terapiyasi bemorga yuqori kaloriyali, tirnash xususiyati keltirmaydigan, oson hazm bo'ladigan oqsillar va vitaminlarga boy ovqatlarni (qaymoq, sariyog', yangi baliq, yog'siz go'sht, oq non va

quritilgan non, sabzavotli pyures va guruch pyuresi va boshqalar buyurishdan iborat). Turli xil va ishtahani ochadigan idishlarni tayyorlash katta ahamiyatga ega, chunki nonspesifik yarali kolit bilan og'rigan deyarli barcha bemorlarda ishtahaning pasayishi kuzatiladi. Meva berish kerak - olma, nok, anor. Bundan tashqari, dietada B1 va B12 vitaminlari, askorbin kislota va sezilarli qon ketish bo'lsa - K vitamini, vikasol beriladi.

Barcha turdagi achchiq ovqatlar, marinadlar va sitrus mevalari (apelsin, mandarin) bundan mustasno. Fermentatsiya jarayonlari va meteorizm rivojlanishiga yordam beruvchi mahsulotlar sifatida uglevodlarni cheklash kerak. Muayyan mahsulotga nisbatan allergiyaning eng kichik belgisida ham uni darhol to'xtatish kerak.

Medikomentoz davolash nisbatan cheklangan vositalar asosiy vositaga ega. Turli vaqtlarda ma'lum dori-darmonlarning samaradorligi haqida ma'lumotlar paydo bo'ldi, ammo ularning ta'sirini baholashda dastlabki xulosalar nisbatan tezda umidsiz ekanligini ko'rsatdi. Bu, ayniqsa, antibiotiklar va gormonlar uchun xos. Hozirgi vaqtda ulardan foydalanishni oqlab bo'lmaydi.

So'nggi yillarda nonspesifik yarali kolitni turli sulfanilamidlar (salazopirin guruhining preparatlari), xususan sulfasalazin va salazopiridazin bilan salitsil kislotasining azotli birikmalari bilan davolash eng samarali deb topildi. O.A.Kanshinaning so'zlariga ko'ra, sulfasalazin bolalarga quyidagi sutkalik dozalarda buyuriladi: 3 yoshdan 5 yoshgacha - 1-3 g, 6 yoshdan 10 yoshgacha - 2-4 g, 10 yoshdan katta - 2-5 g. Bir marta terapevtik ta'sir paydo bo'ladi (qon ketishining to'xtashi yoki keskin kamayishi, umumiy holatning yaxshilanishi), doza asta-sekin kamayadi: dastlab 1/3 ga va 2 haftadan keyin asl qiymatining yana 1/3 qismiga. Keyinchalik, klinik remissiya saqlanadigan minimal doza aniqlanadi (masalan, kuniga yarim tabletka) va davolash kursi 4 oydan (yengil shakl uchun) 6-8 oygacha (og'ir shakl uchun) davom etadi.

Salazopiridazinning sutkalik dozasi 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,5 g, undan kattalarda - 0,75-1,5 gni tashkil etadi. Davolash sxemasi yuqorida keltirilganga o'xshash bo'ladi. Agar sanab o'tilgan terapevtik choralar samarasiz bo'lsa, immunosupressiv dorilarni qo'llash mumkin. Azatioprinni kortikosteroid gormonlar bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi, ular remissiyaga erishgandan so'ng darhol to'xtatiladi, azatioprinning uzoq kursini davom ettiradi. Azatioprinni salazopirin guruhidagi preparatlar bilan birlashtirish ham mumkin.

Davolash, shuningdek, antigistaminlarni (pipolfen, difengidramin, suprastin) o'z ichiga oladi.

Kasallikning o'tkir bosqichida va og'ir anemiyada yangi sitratlangan qon tomir ichiga haftasiga 2 marta 50-100 ml dan, shuningdek, qon plazmasi va fiziologik eritmalar yuboriladi.

Mahalliy davolash asosan patologik jarayonning cheklangan tarqalishi (proktosigmoidit) uchun ko'rsatiladi. Vitaminlangan baliq yog'i, chakanda yog'i yoki na'matak urug'i yog'i bilan yuqori huqnalar buyuriladi, bu shilliq qavat nuqsonlarining epitelizatsiyasiga yordam beradi. 20-25 ml hajmdagi terapevtik huqnalar ichak harakatidan keyin kuniga 1-2 marta qo'llaniladi. Davolash kursi - 1 1/2-2 oy.

Jarrohlik davosi Nonspesifik yarali kolit ba'zi hollarda shoshilinch ko'rsatmalar uchun amalga oshiriladi va ba'zi bemorlarda rejalashtirilgan.

Shoshilinch va hatto shoshilinch aralashuv ichak yaralarining teshilishi va peritonitning rivojlanishi, ko'p miqdorda ichakdan qon ketishi, shuningdek, kasallikning shiddatli bosqichida yo'g'on ichakning toksik kengayishi holatlarida mutlaqo ko'rsatiladi. Rejalashtirilgan operatsiyalarga kelsak, O. A. Kanshina va N. N. Kanshin (1974) ko'rsatmalarni biroz kengaytirish tavsiya etadi. Avvalo, bu remissiya davrida amalga oshirilgan murakkab davolash va parvarishlash terapiyasiga qaramay, ko'pincha nisbatan og'ir qaytalashlarni boshdan kechiradigan bolalarga tegishli bo'lishi kerak.

Kasallikning bu kursi bilan uzoq muddatli intoksikatsiya, qoida tariqasida, jigarning progressiv shikastlanishiga, jismoniy rivojlanishning kechikishiga, har qanday interkurrent kasalliklarga qarshilikning pasayishiga olib keladi va bolalarni nogironlarga aylantiradi. Bundan tashqari, jarrohlik davolash og'ir va o'rtacha takroriy umumiy kolit holatlarida ko'rsatiladi, hatto uzoq muddatli remissiyalar bilan ham yuzaga keladi, lekin kasallikning uzoq tarixi (7-10 yildan ortiq); Bunday hollarda jarrohlik ko'rsatmalari xavfli o'sma xavfi bilan belgilanadi.

Bolalarda jarrohlik usulini tanlashda ileorektal anastomoz bilan subtotal kolektomiya afzalroqdir.

3-BOB. JIGAR VA O'T YO'LLARI KASALLIKLARI

Aralash konservativ va jarrohlik davolashga duchor bo'lgan ushbu kasalliklar guruhiga xolepatiyalar, surunkali gepatit, jigar sirrozi, shuningdek, jigar patologiyasi va portal qon aylanishi o'rtasidagi uzviy bog'liqlik tufayli portal gipertenziyaning jigardan tashqari shakli kiradi. Bu bog'liqlik blokadaning yangi turi - darvoza venasining intrahepatik shoxlarini blokadasi bilan ta'kidlanadi, bu bizga portal tomirlarining obliteratsiyasini jigar patologiyasining muhim sabablaridan biri sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

Surunkali jigar kasalliklarini konservativ davolashning roli yaxshi ma'lum, ammo har yili malformatsiyalarni (asosan o't yo'llari tizimining anomaliyalari bilan) tuzatishga va jigar kasalliklari (qizilo'ngach va oshqozon) asoratlariga qarshi kurashishga qaratilgan jarrohlik usullari, shuningdek, bemorning tanasining immunologik va neyro-refleks reaksiyalaridagi o'zgarishlar ham tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Jigar va o't yo'llari kasalliklari bo'lgan bolalarni aralash bosqichma-bosqich konservativ va jarrohlik davolash bo'yicha to'plangan tajriba ushbu terapiya turlarini birgalikda qo'llashning katta istiqbollariга umid qilish imkonini beradi.

Xolepatiya

Ushbu patologiyaga ega bo'lgan bolalar, bizning kuzatishlarimizga ko'ra, bir yoshdan oshgan barcha ambulatoriya bemorlarining taxminan 4% ni tashkil qiladi. O't yo'llarining barcha kasalliklari yallig'lanishga bo'linadi (xoletsistit, xolangit, xoletsisto-xolangit); diskineziya; o't yo'llarining parazitlar kasalliklari; rivojlanish nuqsonlari; o't tosh kasalligi; safro yo'llarining o'smalari. Voyaga yetgan bemorlardan farqli o'laroq, yallig'lanish jarayonlari bolalarda boshqa shakllarga qaraganda tez-tez uchraydi, ularning paydo bo'lishida surunkali infektsiya o'choqlari, o'tkir respirator kasalliklar, epidemik gepatit, nevrozlar, stressli holatlar, allergik omillar va ichak disbiyozi asosiy ahamiyatga ega. Ro'yxatda keltirilgan omillar diskinetik buzilishlarni keltirib chiqaradi, bu esa o'z navbatida yallig'lanish jarayonining paydo bo'lishiga yordam beradi. Xoletsistit - bu diskinetik sindrom bilan yallig'lanishning kombinatsiyasi. Bolalikning o'ziga xos xususiyati - kataral yallig'lanish bilan surunkali shakllarning ustunligi. Bolalarda flegmonoz va gangrenoz xoletsistit juda kam uchraydi. Bolalikdagi surunkali xoletsistit, xolangit va

xolestsistoxolangit ko'pincha uzoq muddatli takroriy kursga ega, kamroq - yashirin kurs (taxminan 15%). Odatda kasallik asta-sekin rivojlanadi. Yetakchi alomatlardan biri qorin og'rig'i. Avvaliga ular kamdan-kam uchraydi va intensivlikda farq qilmaydi. Keyinchalik og'riq tez-tez uchraydi, kuchayadi va hujumlar xarakterini oladi. Kasallikning uzoq davom etishi tufayli o't pufagi devorida halokatli o'zgarishlar yuzaga keladi, bu uning deformatsiyasiga olib keladi. O't pufagi devorining chuqur shikastlanishi bilan yallig'lanish boshqa organalarga (oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak va boshqalar) tarqalib, perixolestsistit bitishmalarini hosil qilishi mumkin. Bunday hollarda qorin og'rig'i o'jarlik bilan davom etadi. Diskineziya va o't yo'llarining yallig'lanishining klinik ko'rinishida kasallikning ma'lum bir shakliga xos bo'lgan aniq belgilangan belgilar mavjud emas.

Shuning uchun, biz faqat turli xil klinik shakllarda simptomlarning asosiy lokalizatsiyasi va ustunligi haqida gapirishimiz mumkin. Safro yo'llari kasalliklarida ikkinchi eng keng tarqalgan simptom-bu jigarning kattalashishi. Surunkali qorin og'rig'i va jigar kengayishi bo'lgan barcha bolalar odatda klinikaga yuborilganda gepatoxolestsistit tashxisi qo'yilgan, ammo tekshiruvda gepatit aniqlanmagan.

Biz ushbu organning funktsiyalarining xilma-xilligini aks ettiruvchi zamonaviy usullardan foydalangan holda jigarning funktsional holatini keng qamrovli o'rganishni o'tkazdik. Tadqiqotlarimiz natijalari va adabiy ma'lumotlar bilan taqqoslash jigarning patologik jarayonda diskineziyalarda ham, yallig'lanishda ham tez-tez ishtirok etishini ko'rsatadi. Klinik jihatdan, bu kengaygan jigar va palpatsiya paytida og'riq bilan namoyon bo'ladi. Biroq, jigar kengayishi jigar disfunktsiyasiga qaraganda ancha keng tarqalgan.

Xoleretik terapiya paytida jigarning tez qisqarishi va uning funktsional holatidagi yengil o'zgarishlar xolestaz hodisalarini ko'rsatadi, ular uchun nekrotik jarayonlar va stroma shikastlanishi xarakterli emas. Shu munosabat bilan biz "gepatoxolestsistit" tashxisini noto'g'ri deb hisoblaymiz, chunki gepatitni faqat jigar kengayishi asosida aniqlash mumkin emas.

Ko'rinib turibdiki, jigar kanallarida yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi va safro tizimidagi keng tarqalgan yallig'lanish jarayoni xolestazning yanada aniq namoyon bo'lishiga yordam beradi, buning natijasida jigarning kengayishi asosan qayd etiladi.

Jigarning og'rig'i va kengayishiga qo'shimcha ravishda, ma'lum dispeptik hodisalar kuzatiladi: ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, kamroq qusish, yog'li ovqatlarga toqat qilmaslik, yomon hid, oshqozon osti bezida to'liqlik hissi, ich qotishi tendentsiyasi. Kasallikning uzoq davom etishi bilan bolaning ovqatlanishi buziladi, terining rangsizligi qayd etiladi, bosh og'rig'i, charchoq va ba'zida hushidan ketish paydo bo'ladi. Maktab o'quvchilari yomonroq o'qishni boshlaydilar. Ba'zida subikterik teri va sklera qayd etiladi. Ko'pincha vegetativ distoniyaning og'ir belgilari kuzatiladi.

Tekshirish usullari

Umumiy va biokimyoviy qon testlari, shuningdek, diastaza va najas uchun siydik sinovlari qurtlar va lambliya tuxumlari uchun odatiy hisoblanadi va ularning ahamiyati yaxshi ma'lum. Afsuski, aniq tashxis qo'yish uchun bu usullar yetarli emas va ular maxsus, murakkabroq usullar bilan to'ldirilishi kerak.

O'n ikki barmoqli ichakning tovushi juda qimmatli ma'lumotlarni beradi. Eslatib o'tamiz, uni amalga oshirishdan oldin oshqozon yarasi kasalligini istisno qilish kerak. Sog'lom bolalarda o'n ikki barmoqli ichak tarkibi (A qismi) oltin sariq va shaffofdir; o't pufagining tarkibi (B qismi) zichroq, sariq-jigarrang rangda, shaffof va aralashmalarsiz; jigar safrosi (C qismi) oltin sariq, shaffof yoki bulutli.

Vaqtli o'n ikki barmoqli ichakni o'rganish bilan B qismining paydo bo'lish vaqti, uning hajmi va chiqarilish tezligi aniqlanadi, bu biliar diskineziya shakllarini aniqlash uchun katta diagnostik ahamiyatga ega. Xususan, B qismidagi safro miqdori o't pufagining motorli buzilishlarini aniqlash imkonini beradi. Odatda, B qismidagi safro miqdori yoshga qarab o'zgaradi: 3 yoshdan 6 yoshgacha - 11-23 ml, 6 yoshdan 9 yoshgacha - 10-26 ml, 9 yoshdan 12-14 yoshgacha - 35-36 ml. O't pufagi safrosining yetarli darajada ajratilmaganligi siydik pufagining kichik sig'imini, o't yo'llarida to'siqlar mavjudligini, shuningdek, o't pufagining qisqarishining yetarli emasligini ko'rsatishi mumkin, bu ayniqsa o't yo'llari diskineziyasini tashxislash uchun muhimdir.

O't pufagi refleksi har doim ham sog'lom bolalarda, ayniqsa birinchi tekshiruv paytida olinmaydi. Bunday hollarda tekshirish 2-3 martagacha takrorlanadi. Takroriy tekshiruv paytida o't pufagidan refleksning yo'qligi uning bloklanishi yoki diskineziyasini ko'rsatadi. Zondlash yo'li bilan olingan safro mikroskopik tarzda imkon qadar tezroq, olinganidan keyin 20-30 minutdan kechiktirmasdan tekshiriladi. Yallig'lanish jarayonining

mavjudligi to'g'risida ob'ektiv fikr yuritish uchun ular leykotsitlar sonini emas, balki patologik elementlarning butun majmuasini hisobga oladi, xususan: shaffoflik darajasi, safroda yoriqlar mavjudligi, aralashmaning mavjudligi, shilimshiq, silindrsimon epiteliya, amorf safro tuzlari, pigment hujayralari va boshqalar. Oddiy safrodagi leykotsitlar soni har bir ko'rish maydonida 10 dan oshmaydi; Xolesterin kristallari mavjud bo'lishi mumkin, bu turg'unlik hodisalarini ko'rsatadi. Yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi ma'lum bir qismdagi o'zgarishlarning mavjudligi, xususan, Giardia mavjudligi bilan baholanadi.

O't yo'llarining diskinezi bilan, zondlash paytida olingan safro qismlarida yallig'lanish elementlari yo'q, ammo ozgina shilimshiq va ko'p miqdorda xolesterin kristallari topiladi.

Xolegrafiya o't yo'llarining morfologik va funktsional holatini aniqlash uchun katta ahamiyatga ega. Bu siydik pufagining o'lchami va shaklini, uning joylashgan joyini, toshlarning mavjudligini va ba'zi hollarda perikoletsistitni aniqlashga imkon beradi. Bundan tashqari, xolegrafiya nafaqat motorni, balki o't pufagining kontsentratsiya qobiliyatini ham baholashga va ichakdagi so'rilish jarayonlaridan qat'i nazar, o't yo'llarining tasvirini olishga imkon beradi. Bizning kuzatishlarimiz shuni ko'rsatadiki, siydik pufagining konsentratsiya qobiliyati diskineziya va xolangit bilan normal bo'lib, xoletsistit va xoletsistoxolangit bilan kasallangan deyarli barcha bolalarda buziladi. O't pufagining bo'shash vaqtini xolegrafiya va o'n ikki barmoqli ichakni zondlash bo'yicha taqqoslab, biz 2/3 holatda ikkala usulning to'liq mos kelishini aniqladik, ular birgalikda bir-birini foydali ravishda to'ldiradi.

Asosiy klinik shakllari

O't yo'llarining diskineziyalari va yallig'lanish kasalliklarini farqlash amalda maqsadga muvofiqdir. Safro diskineziyasi - bu o't pufagi, Oddi sfinkterining motor funktsiyasining buzilishi bilan kechadigan, safro turg'unligiga olib keladigan funktsional kasalliklar. Diskineziya bilan ko'pchilik bolalarda (62%) hujumning qisqa davomiyligi va normal harorat reaksiyasi bilan past intensiv og'riqlar mavjud. Og'riq jigar yoki o't pufagi sohasida lokalizatsiya qilinadi. Og'riqning tarqalishi va jigarning 2 sm dan oshishi bolalarning 1/3 qismidan kamrog'ida kuzatiladi.

Safro yo'llarining yallig'lanish kasalliklari - o'tkir va surunkali xoletsistit, xolangit, xoletsisto-xolangit (o't pufagining yallig'lanishi, jigardan tashqari va jigardan tashqari o't yo'llarining yallig'lanishi). O'tkir

isitma, qorin og'rig'i, ba'zida qusish bilan birga keladi. Ijobiy pufak belgilari, ba'zida o'ng gipoxondriumda mushaklarning kuchlanishi aniqlanadi. Ba'zi bemorlarda jigar kattalashadi.

Odatda keng tarqalgan jarayon (xoletsistoxolangit) mavjud, ammo, o't pufagining (xoletsistit) yoki o't yo'llarining (xolangit) izolyatsiya qilingan shikastlanishi ham bo'lishi mumkin.

Safro yo'llarining yallig'lanish kasalliklarida og'riq xurujlari juda kuchli va davomli bo'ladi (2-3 soatgacha), deyarli 1/2 bolada ular harorat reaksiyasi bilan birga keladi. Haroratning 38-39°C gacha ko'tarilishi va titroq bilan kechadigan eng og'ir chap hujumlar xolangitda qayd etiladi. Xoletsistoxolangit bilan dispeptik hodisalar va umumiy intoksikatsiya belgilari ko'pincha birinchi o'ringa chiqadi.

Xolangit va xoletsistoxolangit bilan kasallangan bolalarning 1/2 qismida va xoletsistit bilan kasallangan bolalarning 1/3 qismida jigar 2 sm dan oshadi. Shuning uchun umumiy intoksikatsiya belgilari, og'riqning intensivligi, jigarning kattalashishi safro yo'llarida yallig'lanish jarayoni tarqalishi bilan ortadi.

Shuni esda tutish kerakki, xarakterli shakllarga qo'shimcha ravishda, yashirin, simptomatik bo'lmagan shakllar mavjud. Ular subfebril holat bilan namoyon bo'ladi yoki tananing umumiy intoksikatsiyasi belgilari bilan birlashtiriladi, ammo, mahalliy belgilar va qorin og'rig'i yo'q. Yashirin shakllarni tashxislash juda qiyin va faqat shifokor bunday imkoniyatdan shubha qilganda va o'n ikki barmoqli ichakni tekshirishni buyurganda bo'lishi mumkin.

Davolash usullari

So'nggi 10 yil ichida bolalarda o't yo'llari kasalliklarini o'rganishda erishilgan yutuqlarga qaramay, adabiyotda bolalarni davolash masalalari yetarlicha yoritilmagan. Bu turli xil taktikalarni, uzluksizlikni va hatto ushbu kasalliklarni davolashda xatolarni keltirib chiqaradi.

Ko'pincha bolalarda safro yo'llarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari o'tkir plevrit, pnevmoniya va boshqalar sifatida talqin etiladi. To'g'ri davolanishning yetishmasligi ko'pincha kasallikning surunkali rivojlanishiga olib keladi, faqat xolepatyaning surunkali shakllari bilan davolash ko'pincha kuchayish davrida amalga oshiriladi.

Shu bilan birga, shifokorlar har doim ham boshqa organlar va tizimlarning funktsional o'zgarishlarini hisobga olmaydilar, tananing reaktivligidagi o'zgarishlarni hisobga olmaydilar. Bemorlar ko'pincha remissiya davrida diyetada xatolar va rejimning turli xil buzilishlariga yo'l

qo'yishadi. Bularning barchasi qo'zg'alish va kasallikning uzoq, tez-tez takrorlanishiga olib keladi. Safro yo'llari kasalliklarining turli xil klinik ko'rinishlari va jigar, oshqozon, oshqozon osti bezi va yurak-qon tomir tizimining funktsional holatining buzilishi ushbu kasalliklarni kompleks davolashni talab qiladi. Kasallikni dastlabki aniqlashda davolanish eng yaxshi statsionar sharoitda amalga oshiriladi.

To'g'ri tuzilgan parhez hozirgi kungacha o'zining asosiy ahamiyatini saqlab kelmoqda. Muayyan mahsulotlarning individual tolerantligini, oshqozon-ichak trakti bilan bog'liq kasalliklarning mavjudligini, oziq-ovqat allergiyalari ehtimolini hisobga olish kerak.

Safro yo'llari kasalliklarini davolashda muhim chora safro turg'unligiga qarshi kurashdir, chunki zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra xoletsistit bilan yallig'lanish deyarli har doim diskinetik kasalliklar bilan birlashadi. Safro yo'llarini drenajlash uchun bir martalik xoleretik vositalar uzoq vaqt davomida, kamida 4 hafta davomida qo'llaniladi, ularni zamonaviy safro dorilarining klinik tasnifi asosida individuallashtirishga harakat qiladi.

Barcha xoleretik vositalar ikki guruhga bo'linadi — safro hosil bo'lishini rag'batlantirish (xoleretik) va jigarning safro ajratish funktsiyasi (xolekinetik).

Xoleretiklarga xolenzim, allohol, rovoxol kiradi, kimyoviy sintez preparatlari-nkodin, oksafenanid, sikvalon va boshqalar; o'simlik preparatlari — makkajo'xori popugi, oddiy qushqo'nmas, na'matak (mevalar), flamin, xolosas va boshqalar. Safro sekretsiasini rag'batlantiradigan dorilarga o't pufagining tonusini oshiradigan va o't yo'llari tonusining pasayishiga olib keladigan dorilar (xolekinetika) va o't pufagi va o't yo'llari tonusini bo'shashtiruvchi dorilar (xolepazmolitiklar) kiradi. Birinchi guruh xoletsistokinin, magniy sulfat, 40% glyukoza, tuxum sarig'i, sorbitol, ksilitol va boshqalardan iborat, ikkinchisi - papaverin, atropin, belladonna ekstrakti, no-shpa, halidor va boshqalar. Yaqinda qo'llanilgan ko'p atomli spirtlar (sorbitol, ksilitol, mannitol) ham oshqozon va ichaklarning ishiga normallashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Ular xolekinetik ta'sirga qo'shimcha ravishda, oshqozon va oshqozon osti bezi peristaltikasini rag'batlantiruvchi chinakam xoleretik ta'siriga ega.

O't yo'llari kasalliklarini konservativ davolashning katta samaradorligiga erishish uchun xoleretik vositalarni (xolenzim, allohol va boshqalar) antispazmodik dorilar (halidor, no-shpa, papaverin va

boshqalar) va xolekinetika yordamida o'n ikki barmoqli ichak birlashtirish kerak.

Xolepatiyalarning asosiy etiotrop omillaridan biri mahalliy nospetsifik yallig'lanish jarayonidir. Shuning uchun, kompleks davolashda yetakchi o'rin antibiotik terapiyasiga tegishli. Keng spektrli antibiotiklardan foydalanish afzalroqdir. Keng tarqalgan yallig'lanish bilan uzoq muddatli kasal bolalar antibiotiklar (levomitsetin va eritromitsin, penitsillin va streptomitsin va boshqalar) kombinatsiyasi bilan davolash boshlash kerak. Antibakterial terapiyaning davomiyligi o'rtacha 10-14 kun.

Davolashning samaradorligini oshiradigan o't yo'llari kasalliklari uchun kompleks terapiyaning majburiy komponenti patologik jarayonning tabiatiga va o't pufagi diskineziyasining variantlariga qarab fizioterapevtik omillardan foydalanish hisoblanadi. Doimiy og'riqlar va uzoq muddatli jigar kengayishi uchun fizioterapevtik muolajalarning ikki kursi 10-15 kun oralig'ida o'tkazilishi mumkin.

Diskineziya va o't yo'llarining yallig'lanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan va terapiya samaradorligini kamaytiradigan surunkali yallig'lanish o'choqlarini tiklashga jiddiy e'tibor qaratilmoqda. Umumiy intoksikatsiya belgilari aniqroq bo'lgan xoletsistoxolangitli bolalarga faolroq ogohlantiruvchi terapiya o'tkaziladi. Tanaga vitaminlar yetarli emasligini hisobga olib, kasallikning kuchayishi bilan C, PP, B1, B2, B6 vitaminlarini qo'llash kerak.

Rag'batlantiruvchi terapiya sifatida apilak, biosed (biostimulyator) va vitamin B12 dan foydalanish ko'rsatiladi. Distrofiya namoyon bo'lgan bolalar uchun anabolik gormonlar - Nerobol, Retabolil - kompleks davolashga kiritilishi mumkin.

O't yo'llarida yallig'lanish jarayoni lambilyoz bilan qo'shilganda, lambilyozga qarshi turli xil dorilar buyuriladi: aminoxinol, furazolidon, enteroseptol, trixopol, intestopan.

Kasalxona sharoitida 30-40 kun davomida olib borilgan kompleks davolash ko'pchilik bolalarda remissiyaga olib keladi va faqat ayrim hollarda (5% dan kam) shifoxonada davolanish kursini takrorlash kerak bo'ladi. Remissiyaning ko'rinishi hali bolaning tiklanishini ko'rsatmaydi. O't yo'llari, jigar, oshqozon, oshqozon osti bezining funktsional holatidagi o'zgarishlar asosiy kasallikning kuchayishining klinik belgilari olib tashlanganidan keyin ham to'xtamaydi, bu tez-tez qaytalanish ehtimolini keltirib chiqaradi. Shuning uchun, statsionar davolanish, qoida tariqasida,

faqat qisqa muddatli ta'sirga olib keladi va shuning uchun ambulatoriya sharoitida (davolashning ikkinchi bosqichi) remissiya davrida davolanishni davom ettirish zarurati mavjud.

O't yo'llarining o'tkir yallig'lanishi va o't pufaging diskinezi bilan remissiya davridagi bolalarni davolash bir yil davomida, surunkali yallig'lanish bilan 1 1/2-2 yil davomida amalga oshirilishi kerak, faqat 2 yil ichida kasallikning qaytalanishi bo'lmasa.

Siz bolaning tiklanishi haqida gapirishingiz va uni dispanser hisobidan olib tashlash masalasini ko'tarishingiz mumkin.

Remissiya davrida kompleks profilaktik davolanishda asosiy o'rinni bolaning uyda to'g'ri ovqatlanishi va xulq-atvorini tashkil etish, tananing o'zgargan reaktivligiga ta'siri, o't yo'llari tizimidagi turg'unlikni bartaraf etish bo'lishi kerak. Shu maqsadda xoleretik preparatlar oyning har 2 haftasida berilishi kerak, ularni almashtirib, o'simlik infuziyalariga ustunlik berish kerak. Naychalarni haftasiga 1-2 marta tayinlang (yaxshisi tuxum sarig'i yoki sorbitol, ksilitol bilan). Bir oy davomida yiliga ikki-uch marta bolaning yoshiga va me'da shirasining kislotaliligiga qarab buyuriladigan mineral suv (Essentuki) bilan davolash kerak. Og'ir og'riq sindromi bilan jigar sohasida fizioterapiya muolajalarini o'tkazish tavsiya etiladi (UYCH terapiyasining 10-12 seansi). Remissiya davrida surunkali yallig'lanish o'choqlarini, xususan, tonzillitni davolashga katta e'tibor beriladi. Tavsiya etilgan davolanishni amalga oshirish uchun ishtirokchi shifokor kasalxonadan chiqqandan keyin birinchi yil davomida har 3 oyda, so'ngra yiliga 1-2 marta tibbiy ko'rikdan o'tishi kerak. Tekshiruv paytida o'n ikki barmoqli ichakni sezish va og'riq simptomining dinamikasini va jigarning kattalashishini kuzatish kerak.

Safro yo'llari kasalliklari bo'lgan bolalarni kompleks davolashda sanator-kurort davolash (davolashning uchinchi bosqichi) alohida o'rin tutadi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, to'liq tiklangan bolalarning 60 foizi faqat ikki bosqichli davolanishda bo'lgan (qo'zish davrida — kasalxonada, remissiya davrida — klinikada). Binobarin, kasallikning ikkala davrida ham yetarli terapiyani amalga oshirishda ko'pchilik bolalar davolanishning uchinchi bosqichidan foydalanmasdan ijobiy ta'sir ko'rsatdilar. Shuning uchun sanator-kurort davolash faqat remissiya paydo bo'lishidan oldin kasallikning davomiyligi (2-3 yil) tez-tez takrorlanib turadigan bolalar uchun ko'rsatiladi. Biz bolalarni sanatoriya faqat yetarlicha doimiy remissiya davrida (kamida 2-3 oy) va surunkali

yallig'lanish o'choqlarini oldindan sanatsiya qilish bilan yuborishni to'g'ri deb bilamiz.

Sanatoriy davolashdan so'ng dispanser kuzatuv remissiyaga erishilganda kamida 2 yil davom etadi. O't yo'llari kasalliklari bo'lgan bolalarni bosqichma-bosqich davolashning bir bo'g'ini yozda ovqat hazm qilish tizimi patologiyasi bo'lgan bemorlar uchun sanatoriy tipidagi ixtisoslashtirilgan yosh bolalar lagerlarini tashkil etishdir. Bosqichli davolanishni amalga oshirishda doimiy qaytalash kursini bartaraf etish, davriy qaytalashlar bilan kasallangan bemorlarning sonini keskin kamaytirish va bemorlarning sezilarli qismini (64%) to'liq tiklashga erishish mumkin.

Biroq, bolalarning 2% da, ehtiyotkorlik bilan olib borilgan bosqichma-bosqich davolanishga qaramay, qaytalashlar hali ham sodir bo'ladi; bemorlarda doimiy va chidab bo'lmas qorin og'rig'i bor, ko'pincha charchoqning kuchayishidan shikoyat qiladilar, maktabda darslarni o'tkazib yuboradilar va doimiy ravishda cheklangan ovqatlanishadi. Kasallikning davomiyligi oshgani sayin, o't yo'llarining deformatsiyasi ham kuchayadi, o'smirlik davrida kasallik og'ir shaklga kiradi. Shuning uchun, o't yo'llari kasalliklarining surunkali shakllarining ayrim holatlarida jarrohlik davolash masalasini ko'tarish kerak. Bu pediatriya va bolalar xirurgiyasida yangi va murakkab masala. Voyaga yetgan bemorlarda va bolalarda surunkali kalkulyoz xoletsistitni jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar masalasi hali ham muhokama qilinmoqda. Ko'pgina jarrohlar kasallikning 3-5 yillik tarixi surunkali xoletsistitni jarrohlik davolash uchun ko'rsatma deb hisoblashadi. Bizda 12 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan 9 nafar o't yo'llarining surunkali kasalliklari (5 nafarida surunkali xoletsistit, 4 nafarida surunkali xoletsisto-xolangit) bo'lgan 9 nafar bolani jarrohlik yo'li bilan davolash tajribamiz bor. Ularda kasallikning davomiyligi 6 yildan 8 yilgacha bo'lgan va bu bemorlarda uning bosqichlariga mos ravishda murakkab konservativ davo qo'llanilishiga qaramay, qisqa muddatli remissiyadan keyin jarayon yana yomonlashdi. Bolalar o'tkir appenditsitga shubha bilan bir necha marta kasalxonaga yotqizilgan (ulardan beshtasi appendektomiya qilingan).

Qoida tariqasida, og'riq kunning istalgan vaqtida, oziq-ovqat iste'mol qilishdan qat'i nazar, paydo bo'ldi va tabiatda paroksizmal edi. Hujumlar orasida o'ng gipoxondriumda simillovchi og'riqlar saqlanib qoldi. Deyarli barcha bolalar bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, charchoq, ishtahani pasayishi va ko'ngil aynishdan shikoyat qildilar. Safro

qismlarida mikroskopik tekshiruvda shilliq, leykotsitlar va safro kislotalarining amorf tuzlari sezilarli darajada aniqlangan. Jigar funksiyasi testlari qoniqarli edi. Amalga oshirilgan reogepatografiyada qon oqimining pasayishi va jigarning qon bilan ta'minlanishi, intragepatik qon oqimining to'siqlari aniqlandi. Xolegrammada barcha bolalarda o't pufagining kontsentratsiya funksiyasi buzilganligi ko'rsatilgan, 3 ta bolada o't pufagining bir nechta burmalari aniqlangan; 2 tasida o't pufagining notekis konturlar ko'rinishidagi deformatsiyasi (perixoletsistit), birida divertikul borligi; qovuqning motor funksiyasining keskin zaiflashishi (oziq-ovqat qo'zg'atuvchisi uchun qisqarishning yo'qligi) 2 bolada va bir bolada S shaklidagi egilish bilan qop kanalining keskin kengayishi aniqlandi.

Uzoq muddatli kompleks terapiya ta'sirining yo'qligi, qo'zish hujumlarining og'irligi, shuningdek, xolegrammalarda aniqlangan o'zgarishlar xoletsistektomiyaga ko'rsatma bo'lgan.

Operatsiya davomida 6 nafar bolada o't pufagi o'zgargan (noto'g'ri shakllangan va atonik, o'lchami katta), barcha bemorlarda o't pufagining yopishishi va deformatsiyasi aniqlangan; 2 bolada o't pufagi butun uzunligi bo'ylab jigar bilan chambarchas bog'langan, bir bolada bitishmalar o't pufagining pastki uchdan bir qismida yelpig'ich shaklida bo'lgan (bu xolegrammada topilgan o't pufagining ko'p deformatsiyasini tushuntiradi); boshqa bolada o't pufagi ko'ndalang yo'g'on ichak va o'n ikki barmoqli ichakka qo'shilib ketgan, o't pufagining siqilishi (qum soati shakli), uning egilishi, kista va umumiy o't yo'llarining sezilarli darajada kengayishi (0,4-0,9) ham aniqlangan. Operativ xolegrafiya o't yo'llarining o'tkazuvchanligini tasdiqladi. Operatsiya paytida aniqlangan o'zgarishlar xolegrafiya ma'lumotlariga to'g'ri keladi, barcha deformatsiyalar asosan siydik pufagining bir nechta yopishqoqligi tufayli yuzaga kelgan. O't pufagining gistologik tekshiruvida shilliq qavat atrofiyasi va o't pufagi devorining sklerozi bilan kechadigan surunkali xoletsistit aniqlangan. Jigar to'qimalarining gistologik tekshiruvi 4 nafar bolada fibroz va pereportal sklerozi bilan surunkali infiltrativ gepatitni aniqlashga va qolgan bolalarda kichik reaktiv o'zgarishlarni aniqlashga imkon berdi. Shunday qilib, biz olgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, yuqorida sanab o'tilgan holatlarda konservativ terapiyaning ijobiy ta'siriga ishonish qiyin edi va jarrohlik aralashuv oqlandi.

Surunkali gepatit va jigar sirrozi

Surunkali jigar kasalliklarining shakllanishini o'rganishning dolzarbligi ushbu patologiyaning bolalarda sezilarli darajada tarqalishi va kasallikning faol, progressiv shakllarining noxush oqibatlari bilan bog'liq. Jigar kasalliklarining takroriy shakllariga asoslangan immunopatologik jarayonlar, intragepatik gemodinamikaning xususiyatlari va qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi bemorlarning ushbu guruhini terapevtik va jarrohlik davolashning qo'shma kompleks usullarini ishlab chiqish zarurligiga olib keldi. Surunkali jigar kasalliklari polietiologik kasalliklardir. Pediatrik amaliyotda ular ko'pincha o'tkir virusli gepatitdan keyin hosil bo'ladi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, virusli gepatit 86% hollarda postnekrotik jigar sirrozi va 50% hollarda portal sirozning etiologik sababi bo'lishi mumkin. Bolalar virusli gepatit bilan kasallanishning 60-80 foizini tashkil qiladi va JSST ma'lumotlariga ko'ra, sezilarli pasayish tendentsiyasi kuzatilmaydi. Bu faktlar bolalik davrida gepatitdan keyingi surunkali jigar kasalliklarining paydo bo'lish sabablarini o'rganishni muhim ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lgan qator muammolar qatoriga qo'yadi. Virusli gepatitga qo'shimcha ravishda, surunkali gepatitning rivojlanishining sababi va keyinchalik jigar sirrozi sitomegalovirus, parazitlar kasalliklar, oqsil-vitamin yetishmovchiligi bilan kechadigan oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo'lishi mumkin. Etiologik nuqtai nazardan ma'lum ulush jigarda metabolik kasalliklar (gepatolentikulyar degeneratsiya, Konovalov-Uilson kasalligi, gemoxromatoz va boshqalar) yoki intragepatik gemodinamikaning buzilishi bilan bog'liq bo'lgan tug'ma patologiyaga tegishli. Shunday qilib, bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, biriktiruvchi to'qimalarning rivojlanishining kuchayishi va o't yo'llarining kengayishi bilan tavsiflangan jigarning tug'ma fibroxolangiokista kasalligi (TFK), bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, portal gipertoniyaning intragepatik shakli bo'lgan bolalarda 14% hollarda aniqlanadi. Yashirin surunkali gepatit rivojlanishining sabablaridan biri jigarning kichik tomirlari darajasida portal venani blokirovka qilganda jigarni qon bilan ta'minlashning buzilishidir. Surunkali gepatit va jigar sirrozi bitta patologik jarayonning bosqichlari bo'lib, stromaning yallig'lanish hujayralari infiltratsiyasi bilan birgalikda gepatotsitlarning degeneratsiyasi yoki nekrozi bilan uzoq muddatli yallig'lanish jarayonini ifodalaydi.

Morfologik tekshirish natijasida aniqlangan regeneratsiya tugunlarining paydo bo'lishi va jigar lobulyar tuzilishining buzilishi va portal gipertenziya belgilarining paydo bo'lishi shartli ravishda jigar sirrozining shakllanish vaqti hisoblanadi. Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, o'tkir kasallikning surunkali holatga o'tishining sababi virusning organizmdagi uzoq muddatli aylanishi va autoimmun mexanizmlarning faollashishi hisoblanadi.

Avstraliya antigeni (HBs antigeni) va uning 90-100% hollarda aniqlanadigan zardob gepatiti bilan yaqin aloqasi, shuningdek, virus organizmda saqlanib qoladi degan gipoteza foydasiga argument 10-71% surunkali jigar kasalliklarida aniqlanishi aniqlandi. Jigar hujayralarining virus yoki boshqa antigen bilan zararlanishi antigenlarning xususiyatlariga ega bo'lgan va jigar hujayralariga autoantitalarning shakllanishiga sabab bo'lgan oqsil komplekslarining shakllanishiga yordam beradi. Antigen komplekslarning autoantitalar bilan o'zaro ta'siri kasallikning uzluksiz progressiv kursiga olib keladi. Qon zardobida va jigar to'qimalarida jigarga qarshi antitalarning mavjudligi, immunoglobulinlarning ko'p ishlab chiqarilishi kasallikning surunkali post-hepatit shakllarining autoimmun genezli ekanligidan dalolat beradi. Jigarga qarshi antitalar tarkibi va G, M, A sinflari immunoglobulinlarining patologik jarayonning faolligiga nisbati ma'lum darajada bog'liqligi aniqlandi. Shunday qilib, jigarga qarshi antitalar kasallikning faol bosqichida ko'p va yuqori konsentratsiyalarda aniqlangan: postnekrotik va jigar portal sirrozi bo'lgan bolalarning 68 foizida, faol bo'lmagan bosqichda mos ravishda - 18 va 20% aniqlanadi.

Jigar sirrozining faol bosqichida G va A sinflari immunoglobulinlarining o'rtacha ko'rsatkichlari yosh normasidan 3-4 baravar yuqori bo'ladi.

Tekshirish usullari

Jigardagi jarayonni tashxislash va batafsil baholash faqat laboratoriya, funktsional, rentgen va instrumental usullarni hisobga olgan holda keng qamrovli tekshiruv yordamida aniqlanishi mumkin. Surunkali jigar kasalliklarini tashxislashda muhim o'rinlardan birini biokimyoviy tadqiqot usullari egallaydi. Mavjud jigar funktsiyasi testlarining soni juda ko'p. Kundalik amaliyotda jigar hujayralarining ishlashini baholash uchun jigardagi asosiy patologik jarayonlarni aks ettiruvchi namunalar to'plamini kiritish kifoya. Gepatotsitlarning distrofik va nekrotik zararlanishlari fermentlardan birining faolligi oshishi bilan

hujjatlashtirilgan: aminotransferazalar (alanin, aspartat), fruktoza-1-fosfat aldolaz (F-1-FA), laktat degidrogenaza (LDG)ning 4 va 5 fraktsiyalari, malatdehidrogenaza (MDG)ning 3-qismi va boshqalar.

Sitoplazmatik fermentlar faolligining sezilarli darajada oshishi (LDG ning katodik fraktsiyalari, alanin aminotransferaza, F-1-FA va boshqalar) jigar sirozining dastlabki bosqichlarida kuzatiladi. Jigar hujayrasi shikastlanganda katta harakatchanlikka ega bo'lgan sitoplazmatik fermentlar qonga birinchi bo'lib kiradi. Rivojlangan jarayon bilan (jigar sirozining terminal bosqichi) ularning darajasi biroz ko'tariladi yoki normal chegaralarda bo'lishi mumkin, bu ferment tizimlarining zaiflashishini ko'rsatadi.

Gepatotsellyulyar yetishmovchiligi sindromi, birinchi navbatda, kasallikning og'irligiga mutanosib ravishda jigar hujayrasi tomonidan sintez qilingan oqsillar (albumin, xolesterin, gaptoglobin, protrombin va boshqalar) darajasining pasayishi bilan namoyon bo'ladi.

Yallig'lanish va jarayonda retikulokistiositik tizimning ishtiroki disproteinemiya, yirik molekulyar globulinlarning ko'payishi, oqsil cho'kindi namunalarning yo'qolishi, immunoglobulinlarning ko'payishi, birinchi navbatda G sinfi bilan tavsiflanadi. G-globulinlar kontsentratsiyasining oshishi va timol testi odatda autoimmun jarayonlarga hamroh bo'ladi.

Ishqoriy fosfataza, bog'langan bilirubin faolligining oshishini aks ettiruvchi xolestazning buzilishi ko'pincha xolestatik komponent yoki biliar siroz bilan kuzatiladi. Jigar kasalliklarining turli klinik shakllarida qon parametrlarining xarakterli o'zgarishlari tegishli bo'limlarda keltirilgan. Qizilo'ngach va oshqozonni kontrastli vosita bilan rentgenologik tekshirish sizga varikoz tomirlari darajasini aniqlash imkonini beradi.

Sirozning dastlabki bosqichida qizilo'ngach va oshqozonning varikoz tomirlari aniqlanmaydi. O'rnatilgan siroz bosqichida bemorlarning yarmida qizilo'ngachning to'liqsimon konturlari va pastki uchdan bir qismida shilliq qavatining burmalari aniqlanadi. Portal gipertenziya kuchayishi bilan, turli o'lchamdagi plomba nuqsonlari sezilarli darajada namoyon bo'ladi, shilliq qavatning burmalari notekis va intervalgacha bo'ladi. Qizilo'ngachning eng aniq varikoz tomirlari sirozning terminal bosqichida yoki fibroxolangiokistik jigar kasalligida kuzatiladi. Agar rentgen tekshiruvi natijasi salbiy bo'lsa, ezofagogastrofibroskopiya ko'rsatiladi.

Splenomanometriya va gepatomanometriya - taloq va jigar parenximasidagi bosimni o'lchash jarayonning og'irligini baholash imkonini beradi. Ushbu tadqiqotlar splenoportografiya va jigar biopsiyasi bilan bir vaqtda amalga oshiriladi. Surunkali gepatitda jigar va taloqdagi bosim normal chegarada yoki uning yuqori chegarasida ($119 \pm 10,7$ mm suv ustuni) qoladi. Sirozning dastlabki bosqichida intragepatik bosim normal chegaralarda ($141 \pm 25,5$ mm suv ustuni), taloqda esa ko'tariladi ($225 \pm 13,4$ mm suv ustuni). Ko'rinishidan, bu presinusoidal arteriovenoz anastomozlarning disfunktsiyasi tufayli jigarning dastlabki sirrozi bo'lgan bemorlarda blokadaning presinusoidal tabiati bilan izohlanadi. Davolanishdan keyin portal gipertenziyaning qaytarilishi, shubhasiz, intragepatik vazomotor buzilishlarning normallasishi bilan izohlanishi mumkin.

Sirozning yetuk bosqichidagi bolalarda portal bosim jigar va taloqdagi ko'rsatkichlarni oshirish va tekislash tendentsiyasiga ega (jigar ichidagi bosim $240 \pm 28,5$ mm suv ustuni, $272 \pm 20,9$ mm suv ustuni ichidagi bosim). Jigar faoliyatidagi buzilishlar va markaziy tomirlarning siqilishi tufayli bu bemorlarda postsinusoidal blokada o'tkaziladi. Jigar sirozining terminal bosqichida jigarda ham, taloqda ham portal bosimning keskin oshishi kuzatiladi (mos ravishda $341 \pm 11,7$ va $353 \pm 11,6$ mm suv). Xuddi shunday yuqori raqamlar konjenital fibroxolangiokistik kasallik bilan kuzatiladi. Splenoportografiya (SPG) portal tizimining tomirlarini kontrastlashning eng keng tarqalgan usuli hisoblanadi. SPG ma'lumotlari kasallikning klinik shakllarini tavsiflashda beriladi. Mezenterik portografiya yoki portal tizim tomirlarini kontrastlashning boshqa usullari taloq olib tashlangan bemorlar uchun va fibroxolangiokistik kasallik uchun, agar LNG dan foydalanganda portal tizim tomirlarini kontrast qilish mumkin bo'lmasa yoki portal tizim tomirlarini kontrast qilish kerak bo'lsa, bemorda kavomezenterik anastomoz ko'rsatiladi.

Jigar biopsiyasi o'tkir gepatitning surunkaliga o'tishini aniqlash, doimiy va faol surunkali gepatitni farqlash va uning jigar sirroziga o'tishini aniqlash imkonini beruvchi hal qiluvchi tadqiqot usullaridan biridir. Morfologik tadqiqot gepatotsitlardagi distrofik va nekrotik o'zgarishlar darajasini, yog'li infiltratsiyaning og'irligini, darvoza yo'llarida yallig'lanish infiltratsiyasining tarqalishini, fibroz jarayonlarning mavjudligini aniqlaydi va regeneratsiya darajasini belgilaydi.

Asosiy klinik shakllari

Surunkali gepatit. 1974 yilda Bethesda (AQSh)da bo'lib o'tgan Butunjahon gepatologlar kongressida surunkali gepatitning uchta shakli aniqlandi - doimiy, faol, reaktiv. Doimiy (doimiylikni ushlab turuvchi) surunkali gepatit ko'pincha zardob gepatitidan keyin paydo bo'ladi. Uning qo'zg'atuvchisi B tipidagi virusdir. JSST qaroriga ko'ra HB antigeni (Avstraliya antigeni) zardob gepatitining belgisi sifatida tan olingan. Doimiy surunkali gepatit hayotning dastlabki 7 yilidagi bolalarga ko'proq ta'sir qiladi, bu parenteral in'yektsiyalarning ko'pligi, shuningdek immunologik himoya mexanizmlarining yetilmaganligi bilan bog'liq. Gepatitning ushbu shakli bo'lgan bolalarning ko'pchiligida bir nechta infeksiya o'choqlari mavjud (surunkali tonsillit, sinusit, xoletsistoxolangit va boshqalar). Qon zardobida HB antigeni bilan birga adenoparagripp va boshqa keng tarqalgan viruslar aniqlanadi. Doimiy HB antigenemiyasi bo'lgan bolalarda virusga qarshi immunitetning yetishmasligi guruhli xarakteriga ega. Morfologik jihatdan o'choqli nekroz, gepatotsitlarning yengil degeneratsiyasi, fibroz jarayonlarning biroz kuchayishi, jigarning lobulyar tuzilishini buzmasdan darvoza venasi yo'llarining yengil yallig'lanish infiltratsiyasi aniqlanadi.

Virusli gepatitning noaniq va anikterik shakllarida ko'pincha tashxis qo'yish qiyinlashadi, chunki asosiy va ba'zan yagona klinik belgi – bu jigarning shishishi va qattiqlashishi. Ba'zi hollarda jigarning kattalashishi va ba'zan og'riqliligi charchoqning kuchayishi, terining rangparligi va noaniq dispeptik kasalliklar ko'rinishidagi yengil ifodalangan umumiy intoksikatsiya belgilari fonida kuzatiladi. Sariqlik odatda yo'q. Ba'zida yengil gemorragik ko'rinishlar va taloqning biroz kattalashishi kuzatiladi.

Surunkali gepatitning ushbu shaklida jigar hujayralarining funktsional qobiliyati o'rtacha darajada zararlanadi. Bilirubin, proteinogramma, protrombin kompleksi, geptoglobulin, oqsil-cho'kindi testlari odatda normal chegaralarda yoki minimal darajada o'zgaradi. Gumorall immunitet omillari va hujayrali immunitet reaksiyalari tomonidan immunologik o'zgarishlar ham deyarli yo'q. Sitolizning o'rtacha belgilari ko'proq kuzatiladi: aminotransferazalarning faolligi, LDGning katodik fraktsiyalari va boshqalar, o'tkir gepatitdan farqli o'laroq, bir necha yil davom etishi mumkin. Jigar funktsiyasi testlarida, shuningdek, HBs antigenida o'zgarishlar bo'lmasa, yakuniy tashxis faqat jigar punktatsiyasi morfologik o'rganish yordamida o'rnatilishi mumkin.

Surunkali persistent hepatitning HB-musbat shakllari o'g'il bolalarda ko'proq uchraydi.

Ko'rinib turibdiki, bu haqiqat bolalarning jinsi bilan bog'liq bo'lgan genetik omilni ko'rsatadi, bu hepatit B virusining davom etishi uchun sharoitlarni belgilaydi. Surunkali faol hepatit (SFG) o'tkir hepatitga o'xshaydi va odatda sariqlik, dispeptik alomatlar, charchoqning kuchayishi, kattalashgan va qotgan jigar, kattalashgan taloq, og'irroq holatlarda gemorragik hodisalar va ba'zida astsitlar kuzatiladi. Ammo o'tkir hepatitdan farqli o'laroq, SFG aniq siklik kursga ega emas va takroriy yoki doimiy progressiv kurs bilan tavsiflanadi.

Morfologik jihatdan hepatotsitlarda keng tarqalgan distrofik va nekrotik o'zgarishlar, limfoid hujayralar bilan darvoza venasi yo'llarining sezilarli darajada infiltratsiyasi va biriktiruvchi to'qimalarning interlobulyar o'sishi namoyon bo'ladi. HBs antigeni uchun qon zardobidagi test salbiy natija beradi. Ba'zi bolalarda HB antigeniga antitanalar aniqlanadi, bu avvalgi, ehtimol zardob orqali yuqqan virusli hepatitni ko'rsatadi.

Surunkali faol hepatitning ikkita varianti mavjud: o'rtacha va aniq jarayon faolligi bilan (surunkali agressiv hepatit yoki lipoid hepatit).

Jarayonning o'rtacha faolligi bilan kasallik konservativ terapiya fonida asta-sekin rivojlanadi yoki barqarorlashadi va jarrohlik davolanishni talab qilmaydi.

Surunkali faol hepatitning "agressiv" versiyasi bilan patologik jarayonda isitma, bo'g'imlar va buyraklarning ishtiroki bo'lishi mumkin; stria ko'pincha son, qorin va sut bezlari terisida paydo bo'ladi (ko'pincha qizlarda balog'atga yetgunga qadar va balog'at yoshida), turli xil toshmalar va EChT oshadi. Klinik ko'rinishning polimorfizmi tufayli bu bolalarga ko'pincha noto'g'ri tashxis qo'yiladi: kollagenoz, glomerulonefrit, revmatizm.

Yuqorida aytib o'tilganidek, balog'atga yetmagan va balog'at yoshidagi qizlar ko'pincha eng katta neyroendokrin o'zgarishlar davrida kasal bo'lishadi. Jigarning funktsional testlarining biokimyoviy ko'rsatkichlarida sezilarli buzilishlar mavjud: giperbilirubinemiya, sitoplazmatik va mitoxondriyal fermentlarning faolligi oshishi. Jigarning oqsil-sintetik funktsiyasi qiynala boshlaydi. Muhim immunologik siljishlar qayd etililadi.

Kechiktirilgan turdagi yuqori sezuvchanlikka xos bo'lgan hujayra immunitetining reaksiyalari o'zgaradi. Immunitetning gumoral

aloqasining buzilishi sezilarli darajada giper- γ -globulinemiya, immunoglobulinlarning haddan tashqari ko'payishi bilan ifodalanadi.

Ayniqsa, G sinfidagi immunoglobulinlar tomonidan keskin siljishlar kuzatiladi, bu me'yordan 3-4 baravar yuqori hisoblanadi. Kasallikning bu shakli jigar sirrozi bilan tugaydigan jarayonning og'irligi va juda tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Reaktiv gepatit ikkilamchi o't yo'llari kasalliklarida, gastroduodenitlarda uchraydi. Morfologik jihatdan u jigarda mahalliy o'zgarishlar bilan birga keladi. Jigar funktsional namunalarining biokimyoviy ko'rsatkichlarining o'zgarishi ahamiyatsiz. Ba'zida o'tkir bo'lmagan disproteinemiya qayd etiladi. Klinik jihatdan kasallikning kechishi surunkali doimiy gepatitga o'xshaydi. Jarayonning dinamikasi asosiy kasallikning kechishiga bog'liq.

Jigar sirrozi surunkali gepatitning so'nggi bosqichi bo'lib, turli darajadagi jigar dekompensatsiyasi va Portal gipertensiya bilan birga keladi. Jigar sirrozi quyidagi patogenetik bog'lanishlarga asoslanadi: 1) jigar-hujayra yetishmovchiligi; 2) jigar ichidagi qon aylanishining buzilishi va darvoza venasi tizimidagi bosimning oshishi; 3) retikuloendotelial tizimning shikastlanishi.

Jigar hujayralari yetishmovchiligining asosiy belgilaridan biri sariqlikdir. Odatda bu faqat kasallikning kuchayishi davrida, terminal bosqichida yoki xolestatik variantda (biliar siroz) aniqlanadi. Jarayon faolligining pasayishi paytida sariqlik odatda o'rtacha darajada namoyon bo'ladi va mikronodulyar (Portal) siroz bilan u umuman bo'lmasligi mumkin. Albumin, gaptoglobin, seruloplazmin sintezining pasayishi xarakterlidir. Gipersplenizm va protrombin kompleksining yetishmasligi, qon ivish tizimining V, VII omillari va boshqalar tufayli gemorragik hodisalar burundan qon ketish, milk va terida qon ketish shaklida namoyon bo'ladi. Jigarning detoksifikatsiya funktsiyasining buzilishi qonda kam oksidlangan metabolik mahsulotlar va birinchi navbatda ammiakning ko'payishiga olib keladi.

Jigar sirozining asosiy belgisi portal gipertenziyadir. U asosan organ tuzilishining buzilishi va parenximani biriktiruvchi to'qima bilan almashishi natijasida jigar tomirlarining siqilishi va obliteratsiyasiga asoslangan. Bu jigardan qon ketishining buzilishiga, arterioportal va portogepatik anastomozlarning reflektor ochilishiga va portal tizim organlariga arterial qon ta'minotining qayta taqsimlanishiga olib keladi. Klinik jihatdan, bu taloqning kengayishi va pastki va yuqori kavak

venalariga jigarni chetlab o'tib, kollateral qon aylanishining shakllanishi bilan namoyon bo'ladi. Bemor uchun eng katta xavf - bu qizilo'ngach va oshqozonning varikoz tomirlaridan qon ketishiga olib keladigan oshqozon-qizilo'ngach yo'llari bo'ylab kollaterallarning mavjudligi, ammo, kattalardagi bemorlardan farqli o'laroq, sirozli bolalarda bu asorat kamroq kuzatiladi - 6,0 - 9,5% da.

Retikuloendotelial tizimning shikastlanishi suyak iligi tomonidan retikulo plazmatik reaksiya shaklida namoyon bo'ladi, bu retikulyar va plazmatik hujayralar sonining ko'payishi va taloqning funktsional faolligining ikkilamchi ko'rinishida buzilishi anemiya, leykopeniya, trombositopeniya bilan kechadigan gipersplenizm bilan namoyon bo'ladi.

Jigar sirrozining uchta klinik va morfologik shakllari mavjud: makronodulyar, mikronodulyar, biliar. Bundan tashqari, bir nechta shakllarning xususiyatlarini birlashtirgan aralash jigar sirrozi mavjud.

Qoida tariqasida, jigarning makronodulyar (postnekrotik) sirrozi virusli gepatitning og'ir va uzoq davom etgan kursidan keyin yoki uning noaniq shakli natijasida rivojlanadi. Klinik ko'rinishda jigar yetishmovchiligi belgilari birinchi o'ringa chiqadi: sariqlik, burundan qon ketish, teriga qon ketish, ba'zida qichishish va astsit. Ushbu shaklda jigar hujayralari eng ko'p ta'sirlanganligi sababli, bu pigment almashinuvining buzilishi, ferment hosil qiluvchi funktsiya va jigar hujayralarida sintezlangan oqsillar darajasining pasayishida namoyon bo'ladi. Kasallikning progressiv kursi xarakterlidir. Sirozning ushbu shakli uchun prognoz juda jiddiy va yaqin vaqtgacha noqulay edi.

Mikronodulyar (portal) siroz odatda ikkita sababga ko'ra yuzaga keladi: endogen yoki ekzogen omillar natijasida yoki virusli gepatitdan keyin noto'g'ri ovqatlanish. Portal sirozining klinik ko'rinishlari postnekrotikdan ko'ra kam uchraydi. Umumiy intoksikatsiya belgilari, ba'zida dispeptik alomatlar va gemorragik ko'rinishlar mavjud. Ko'pincha kasallikning yagona belgilari jigar va taloqning kattalashishi va qattiqlashishi hisoblanadi. Bolaning farovonligi uzoq vaqt davomida o'zgarmasligi mumkin. Mikronodulyar sirrozda jigar lobulyar tuzilishining diffuz buzilishi tufayli portal gipertenziya nisbatan qoniqarli gepatotsitlar funktsiyasi bilan juda tez rivojlanadi. Bilirubin va ferment parametrlari normal yoki biroz buzilgan. Jigarning protein sintezlovchi funktsiyasi ko'proq qiyinlashadi. Kasallikning kechishi sekinroq, ba'zan yashirin.

Eng kam uchraydigan shakl - biliar sirozi bo'lib, u xolestazga asoslangan. Voyaga yetgan bemorlardan farqli o'laroq, bolalarda xolestazning sababi odatda rivojlanish nuqsonlari tufayli o't yo'llarining intragepatik yoki ekstragepatik obstruksiyasidir.

Jigar ichidagi bilistaz o't yo'llarining yallig'lanishi va safro hosil bo'lishining buzilishi sababli xolestaz tufayli rivojlanishi mumkin, bunda kichik intragepatik yo'llarning tiqilib qolishi obstruktiv sariqlikka olib keladi. Kasallikning klinik ko'rinishida xolestaz bilan bog'liq alomatlar birinchi o'ringa chiqadi. Ko'pincha qichishish birinchi alomat bo'lib, keyin sariqlik paydo bo'ladi. Odatda, sariqlik kuchli va doimiydir. Biliverdin va melanin bilan singdirilganligi sababli teri yashil-kulrang rang bilan yorqin sariq rangga aylanadi. Jigar sezilarli darajada kattalashgan va zichlashgan bo'ladi. Splenomegaliya asosan kasallikning kech bosqichlarida kuzatiladi.

Biokimyoviy ko'rsatkichlar yuqori va doimiy bilirubinemiya ko'rsatadi (20-40 mkmol/l), asosan to'g'ridan-to'g'ri fraktsiya, lipid almashinuvining giperxolesterolemiya ko'rinishidagi o'zgarishi, lipidlar, β -lipoproteinlar va β - hamda γ -globulinlarning ko'payishi kuzatiladi. Boshqa funktsional testlar uzoq vaqt davomida o'zgarishsiz qoladi. Kasallik to'liqinsimon, progressiv kechib, natija ko'p jihatdan xolestaz sabablarini o'z vaqtida tashxislash va davolashga bog'liq.

Jarayon juda rivojlangan bo'lsa, jigar sirrozi turini aniqlash har doim ham mumkin emas. Shuning uchun sirozning uchta asosiy turiga qo'shimcha ravishda aralash turlari ham ajralib turadi, ularda jigarning makro- va mikronodulyar sirozi uchun umumiy klinik va morfologik belgilar mavjud.

Jarayonning og'irligini baholash va davolash taktikasini aniqlash uchun sirozning uch bosqichi ajratiladi: boshlang'ich, avj olish va terminal. Jarayonning bosqichi jigarning lobulyar tuzilishini buzish darajasi va uning qayta tuzilishi bilan belgilanadi, buning natijasida qon tomir to'shagining siqilishi va portal gipertenziya paydo bo'ladi.

Sirozning dastlabki bosqichida jigar kengayishi ustun bo'lgan o'rtacha gepatosplenomegaliya mavjud. Taloq qovurg'a yoyidan 1,5-3 sm pastda palpatsiya qilinadi. Jigar o'rtacha zichlikda. Jarayonning faolligiga qarab, sariqlik, gemorragik sindrom, ba'zan esa qaytariladigan astsitlar kuzatiladi. Gipersplenizmning birinchi belgilari paydo bo'ladi, odatda trombotsitlar mikroblari birinchi bo'lib ta'sir qiladi. Portal gipertenziyaning dastlabki belgilari splenoportogrammalarda taloq

venasining diametri, uzunligi va egriligining yengil o'sishi shaklida qayd etiladi. Jigarning o'ng va chap bo'laklarida darvoza venasining intragepatik shoxlarining aniq kontrasti mavjud.

Yetuk bosqichda bemorlarning umumiy holatida sezilarli darajada buzilish kuzatiladi. Gemorragik hodisalar doimiy bo'lib qoladi. Jigar va taloqning sezilarli qalinlashishi kuzatiladi. Splenomegaliya kuchayadi (taloq kindik darajasida va pastda palpatsiya qilinadi). Odatda trombositopeniya va leykopeniya kuzatiladi, intrasplenik bosim ortadi. PGS bilan taloq va portal tomirlarning diametrining oshishi qayd etiladi, jigarning qon tomir naqshining deformatsiyasi paydo bo'ladi, ba'zida uning chap bo'lagining kontrasti bo'lmaydi. Bolalarning 70% da, PGS ma'lumotlariga ko'ra, bariy bilan rentgen tekshiruvi paytida qizilo'ngach va oshqozonning aylanma qon aylanishi yoki varikoz tomirlari aniqlanadi. Jigar yetishmovchiligi darajasi har xil bo'lishi mumkin.

Terminal bosqichida umumiy holatdagi eng keskin o'zgarishlar kuzatiladi. Mushaklar va teri osti yog' qatlaminin distrofiyasi, shilliq qavatlarning sianozi, vitamin yetishmasligi belgilari: quruq teri, lablar yorilishi, og'ir gemorragik sindrom, terining, skleraning sariqligi, "baraban" barmoqlari, qorin va ko'krak devori teri osti venalarining ko'payishi.

Ba'zi bemorlarda qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi kuzatiladi, bu esa jigarning funktsional holatini yanada yomonlashtiradi va koma rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ko'pgina bemorlarda ushbu bosqichda jigar hajmi kamayadi. Splenomegaliya yanada aniqroq bo'ladi. Taloqning pastki qutbi ko'pincha yonbosh suyagining qanotiga yetib boradi. Ko'pgina bemorlarda astsit aniqlanadi, gidrotoraks kamroq uchraydi. Funktsional jigar testlari oqsil sintezi jarayonlarining keskin pasayishini aks ettiradi: disproteinemiya (odatda umumiy oqsilning pasayishi bilan), keskin gipoprotrombinemiya, qon zardobida ferment faolligining yo'qligi yoki kamroq ortishi, bu ferment tizimlarining kamayishini ko'rsatadi. Ba'zi hollarda bilvosita bilirubinning ko'payishi kuzatiladi, bu sezilarli splenomegaliya bilan gemolitik komponentning qo'shilishidan dalolat beradi. Gemolitik komponentning zo'rayishi odatdagi gemolitik inqirozdan mo'tadil gemolizgacha o'zgarib turadi, bu faqat kislota eritrogramma usuli bilan aniqlanadi.

Ikkilamchi gipersplenizmning namoyon bo'lishi keskin ifodalanadi, odatda gematopoezning barcha uchta sohalariga ta'sir qiladi va konservativ davolash usullariga javob bermaydi.

Eng katta o'zgarishlar portal qon aylanishida ham kuzatiladi. Bariy suspenziyasi bilan qizilo'ngach va oshqozon rentgenogrammasi ko'proq keng tarqalgan varikoz tomirlarini aniqlaydi. Splenoportogrammalar yorqin kollateral qon aylanishini, portal va taloq venalarining diametrining keskin oshishini, jigarning o'ng bo'lagi tomirlarining sezilarli deformatsiyasini va odatda chapda kontrastning yetishmasligini ko'rsatadi.

Shunday qilib, kasallikning har bir bosqichi ko'proq yoki kamroq aniqlangan klinik ko'rinishga ega, ammo yakuniy tashxis, jarayonning bosqichi va faolligini faqat bemorlarni har tomonlama tekshirish yordamida aniqlash mumkin.

Jigar fibroxolangiokistozi (FXK) (sinonimlari: polikistik jigar kasalligi, polikistoz kasallik, tug'ma jigar fibrozi) - biriktiruvchi to'qimalarning keskin ko'payishi va darvoza venasi yo'llarida o't yo'llarining kistoz kengayishi bilan tavsiflangan tug'ma jigar kasalligi. FXKning yetakchi sindromi portal gipertenziyaning intragepatik shaklidir. FXK pediatriyada kam o'rganilgan va shuning uchun tashxis qo'yilganidan ko'ra ko'p uchraydi. Klinik ko'rinishga ko'ra, bu kasallik jigar sirrozi (mikronodulyar - portal turi) va portal qon aylanishining jigardan tashqari blokadasida o'rtasida oraliq pozitsiyani egallaydi, bu esa diagnostika xatolariga olib kelishi mumkin. Ba'zi hollarda kasallikning oilaviy tabiati haqida xabar beriladi.

Portal gipertenziya sindromining eng erta klinik ko'rinishlari qorin bo'shlig'ining kattalashishi bo'lib, u ko'pincha hayotning birinchi oylarida, ko'krak va qorin bo'shlig'ida venoz tarmoqning kuchayishi, ayniqsa Kruvelier-Baumgarten sindromi va gepatosplenomegaliya sodir bo'ladi.

45% hollarda (jigar sirrozidagiga qaraganda ko'proq) qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi kuzatiladi. Jismoniy rivojlanishning kechikishi bilan tavsiflanadi, bu bola tug'ilgan paytdan boshlab og'ir patologik jarayonni ko'rsatadi. Jigarning funktsional testlari, oqsil sintezining biroz pasayishi bundan mustasno, uzoq vaqt davomida normal chegaralarda qoladi, bu esa ushbu bemorlarda aniqlangan portal gipertenziyani tuzatish uchun murakkab jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirishga imkon beradi. Barcha kuzatuvlarda ikkilamchi gipersplenizmning muhim hodisalari (trombo-, leykopeniya va anemiya) qayd etilgan.

Bemorlarning taxminan yarmida boshqa organlarning birgalikdagi shikastlanishi, birinchi navbatda polikistik buyrak kasalligi mavjud. Shuning uchun bolalarni jarrohlik aralashuvga tayyorlashda buyrak

funktsiyasini sinchkovlik bilan tekshirish bilan har tomonlama tekshirish talab etiladi.

HR splenoportografiyasi vaqtida barcha holatlarda bir nechta gepatofugal kollaterallar aniqlanadi. Nisbatan tez-tez taloqdan olingan kontrastli qon keskin rivojlangan gepatofugal kollaterallar orqali to'liq oqadi, bu esa ushbu kasallikni portal qon aylanishining jigardan tashqari blokadasidan ajratishni qiyinlashtiradi.

Davolash usullari

Surunkali jigar kasalliklarini davolash patogenetik sindromning ustunligini, jarayonning faolligini, kasallikning bosqichini, portal qon oqimining holatini va ikkilamchi gipersplenizmning og'irligini hisobga olgan holda differentsial terapiyani tayinlashni talab qiladi. Ba'zi jigar kasalliklarini davolash pediatri va jarroh tomonidan har tomonlama amalga oshirilishi kerak.

Surunkali gepatit va jigar sirrozi uchun asosiy davolash, birinchi navbatda, jigar hujayra yetishmovchiligiga qarshikurashishga qaratilgan. Jarayonning surunkali xususiyatini hisobga olgan holda, o'tkir gepatitdan farqli o'laroq, davolash uzoq muddatli va tizimli ravishda ham kuchaygan davrda, ham remissiya davrida, takroriy statsionar davolanish kurslari va ambulatoriya sharoitida keyingi terapiya bilan amalga oshirilishi kerak.

Bolaning jismoniy faolligi cheklanadi. Jarayon yomonlashganda, yotoq rejimi belgilanadi. Klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari kamayganligi sababli, ularning asta-sekin kengayishi bilan kattalar nazorati ostida jismoniy harakatga ruxsat beriladi. Kasalxonadan chiqarilgandan so'ng, agar funktsional tahlillar to'liq normallashtirilmasa, yotoq rejim saqlanadi; agar bola o'zini yaxshi his qilsa, unga uyda o'qish va keyinchalik maktabda yarim kunlik (kuniga 2-4 dars) borishga ruxsat beriladi. Remissiya davrida yotoq rejimi saqlanadi, kunduzgi dam olish majburiydir. Maktab yoshidagi bolalar maktabdan tashqari barcha mashg'ulotlardan ozod qilinadi va sport bilan shug'ullanish taqiqlanadi. Profilaktik emlashlarga qarshi ko'rstama hisoblanadi.

Ratsion yoshga bog'liq fiziologik me'yorlarga muvofiq belgilanadi. Kasallikning faol bosqichida fiziologik me'yordan 10-15% yuqori proteinni yuborish tavsiya etiladi, chunki oqsilga boy dietani uzoq muddat iste'mol qilish jigar epiteliysining regenerativ xususiyatlarini oshiradi va jigarga yog'li infiltratsiyani oldini oladi. Glyukokortikosteroidlar bilan davolash paytida (mushak oqsilining parchalanishi kuchayishi bilan) prednizolon dozasini kamaytirish bilan birga, uni asta-sekin kamaytirgan

holda, oddiy diyetaga nisbatan protein tarkibini 30-50% ga oshirish tavsiya etiladi. Proteinni kiritish faqat jigarning dezaminatsiya funksiyasi buzilgan taqdirda cheklanishi kerak. Oziq-ovqat ratsioniga yog'lar yaxshi emulsiyalangan mahsulotlar (qaymoq, smetana, sariyog'), shuningdek o'simlik moyi shaklida kiritiladi. Refraktsiyalangan yog'lar (qo'y, cho'chqa go'shti) va ekstraktiv moddalar (bulyonlar, qovurdog'lar, qovurilgan ovqatlar, dudlangan go'shtlar), kremli qandolat mahsulotlari, sariyog', shokolad, kakao va tabiiy qahva man qilinadi. Sho'rvalar sut, sabzavot, asosan qaynatilgan taomlarni tavsiya qiladi. Sabzavotlar (qaynatilgan kartoshka, karam, sabzi, qovoq va boshqalar), mevalar, rezavorlar keng qo'llanilishi kerak. Tez-tez qismli ovqatlanish (kuniga 4-5 marta) safro sekretsiasini yaxshilaydi, jigar hujayralarining funksional qobiliyatini va regeneratsiya jarayonlarini yaxshilaydi.

Surunkali gepatit va jigar sirrozining genezisida safro sekretsiasini buzilishi va unga hamroh bo'lgan xolestsistoxolangitlarning ahamiyatini hisobga olgan holda, xoleretik terapiyani muntazam ravishda o'tkazish kerak. Shu maqsadda Demyanovga ko'ra har hafta tyubajlarni o'tkazish tavsiya etiladi, faol bo'lmagan surunkali gepatit va jigarning dastlabki sirrozi bilan-o'n ikki barmoqli ichakni tekshirishning kurs usuli, ikkinchisi umumiy og'ir holat, qizilo'ngach va oshqozon tomirlarining varikoz kengayishi, og'ir gemorragik sindrom bilan kechadi. Safro hosil bo'lishini rag'batlantiruvchi vositalar (xoleretik choy, allohol, xologon, xolenzim va boshqa preparatlar oyiga 2 hafta), yiliga 2-3 kurs mineral suvlar (slavyanovskaya, smirnovskaya, Essentuki № 4, naftusya va boshqalar) 1 kg tana vazniga 2,0—3,0 ml miqdorida kuniga 3 marta buyuriladi. isitiladi, ovqatdan oldin 10-15 daqiqa davomida me'da shirasining sekretsiasini kamayadi va 1 — 1/2 soat davomida-sekretsia ko'payadi; mineral suv bilan davolash paytida boshqa xoleretik vositalardan foydalanmaslik kerak. Kasallikning faol bo'lmagan bosqichida sanatoriy-kurort davolash (Jeleznovodsk, Pyatigorsk, Jermuk, Arzni, Truskavets, Morshin va boshqalar) ko'rsatiladi. Xoleretik terapiya paytida qizil qon hosil bo'lishining holatini kuzatish kerak, chunki xoleretik dorilar bilan uzoq muddatli davolanish anemiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Yiliga 1-2 marta in'ektsiya shaklida B vitaminlarini takroriy kurslar o'tkaziladi: B6, B12, B2, kokarboksilaza - maktab yoshida 100 mg, maktabgacha yoshda 50 mg (jigarning funksional holatini sezilarli darajada dekompensatsiyalash bilan), askorbin kislota, A vitamini preparatning sutkalik dozasi va davolanish muddati oshiriladi.

Jigar patologiyasi (pangeksavit, deka-mevit, Gendevit) uchun ko'rsatilgan vitaminlar majmuasini o'z ichiga olgan dorilarni buyurish mumkin. Jigar ekstraktlari va gidrolizatlari (ripazon, gepalon, progepar, sirepar) reaktiv va faol bo'lmagan jarayon bilan maktab yoshidagi bolalar uchun 2,0-2,5 ml dan 3 haftalik kurs shaklida qabul qilish tavsiya etiladi. Sirepar ayniqsa yog'li jigar infiltratsiyasi (yog'li gepatoz) uchun tavsiya etiladi. Faol jarayonda ushbu dorilarni tayinlash qarshi ko'rsatmadir. Vitaminlarga qo'shimcha ravishda, jigar hujayralari almashinuvini yaxshilaydigan dorilar keng qo'llaniladi: lipoik kislota, kaliy orotat, B15 vitamini.

Jigarning oqsil-sintetik funktsiyasini yaxshilash uchun kaliy orotat bilan kuniga 0,25 g — 2 marta maktabgacha va 0,25 g — 3 marta yoki 0,5 g — 2 marta maktab yoshida, shu oyda, shuningdek anabolik dorilar bilan davolash tavsiya etiladi. Anabolik dorilar bilan davolash 30 kungacha, yiliga 3 kursdan oshmaydi. Metillandrosteron va nerobol kuniga 5, 10, 25 mg dan buyuriladi, Promobolan mushak ichiga 0,3—0,5 ml dan 10 kunda bir marta, fenobolil va silabolil 0,5—1 ml i/m dan 4 hafta davomida 7 kunda bir marta yuboriladi. Anabolik dorilar ba'zida kolestazga hissa qo'shadi, shuning uchun ularni o'z vaqtida bekor qilish uchun bilirubin almashinuvini nazorat qilish kerak. Dispeptik hodisalar, ishtahaning pasayishi va ichakdagi so'rilish jarayonlarining buzilishi tufayli bolaning tanasiga oqsilni yetarli darajada iste'mol qilmaslik ehtimolini hisobga olgan holda, oqsilni parenteral ravishda zardob albumini plazmasi, muhim aminokislotalar eritmalari (moriamin, aminazol, aminopeptid va boshqalar) shaklida yuborish ko'rsatiladi.

Gemorragik sindrom va protrombin kompleksining pasayishi bilan 2-3 kun davomida kuniga 2 marta 1,0 ml dan 1% vikasol m/o eritmasini buyurish kerak, 10-14 kun oralig'ida takrorlanadi, kaltsiy preparatlari, aminokapron kislota, fibrinogen quyish, shuningdek yangi tayyorlangan qon quyish.

Jigarning og'ir yetishmovchiligida detoksifikatsiya qilish uchun suv-tuz eritmalari, shuningdek glyukoza, mannitol, sorbitolning 5 va 10% eritmalari qo'llaniladi.

Preparat past molekulyar og'irlikdagi polivinilpirolidon, gemodez, yaxshi detoksifikatsiya xususiyatlariga ega, toksinlar bilan komplekslar hosil qiladi va ularni tanadan chiqarib tashlaydi. Gemodez 1 kg tana vazniga 5-10 ml, maktab yoshida - kuniga 150-200 ml miqdorida

buyuriladi. Reopoliglyukin buzilgan mikrosirkulyatsiyani normallashtirishga yordam beradi. Xuddi shu dozalarda qo'llaniladi.

Surunkali jigar kasalliklarining faol shakllarini, ayniqsa agressiv variantini davolash juda qiyin va hal qilinmagan. Avvalo, immunosupressiv terapiya ko'rsatiladi. Yetakchi o'rin jarayonning faolligini eng samarali bostiradigan glyukokortikosteroid gormonlar bilan davolashga beriladi.

Surunkali gepatitning o'rtacha faolligi, doimiy surunkali gepatitning kuchayishi bilan prednizolonning o'rtacha dozalari bilan davolash bolaning tana vazniga 1 kg uchun 0,5-0,7 mg (maktab yoshidagi bolalar uchun sutkalik doza 20-30 mg) tavsiya etiladi, maktabgacha - 10-15 mg). Jarayonning keskin faolligi bilan kechadigan agressiv gepatitda aminotransferaza darajasining 5-10 marta (200-300 birlik va undan yuqori), G sinfidagi immunoglobulinlarning 3-4 marta (4000 mg va undan yuqori) ortishi; prednizolonning nisbatan katta dozalari buyuriladi - bolaning 1 kg tana vazniga 0,8-1,3 mg (maktab yoshidagi bolalar uchun prednizolonning sutkalik dozasi 30-50 mg, maktabgacha yoshdagi bolalar uchun - 15-20 mg). Belgilangan maksimal doza jarayonning o'rtacha faolligi uchun 1-1/5 oy davomida, jarayonning keskin faolligi uchun 1/5-2 oy davomida belgilanadi. Keyinchalik, umumiy holat, jigar biokimyoviy tahlillari, birinchi navbatda sitologik va mitoxondrial fermentlar darajasi, immunologik ko'rsatkichlar nazorati ostida, prednizoloni har 10-14 kunda, avvaliga 10 mg, keyin 5 kg ga bosqichma-bosqich kamaytirish tavsiya etiladi.

Preparatning dozasi kuniga 15 mg ga kamaytirilganda, uning keyingi kamayishi yanada asta-sekin - 2,5-1,25 mg ga amalga oshirilishi kerak. Agar jarayon faollashtirilgan bo'lsa, klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari yaxshilanmaguncha preparatning dozasini kamaytirishni kechiktirish kerak. Jarayonning faollashishi ko'pincha preparatni bekor qilish paytida kuzatilganligi sababli, prednizolonning "asosiy" kursidan keyin surunkali faol gepatit va jigar sirrozi uchun ikkita variantda amalga oshiriladigan parvarishlash terapiyasini davom ettirish tavsiya etiladi: 1) uzluksiz kurs maktab yoshidagi bolalar uchun 10-15 mg sutkalik dozada prednizolon, 2) prednizolonning uzlukli kurslari, bunda bola haftasiga atigi 3-4 kun preparatning to'liq yoki biroz kichikroq dozasini oladi.

Jigar sirrozi uchun glyukokortikosteroidlar surunkali gepatitga qaraganda biroz pastroq dozalarda buyuriladi. Davolash odatda prednizolonning o'rtacha dozalari bilan amalga oshiriladi (bolaning tana

vazniga 1 kg uchun 0,5-0,7 mg, ba'zan bir oz kamroq). Faqat sirrozning dastlabki bosqichlarida jarayonning keskin faolligi bilan, ayniqsa makronodulyar shaklda terapiya surunkali faol gepatit bilan bir xil dozalarda va bir xil sxema bo'yicha amalga oshiriladi. Biliar sirroz uchun, shuningdek, terminal bosqichda kichik sutkalik dozalar buyuriladi: maktab yoshidagi bolalar uchun 10-15-20 mg.

Glyukokortikosteroid terapiyasi kaliy tuzlariga boy ovqatlar (mayiz, quritilgan o'rik, o'rik, apelsin, qovun, kartoshka, karam va boshqalar) bilan birlashtirilishi kerak, qo'shimcha ravishda kaliy o'z ichiga olgan preparatlar (panangin, kaliy orotat, 5% kaliyli eritma yoki kaliy asetat) qon zardobidagi elektrolitlar darajasi nazorati ostida buyuriladi. Osteoporoz rivojlanishining oldini olish uchun anabolik vositalar, kaliy orotat, D2 vitamini, kaltsiy preparatlari bilan tuzatuvchi davolash buyuriladi. Glyukokortikosteroidlar bilan uzoq muddatli terapiya paytida plazma, albumin va muhim aminokislotalarning eritmalarini yuborish ko'rsatiladi. Qon bosimini nazorat qilish va shakar uchun kunlik siydikni tekshirish kerak. Kuchsiz surunkali gepatit, surunkali faol gepatitdan farqli o'laroq, faol davolash usullarini talab qilmaydi. Bola maktabga yoki bolalar bog'chasiga borishi mumkin. Ko'pincha o'tkir respiratorli infeksiyalardan aziyat chekadigan bolalar uchun bolalar bog'chalari va bolalar bog'chalariga borish tavsiya etilmaydi. Kundalik tartib ma'lum darajada yumshoq bo'lishi kerak: ortiqcha yuklamaslik, majburiy va iloji bo'lsa, toza havoda maksimal darajada qolish va kun davomida uxlash. Sinfdan tashqari barcha qo'shimcha yuklamalardan, sayohatlardan, uzoq sayohatlardan va hokazolardan ozod qilish kerak, agar bola maktab yukiga bardosh bera olmasa, maktab soatlarining davomiyligini vaqtincha 1-2 darsga qisqartirish tavsiya etiladi.

Davolash dietadan, mineral suvlardan foydalanish bilan tizimli xoleretik terapiyadan va kurort omillaridan foydalanishdan iborat. Vitamin terapiyasi, jismoniy mashqlar bilan davolash, gimnastika, suv muolajalari, jigar sohasi uchun fizioterapiya va infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish ko'rsatiladi. Xoriogonin va ATF kombinatsiyasi regeneratsiya jarayonlarini rag'batlantirish va fibroz jarayonlarini kamaytirishga foydali ta'sir ko'rsatadi.

Jigar sirrozida edematoz-astsit sindromini davolash qiyin. Davolab bo'lmaydigan refrakter astsitlar bo'lishi mumkin (terminal bosqich). Bundan tashqari, shakllangan diurez elektrolitlar muvozanatini, kislota-ishqor holatini buzishi va shu bilan jigar funktsiyalarining

dekompensatsiyasini kuchaytirishi va jigar komasiga olib kelishi mumkin. Eng yaxshi natijalarga kompleks davolash bilan erishiladi: natriy xlorid cheklangan parhez, yotoqda dam olish, kuniga 10-15 mg prednizolon (maktab yoshidagi bolalar uchun), aldosteron antagonistlari - spironolaktonlar (normal uchun aldakton, veroshpiron kuniga 100-200 mg). kislota-asos holati yoki metabolik alkalozga nisbatan yengil og'ishlar). Shu fonda, 5-7 kundan keyin tiazid seriyasining diuretiklari (gipotiazid 25-50 mg yoki furosemid yoki laziks 20-40 mg) 3-5 kunlik interval bilan bir kun davomida qo'llaniladi. Diuretik terapiyani kaliy preparatlarini (kaliy xlorid, panangin, kaliy orotat) yuborish bilan birlashtirish kerak.

Og'ir umumiy holat va kislota-ishqor holatining keskin o'zgarishi (nafas olish alkaloz, metabolik atsidoz) bilan kechadigan astsitlar uchun spironolaktonlarni kichikroq dozalarda buyurish kerak: veroshpiron - kuniga 50-75 mg. Kislota-asos buzilishlarini tuzatish gemodez, panangin, 0,1-0,3% kaliy xlorid eritmasi, 5% natriy gidrokarbonat eritmasi, albuminni tomir ichiga yuborish, so'ngra tiazid diuretiklarni yuborish orqali amalga oshiriladi.

Faol diuretik terapiya umumiy holatni, diurezni, tana vaznini, jigar funktsiyasi testlarini, elektrolitlar darajasini va kislota-asos holatini diqqat bilan kuzatib borish kerak. Vaziyat yomonlashsa va keskin ijobiy diurez bo'lsa, diuretiklar (ayniqsa tiazidlar seriyasi) to'xtatiladi. Agar diuretik terapiya yaxshi muhosaba qilingan bo'lsa va agar kerak bo'lsa, diuretiklarning dozasini individual ravishda o'zgartirish mumkin. Osmodiuretiklar aniq diuretik ta'sirga ega: mannitol, sorbitol, 10% glyukoza eritmasi, reopoliglyuksin (5-10 mg/kg, odatda kuniga 50-200 ml dan ko'p emas). Ba'zida doz 400 ml ga oshiriladi, ammo bu holatlarda preparatlar kamida 8-12 soatlik oraliqda qo'llaniladi.

Sirozning belgilangan bosqichida va ba'zan dastlabki bosqichda konservativ terapiya turlari faqat jigarning funktsional imkoniyatlarini yaxshilashga, yallig'lanishni kamaytirishga muvaffaq bo'lganligi sababli, portal gipertenziya sindromi va ikkilamchi gipersplenizm dinamikasiz qolmoqda yoki o'sishda davom etmoqda, bu jarrohlik davolash bir guruh bemorlar uchun ko'rsatiladi.

Hozirgi vaqtda ikki turdagi operatsiyalar qo'llaniladi. Ko'pincha aralashuvlar, birinchi navbatda, jigarning funktsional holatini yaxshilash, ikkilamchi gipersplenizm hodisalarini bartaraf etish, qon ta'minoti va jigar regeneratsiyasini oshirishga qaratilgan. Bularga turli xil qo'shimchalar

bilan splenektomiya kiradi (omenotoperatopeksiya, jigarning marginal rezeksiya, jigar arteriyasini desimpatizatsiya qilish). Asosiy ijobiy terapevtik ta'sir asosan splenektomiyaga bog'liq. Splenektomiya bilan birgalikda jigarning marginal rezeksiya faol bo'lmagan bosqichda va zaif regeneratsiyada siroz uchun ko'rsatiladi. Agar jigar funktsiya testlari anormal bo'lsa, jigarning marginal rezeksiya ko'rsatilmaydi.

Operatsiyalarning ikkinchi guruhi, asosan, qizilo'ngach va oshqozonning varikoz tomirlari bilan og'ir portal gipertenziyada qizilo'ngach-oshqozon qon ketishining oldini olishga qaratilgan. Bularga portal tizimining yirik tomirlarida operatsiyalar kiradi, ularning maqsadi portal va pastki kavak vena tizimlari o'rtasida sun'iy shuntlarni yaratishdir. Jarrohlik texnikasining murakkabligi (bolada taloq venasining diametri kichik) va bemorning og'ir populyatsiya tufayli organovaskulyar anastomozlar pediatriya amaliyotida kamroq amalga oshiriladi. Ushbu jarrohlik aralashuvlar guruhi ixtisoslashgan tibbiyot muassasalarida mavjud.

Agar qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi xavfi mavjud bo'lsa, oshqozon va qizilo'ngachning varikoz tomirlarini bog'lash bilan splenektomiyaning palliativ operatsiya tavsiya etiladi.

Jigar sirrozini jarrohlik davolashning barcha turlari konservativ davodan so'ng amalga oshiriladi. Agar bolaning umumiy og'ir ahvoli va jigar faoliyati sezilarli darajada buzilgan bo'lsa, bu jarrohlik davolash uchun qarshi ko'rsatmadir. So'nggi yillarda pediatr va jarroh tomonidan birgalikda amalga oshiriladigan jigar sirrozining faol shakllarini uzoq muddatli uch bosqichli davolash taktikasi ishlab chiqildi: birinchi bosqich - glyukokortikosteroid terapiyasi, unga qarshi ikkinchi bosqich - turli qo'shimchalar bilan splenektomiya; uchinchi bosqich - prednizolon bilan parvarishlash terapiyasiga bosqichma-bosqich o'tish bilan glyukokortikosteroidlar bilan davolashni davom ettirish. Davolash ixtisoslashgan muassasada amalga oshiriladi.

Tug'ma fibroxolangiosistoz va jigar sirrozining jiddiy asorati qizilo'ngach-me'da qon ketishi bo'lib, u holatning keskin yomonlashishi, terining va shilliq pardalarning rangsizlanishi, qizil qonning qusishi yoki "qahva qoldiqlari" rangi, quyuq qatronli axlat bilan birga keladi, qorin og'rig'i, taxikardiya, qon bosimining pasayishi, kollaps, gemoglobinning pasayishi kuzatildi. Ikkilamchi gipersplenizmning namoyon bo'lishi sifatida trombositopeniya mavjudligi, shuningdek, qon ivishining ikkinchi bosqichining buzilishi - jigar sirroziga xos bo'lgan protrombin

kompleksi, proakselerin va prokonvertin sintezining pasayishi - bemorlarning og'ir ahvolini og'irlashtiradi.

Qon ketish ko'pincha interkurrent kasalliklar (o'tkir respiratorli infeksiyalar, tonzillit va boshqalar) va asetilsalitsil kislotasidan foydalanish bilan qo'zg'atiladi. Qon ketishidan so'ng anemiya, oqsillarni yo'qotish, chirigan qondan ichakdan zaharlanish tufayli jigarining funktsional holati keskin yomonlashadi. Terapiya ikki yo'nalishda amalga oshiriladi: qon ketishini to'xtatish va qon ketishidan keyin komaga qadar keskin kuchayadigan jigar yetishmovchiligini bartaraf etish. Qattiq yotoqda dam olish buyuriladi, suyuqlik va oziq-ovqat iste'moli butunlay chiqarib tashlanadi, o'mrovosti venasi kateterlanadi va kamida 200-250 ml yangi to'plangan bitta guruhli qon (yoki ko'rsatilgan bo'lsa) shoshilinch qon quyish amalga oshiriladi. Jigardan tashqari blokadası bo'lgan bemorlardan farqli o'laroq, qon quyish qon yo'qotishga mos kelishi kerak. Qon quyish tugagandan so'ng, tuzli eritmalar (Ringer eritmasi, 0,1-0,3% kaliy xlorid eritmasi, panangin), kaltsiy preparatlari, gemodez, 50-100 ml aminokaproik kislotalar bilan birgalikda 5 va 10% glyukoza eritmasini sekin tomchilatib yuborishni davom eting. Suyuqlik maksimal yosh dozalarida tomir ichiga yuboriladi. Kelajakda parenteral oziqlantirish uchun protein preparatlari, muhim aminokislotalarning eritmaları va enterolipidlar buyuriladi. Gemostatik maqsadlarda, ushbu dorilarga qo'shimcha ravishda, 1% li vikasol eritmasini 1 ml dan mushak ichiga 2 marta kamida 3 kun davomida yuborish tavsiya etiladi - tromboelastografiya nazorati ostida, 20-50 ml gemofobin tomir ichiga sekin oqim 1 - kuniga 2 marta; 10 000-20 000 birlik kontrikallar tomir ichiga sekin yuboriladi. Koma xavfini hisobga olgan holda, prednizolon mushak ichiga kuniga 1 mg/kg miqdorida bir necha kun davomida buyuriladi, so'ngra dozasi ko'rsatmalarga muvofiq kamayadi. Intoksikatsiyani kamaytirish uchun butun qon ketish davomida har 2-3 soatda pastki ichakdan qonni tozalovchi huqna qilinishi kerak. Kokarboksilaza, B1, B6, B12 vitaminlari, askorbin kislota, korglikon va kordiamin parenteral yuboriladi. Gemodinamik ko'rsatkichlarni, gemoglobin darajasini, najas rangini, kislota-ishqor holatini, elektrolitlar konsentratsiyasini va jigar funktsiyasi testlarini tizimli monitoring qilish kerak. Davolash intensiv terapiya bo'limlarida o'tkazilishi kerak.

Jigar sirrozi tufayli o'tkir qon ketishi bo'lgan bolalarni davolashning o'ziga xos xususiyati, portal qon aylanishining jigardan tashqari blokadası bo'lgan bemorlarni davolashdan farqli o'laroq, qonni almashtirish va

detoksifikatsiya terapiyasini yanada qattiqroq qo'llash (birinchi 2 tasida), jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirish, chunki uzoq davom etgan qon ketishi bo'lgan bu bemorlar jigar yetishmovchiligidan o'lishi mumkin.

Jarrohlik aralashuvining hajmi minimal bo'lishi kerak. Hozirgi vaqtda ko'pchilik mualliflar oshqozon va qizilo'ngachning kardial qismining tomirlarini tikish bilan gastrotomiyadan foydalanishni tavsiya qiladilar.

Bemorlarni kompleks konservativ va jarrohlik davolash surunkali jigar kasalliklari bo'lgan bolalarni davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilaydi.

Portal qon aylanishning jigardan tashqari blokadasi (pqajtb)

Bolalarda portal qon aylanishining jigardan tashqari blokadasi jigar sirrozi bilan bir xil chastotada sodir bo'ladi. Bemorlarning jinsiga qarab farqlar topilmadi.

PQAJTBning asosiy sabablari portal tizimining tomirlarining malformatsiyasidir. Perinatal davrda turli septik va yiringli kasalliklarning roli (omfalit va kindik sepsisi) munozarali bo'lib qolmoqda. Kamdan kam hollarda, tug'ruq paytida shok paytida platsentadan tromboplastin ajralib chiqqandan keyin portal tizim tomirlarining flebotrombozi tufayli tiqilib qolishi mumkin (Boyd fetoneonatal kasalligi).

Portal tizim tomirlarining tug'ma buzilishlari ehtimoli hozirda shubhasizdir va ko'plab patologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Ko'pgina bemorlarda kasallikning tug'ma tabiatini qo'shimcha tasdiqlash kasallikning erta namoyon bo'lishi (hayotning birinchi kunlarida yoki oylarida), blokadaning boshqa sabablarining yo'qligi va turli organlarning estrodiol malformatsiyasining yuqori chastotasi hisoblanadi.

Tekshirish usullari

Hozirgi vaqtda portal gipertenziyani tashxislash uchun juda ko'p turli xil tadqiqot usullari taklif qilingan (biokimyoviy, funktsional, endoskopik, qon tomir kontrasti, rentgenologik va boshqalar). Barcha usullar bir -birini to'ldiradi, ammo ulardan kompleks foydalanish bemor uchun juda zararli hisoblanadi. Amaliy nuqtai nazardan, faqat qat'iy ko'rsatmalar uchun boshqalardan foydalangan holda, faqat oz sonli tadqiqotlardan foydalanish kifoya. Majburiy tekshiruvlar majmuasiga qonni hisoblash usullari, jigar funktsiyasini o'rganish uchun biokimyoviy

tahlillar, qizilo'ngachni bariy bilan tekshirish va splenomanometriya bilan splenopografiya kiradi. Ko'p hollarda olingan ma'lumotlar nafaqat tashxis qo'yish, balki bolani davolash taktikasini tanlash imkonini beradi.

Qon tahlilida, ko'p hollarda aniq leykopeniya va trombositopeniya kuzatiladi. Maktabgacha yoshdagi bolalarda katta yoshdagi bolalarga nisbatan granulotsitlar sonining nisbatan kamayishi va limfotsitlar sonining ko'payishi kuzatiladi.

Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari, qoida tariqasida, normal chegaralarda qoladi; portal venaning intragepatik shoxlarining o'tkazuvchanligi buzilgan bemorlar bundan mustasno bo'lib, ularda 42% hollarda kasallik bilirubin, transaminazalar va γ -globulinning davriy o'zgarishi bilan surunkali gepatit bilan asoratlanadi. Qizilo'ngachni bariy bilan tekshirganda, 86% hollarda varikoz tomirlari (qizilo'ngach konturlarining yengil to'lqinliligidan butun uzunligi bo'ylab aniq to'ldirish nuqsonlarigacha) aniqlanadi.

Splenopografiya va splenometr yordamida odatda blokadaning joyi va uzunligini, portal gipertenziya darajasini, taloq venasining diametrini, asosiy tomirlar va aylanma qon aylanish yo'llarining individual anatomiyasining joylashuvi va xususiyatlarini aniqlash mumkin. Kontrastning turli xil qo'shimcha usullaridan foydalanish zarurati faqat 20-30% hollarda, asosan og'ir gemodinamik kasalliklarga chalingan bolalarda, splenopografiyada taloq venasini kontrastlash imkoni bo'lmaganda paydo bo'ladi.

Splenopografiyaning shubhali natijalari bo'lsa, shuningdek, taloq olib tashlangan bemorlarda, eng oqilona tadqiqot usullari qaytuvchi mezenterial portografiya yoki jarrohlik mezenterial portografiyasi hisoblanadi. Kavo-mezenterik anastomozni qo'llashdan oldin bu usullar barcha holatlarda ham qo'llanilishi kerak.

Portal venaning intragepatik shoxlarini blokirovka qilish diagnostikasi katta qiyinchilik tug'diradi. Ushbu kasallikning asosiy belgilari e'tiborga olinishi kerak: 1) sezilarli portal gipertenziya; 2) jigar sirrozi va portal gipertenziya uchun javobgar bo'lgan boshqa kasalliklarning yo'qligi; 3) ularni qarama-qarshi qo'yishda portal tizimining asosiy tomirlarining ochiqligi. Portogrammalarni tahlil qilishda ba'zi hollarda ushbu kasallikning ayrim o'ziga xos yoki bilvosita belgilarini aniqlash mumkin. Birinchisi, gepatopetal kollaterallarning portal venasi bilan qarama-qarshiligini kuzatish, darvoza venasining barcha yirik intragepatik shoxlariga to'liq zarar yetgan holatlarda, ular

kichik kollaterallarning tolali tarmog'i bilan almashtiriladi, shuningdek patent bo'limlaridan qarama-qarshi kichik buralib ketgan intragepatik kollaterallar ularning obliteratedsiya qilingan uchlari tomon tomirlarni kontrastlash nazorat qilinadi. Bilvosita, ba'zida boshqa jigar patologiyasida uchraydigan rentgenologik belgilar mavjud bo'lib, ular portal venaning jigar ichidagi tarmoqlarining tarkibiy buzilishlari natijasida yuzaga keladi: 1) II-IV darajali shoxlarning shikastlanishi natijasida omon qolgan tomirlardan biri kompensator ravishda kengayib, nomutanosib kichik shoxlari bo'lgan konus shaklidagi ko'rinishga ega bo'lgan alohida tomirlarning markaziy shoxlanishi; 2) tomirning bir xil namunasi, lekin saqlanib qolgan periferik tomirlar bilan, buning natijasida yelpig'ich shaklidagi tomirlar bilan tugaydi; 3) jigarning turli segmentlarida darvoza venasining mayda shoxlarining kamayishi yoki ularni mayda kollaterallarning tolali tarmog'i bilan almashtirish.

Portal venasining intragepatik shoxlarini blokadasiga shubha qilingan bemorlarda tashxisni tasdiqlash uchun barcha hollarda jigarning punksiyon biopsiyasi ko'rsatiladi. Jigar punksiyalarida ba'zida periportal yo'llarda turli qon tomir buzilishlarini aniqlash mumkin, lekin ko'pincha faqat periportal biriktiruvchi to'qimalarning yengil ko'payishi va (yoki) uning dumaloq hujayralar bilan infiltratsiyasi aniqlanadi, bu portal gipertenziya darajasini tushuntira olmaydi. Jigar tashqarisida portal tizimining tomirlarini to'sib qo'yganda, hozirda punksiyon biopsiya juda kamdan-kam hollarda o'tkaziladi, chunki, ko'p sonli kuzatuvlarga asoslanib, jigarda qon aylanishining sezilarli darajada buzilishiga qaramay, 50% da aniqlangan. Bolalarda hech qanday morfologik o'zgarishlarni aniqlash mumkin emas, qolganlarida esa jigardagi o'zgarishlar davolash usulini tanlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega emas (jigar hujayralarining yengil degeneratsiyasi, periportal biriktiruvchi to'qimalarning limfoid hujayralar bilan o'rtacha infiltratsiyasi, sinusoidlar bo'ylab proliferatsiya). Kupfer hujayralari, periportal biriktiruvchi to'qimalarning o'rtacha fibrozi va kamdan-kam hollarda jigar hujayralarining yengil lipoid degeneratsiyasi).

Hozirgi vaqtda shubhali holatlarda reogepatografiyaning atravmatik va xavfsiz usuli qo'llaniladi, bu PQAJTB va jigar sirrozi o'rtasida differentsial tashxis qo'yish imkonini beradi. Jarrohlik paytida, bunday bemorlarda keyingi konservativ davo taktikasini tanlash uchun, ko'proq ma'lumotli jarrohlik jigar biopsiyasini o'tkazish afzaldir.

Qo'shimcha tekshirish usullari ekskretor xolegrafiyaning o'z ichiga oladi. Ushbu tadqiqot anamnezda terining ikteriyasi, o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq va jigarining o't yo'llari funksiyasining buzilishiga xos bo'lgan boshqa alomatlari bo'lgan bemorlarda o'tkazilishi kerak. Yaxshi kompensatsiyaga qaramay, PQAJTB bilan 87% hollarda xolegrammalarning anatomik yoki funksional xarakterdagi rentgen me'yoridan sezilarli og'ishlari (tananing, bo'yin va o't pufagining pastki qismining burmalari; o't qopi bo'ynining siqilishi, gipoplaziya, o't pufagi, pozitsiyaning anomaliyasi, sekinlashtiruvchi yoki tezlashtiruvchi vosita funksiyasi va Oddi sfinkteri yetishmovchiligi) aniqlanadi.

Bolalarni tekshirishning tavsiya etilgan sxemasi portal qon aylanishining individual xususiyatlarini va kasallikning kechishini hisobga olgan holda bemorni davolash taktikasini va jarrohlik aralashuv usulini tanlash uchun barcha kerakli ma'lumotlarni olish imkonini beradi.

Asosiy klinik shakllari

Portal tizimining tomirlarining joylashishi, tarqalishi va shikastlanish darajasiga qarab, kasallikning turli xil variantlari mavjud va shunga ko'ra, bolalarni davolashning turli xil taktikasi va usullari qo'llaniladi. Quyidagi tasnif qulay hisoblanadi.

Blokadaning joylashuvi bo'yicha: 1) portal venaning intragepatik shoxlarini izolyatsiya qilingan blokadasi; 2) portal venaning bifurkatsiyasi sohasidagi blokada; 3) portal venaning keng tarqalgan shikastlanishi (kamida 73); 4) portal tizimining barcha asosiy tomirlari umumiy zararlanishi; 5) jigar tashqarisidagi portal vena shoxlarining izolyatsiyalangan shikastlanishi.

Blokada darajasiga ko'ra: 1) Yengil (subkompensatsiyalangan) daraja (portal bosimi 300 mm suv ustuni dan kam bilan); 2) o'rta daraja (300 dan 350 mm suv ustuni gacha bo'lgan bosimida); 3) og'ir daraja (360 mm suv ustuni va undan yuqori bosimda).

Kasallikning og'irligiga qarab: 1) Yengil shakl (qon ketish yoki bolaning hayoti uchun xavfli bo'lgan boshqa asoratlar); 2) o'rtacha shakl (qon ketishi har 3-5 yilda bir martadan ko'p bo'lmagan); 3) og'ir shakl (har 2 yilda bir marta yoki undan ko'p qon ketishi bilan).

Ko'p hollarda blokada darajasi kasallikning og'irligi bilan bog'liq, ammo kollateral qon aylanishining xususiyatlari, oshqozonning sekretor funksiyasi, gipersplenizmning og'irligi, klinik ko'rinish darajasi tufayli ular qorin bo'shlig'i organlarida venoz qon aylanishining va boshqalar o'rtasida nomuvofiqlik ham bo'lishi mumkin.

Tavsiya etilgan tasnifning ba'zi konventsionalariga qaramay (kasallik darajasi, blokadası va og'irligi farq qilishi mumkin), ulardan foydalanish oson va bemorlarni boshqarishning to'g'ri taktikasini tanlashga yordam beradi.

Kasallikning yengil kursi bilan (kuzatishlarning 21%) bolalarning ahvoli qoniqarli bo'lib qolishi mumkin. Bunday hollarda, profilaktika tekshiruvlari yoki qon tekshiruvlari paytida kutilmaganda splenomegaliya va gipersplenizm belgilari aniqlanadi, bu uzoq vaqt davomida kasallikning yagona ko'rinishi bo'lib qoladi. Kasallikning yengil holatlarida blokadaning uzunligi va darajasi odatda rivojlanmaydi.

O'rtacha va og'ir PQAJTB bilan og'rigan bolalarda kasallikning klinik belgilari aniqroq namoyon bo'ladi. 13% hollarda kasallik birinchi qizilo'ngach-gastral qon ketishigacha yashirinchı davom etadi, qolgan 66% hollarda esa mezenterial venalarda qon aylanishining buzilishi (qorin hajmining oshishi, meteorizm, ishtahaning pasayishi) tufayli beqaror najas, oshqozonda og'irlik hissi, jismoniy rivojlanishda kechikish erta aniqlanadi. Eng og'ir blokadada astsit hayotning dastlabki uch yilida kuzatiladi, uni dori-darmonlar bilan davolash qiyin va faqat aniq kollateral qon aylanishining rivojlanishidan keyin o'z-o'zidan cheklanadi. Erta yoshda qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi nisbatan kam uchraydi, shuning uchun uning kuzatilishi kasallikning og'ir kursining belgisi sifatida qaralishi kerak.

3 yoshdan oshgan bolalarda PQAJTB ning asosiy belgilari qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi va gipersplenizmdir. Barcha holatlarda splenomegaliya kuzatiladi.

Jigardan tashqari blokadası bo'lgan bolalar turli yuqumli kasalliklarga ko'proq moyil bo'lib, ularning holatini yomonlashtiradi va qizilo'ngach qon ketishining paydo bo'lishiga yordam beradi.

Qon ketish ekstragepatik blokadaning eng jiddiy asoratlari bo'lib, alohida e'tiborga loyiqdir. Ularning paydo bo'lish chastotasi (63% bolalarda) jigar sirrozi (6-10%) bo'lgan bolalardan sezilarli darajada oshadi. Odatda, qon ketish qishda ko'proq, yozda kamroq sodir bo'ladi, bu ularning sovuqqa bog'liqligi yoki me'da shilliq qavatining me'da shirasiga chidamliligining mavsumiy yomonlashishi bilan izohlanadi, xuddi oshqozon yarasidagi kabi kuzatiladi.

Odatda, qon ketish harorat ko'tarilganidan keyin bir necha soat yoki kundan keyin boshlanadi. Bolalar to'satdan letargik bo'lib, oqarib, zaiflikdan shikoyat qiladilar; to'satdan o'tkir qon yo'qotishning tipik

belgilari (bosh aylanishi, qattiq tashnalik, tez zaif puls, qon bosimining pasayishi, qisqa muddatli xushni yo'qotish yoki uzoq vaqt kollaps holati) bilan kuchli qusish kuzatiladi. Bir necha soat ichida qusish 2-3 marta yoki undan ko'p takrorlanishi mumkin, ammo vaziyatning og'irligiga qaramay, birinchi qizilo'ngach-oshqozon qon ketishidan o'lim kam uchraydi. Shuni ta'kidlash kerakki, o'tkir respirator kasalliklar fonida va oshqozon shilliq qavatiga tirnash xususiyati beruvchi ta'siri yaxshi ma'lum bo'lgan atsetilsalitsil kislotasini qabul qilgandan keyin qon ketishining yuqori chastotasi kuzatiladi.

Kamdan kam hollarda qon ketish uzoq vaqt davomida yashirin bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bolalarning og'ir anemiyasi ham yuzaga keladi, ammo kasallikning belgilari asta-sekin o'sib boradi. Har doim ham bolaning ota-onasi qora najasni o'z vaqtida aniqlay olmaydi, shuning uchun ko'pincha bolalar 3-4 g% gemoglobin bilan og'ir anemiya bilan kasalxonaga yotqiziladi.

Bemorlarning yoshiga qarab qon ketishining qat'iy shaklini kuzatish mumkin emas, lekin, ular 3 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolalarda biroz ko'proq kuzatiladi. 3 yoshga qadar qizilo'ngach va oshqozon shilliq qavatining gepatofugal kollaterallari maksimal o'sishiga erisha olmaganligi sababli yuzaga keladi, shundan keyin ularning dekompensatsiyasi sodir bo'ladi.

Keyinchalik, bolaning faol o'sishi davrida portal venaning funktsional yetishmovchiligi tobora kuchayib boradi, buning natijasida qizilo'ngach chigalining tomirlari orqali qonning chiqishi kuchayadi va qizilo'ngach-oshqozon qon ketishining chastotasi yuqori bo'lib qoladi. O'rtacha va og'ir blokadas bo'lgan bolalarda yoshga bog'liq o'zgarishlar bilan bir qatorda, portal tizimining tomirlarida flebotromboz va fleboskleroz jarayonlari rivojlanadi, ularning kuchayishi portal bosimining oshishiga yordam beradi va qizilo'ngach va oshqozon qon ketishini keltirib chiqaradi. Shunday qilib, portal qon aylanishining o'z-o'zidan kompensatsiyasi faqat yengil darajadagi blokada bo'lgan bolalarda mumkin.

Klinik jihatdan, flebotrombotik jarayon, uning og'irlik darajasidan boshlab, haroratning ozgina ko'tarilishidan tortib to uzoq muddatli gipertermiyaga qadar, EChTning ortishi bilan birgalikda va kamdan—kam hollarda, eng og'ir, qorin og'rig'i va peritoneal hodisalarda, ingichka ichak nekrozigacha namoyon bo'lishi mumkin.

Bolalarda sariqlik nisbatan kam uchraydi, bu qorin og'rig'i, isitma, jigarning kattalashishi va splenomegaliya bilan birga keladi. 7-10 kundan keyin bemorlarning ahvoli odatda yaxshilanadi, terining va skleraning sariqlari yo'qoladi, jigar hajmi kamayadi va taloq kattalashadi. Qoida tariqasida, sariqlikning bu turi asosida zardob gepatiti yotadi, bu esa PQAJTB bilan kasallangan bolalarda infektsiya xavfi ayniqsa yuqori bo'ladi; ammo, ba'zi hollarda, bu bemorlarda qon tomir tizimining disfunktsiyasini istisno qilib bo'lmaydi.

Portal venaning intragepatik tarmoqlarining izolyatsiya qilingan blokadasining klinik kechishiga alohida e'tibor qaratish lozim. Blokadaning bu shakli yaqinda klinistlar tomonidan tashxis qo'yilgan. Uning etiologiyasi oddiy jigardan tashqari blokadadan farq qilmaydi, ammo klinika va patogenez bir qator xususiyatlarga ega. Jigar ichidagi gemodinamikaning buzilishi gepatotsitlar tomonidan portal qon oqimining oddiy qisqarishiga qaraganda ancha yomon qabul qilinadi, bu jigarda fokal nekrozga va undagi biriktiruvchi to'qimalarning o'sishiga olib kelishi mumkin. Ushbu bemorlar guruhida gepatomegaliya va surunkali gepatitning boshqa belgilari ko'proq uchraydi. Palpatsiyada jigar yuzasi sklerotik jarayonlarning hajmi va lokalizatsiyasiga qarab juda xilma-xil bo'lishi mumkin, ba'zi hollarda u yumshoq va silliq, boshqalarida zich va notekis bo'ladi. Bu bolalarda qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi portal venaning asosiy magistralini blokirovka qilishdan ko'ra kamroq kuzatiladi. Jigar shikastlanishining klinik kechishi va xarakteriga ko'ra, intragepatik shoxlarning blokadasini fibroxolangiokistik kasallikka juda o'xshaydi, yagona farqi shundaki, u o't yo'llarining keskin kista proliferatsiyasini va kombinatsiyalangan polikistik buyrak kasalligini o'z ichiga olmaydi.

Davolash usullari

PQAJTB bo'lgan bolalarni olib borish taktikasi bir qator xarakterli xususiyatlarga ega. Jarrohlik aralashuvi davolashning asosiy usuli bo'lgan kattalardagi bemorlardan farqli o'laroq, pediatriya amaliyotida uzoq vaqt davomida konservativ davoni qo'llash ko'pincha oqilona bo'ladi. Kutish va kuzatish taktikasiga bo'lgan ehtiyoj, birinchi navbatda, tomir anastomozlari uchun portal tizim tomirlarining diametrining yetarli emasligi bilan bog'liq. Bolalarda jarrohlik davolashni vaqtincha rad etishning yana bir sababi yengil (subkompensatsiyalangan) blokada bo'lishi mumkin, bunda jarrohlik usulini tanlash portal gipertenziya rivojlanishi yoki uni qoplashiga bog'liq.

Qizilo'ngach-oshqozon qon ketish xavfi darajasiga qarab, biz PQAJTB bilan og'rig'an bolalar uchun to'rtta taktik davolash variantini ishlab chiqdik: 1) bemorni birinchi qabul qilishda radikal jarrohlik davolash; 2) kombinatsiyalangan davolash (uzoq muddatli konservativ davo, keyin radikal jarrohlik); 3) bosqichma-bosqich davolash» palliativ jarrohlik birinchi qabulda amalga oshirilganda, so'ngra radikal davolashgacha konservativ terapiya buyuriladi; 4) umumiy tomir trombozi bo'lgan bemorlarda palliativ davolash (konservativ va jarrohlik).

Portal qon aylanishining jigardan tashqari blokadasi bilan, aksariyat hollarda radikal davolash portal va pastki kavak vena tizimlari o'rtasida tomir anastomozlarini yaratishdir. Faqatgina kichik foizli hollarda bunday operatsiya muntazam splenektomiya bo'lishi mumkin (taloq venasining izolyatsiyalangan blokirovkasi yoki portal gipertenziyaning o'z-o'zidan kompensatsiyasi bilan, kasallikning yagona namoyon bo'lishi gipersplenizm bo'lsa).

Bemorni birinchi qabul qilishda radikal jarrohlik davolash eng maqbul variant sifatida tan olinishi kerak. Muvaffaqiyatli qon tomirlari anastomozi nafaqat qizilo'ngach-oshqozon qon ketishidan bolaning o'limi xavfini yo'qotibgina qolmay, balki bolalar va ularning ota-onalari tomonidan doimiy ruhiy travmadan xalos qiladi. Portal tizimining dekompressiyasi blokadaning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi, qorin bo'shlig'i organlarining faoliyatini yaxshilaydi, limfa aylanishini normallantiradi va gipersplenizm fenomenini bartaraf qiladi yoki kamaytiradi. Shunday qilib, portal qon oqimining pasayishiga qaramay, uning arterial qon ta'minoti ortishi bilan qoplanadi, shunt operatsiyalari bolaning tanasiga foydali ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, bu taktika iqtisodiy nuqtai nazardan ham oqlanadi - bu bemorlarni davolash xarajatlarini bir necha bor kamaytiradi.

Kombinatsiyalangan davolash (radikal aralashuvdan oldin konservativ terapiya) quyidagilarga ko'rsatiladi: 1) portal tizimi tomirlarining kichik diametri va kichik qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi bilan og'rig'an bemorlar uchun; 2) yengil blokadali bolalar, portal va pastki kavak vena tizimlari o'rtasidagi kichik bosim farqi tufayli tomir anastomozini amalga oshirish mumkin bo'lmaganda va splenektomiya erta bo'lishi mumkin, chunki bolaning o'sishi to'xtamaguncha jarayonning barqarorligini kafolatlab bo'lmaydi. Konservativ davo bilan qon ketishlar orasidagi remissiya davri o'rtacha 1/2 - 2 yilga uzaytiriladi, bu kasallikning yengil va o'rtacha kursi bo'lgan bolalarga birinchi qabulda

tomir anastomozini qo'llash zarur bo'lgan hollarda jarrohlik aralashuvni kechiktirish imkonini beradi, chunki bu imkonsiz yoki uning trombozi uchun muhim xavf tug'diradi. Qon ketishi va yuqori portal bosimi bo'lmasa, bolaga faqat 12-15 yoshda radikal jarrohlik buyuriladi va agar blokada o'sha yoshda qoplansa, gipersplenizm bilan kurashish uchun splenektomiya qilinadi.

Bosqichma-bosqich davolash konservativ davo samarasiz bo'lgan va radikal davolash mumkin bo'lmagan hollarda o'rta og'ir va og'ir kasallikka chalingan bolalarda qo'llaniladi. Dastlabki palliativ jarrohlik, keyin konservativ davo ushbu guruh bemorlariga vaqtinchalik remissiyaga erishishga imkon beradi va radikal jarrohlikdan oldin o'linga olib keladigan qon ketish xavfini kamaytiradi.

Palliativ davolash portal tizimning asosiy tomirlarining umumiy trombozi bo'lgan bemorlarga, radikal operatsiyalar nafaqat bemorni birinchi qabul qilishda, balki keyingi operatsiyalarda ham mumkin bo'lmaganda buyuriladi. Bunday hollarda, kasallikning og'irligiga qarab, faqat konservativ davo yoki palliativ operatsiyalar, keyin konservativ davo buyuriladi. Bunday bemorlarda oxirgi chora sifatida "umidsiz" operatsiya - oshqozon va qizilo'ngachning kardial qismini rezektsiya qilish - takroriy jarrohlik aralashuvi sifatida amalga oshirilishi mumkin. Radikal aralashuvlar atamasi portal va pastki kavak vena tizimlari o'rtasida tomir anastomozlarini yaratish operatsiyalarini o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda 20 dan ortiq shunga o'xshash jarrohlik aralashuvlar taklif qilingan, ularning tanlovi portal gipertenziya shakli, blokadaning uzunligi va portal tizimining individual anatomik xususiyatlari bilan belgilanadi.

Tomirlarni anastomozlash usullarini aniq tanlash, mikrostrukturalaridan foydalangan holda yangi tomir tikuv texnikasini klinik amaliyotga joriy etish operatsiyadan keyingi davrda radikal davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilash va shunt trombozlari sonini 63% dan 9,4% gacha kamaytirish imkonini berdi.

Palliativ aralashuvlar atamasi uch turga bo'linishi mumkin bo'lgan operatsiyalarni o'z ichiga oladi: portal qon oqimining hajmini kamaytirishga qaratilgan operatsiyalar, organ anastomozlari va portal va toq vena tizimini ajratish operatsiyalari.

Birinchi turdagi operatsiya, xususan, splenektomiyani o'z ichiga oladi, bu nafaqat portal bosimini pasaytiradi, balki gipersplenizm hodisalarini ham yo'q qiladi. Biroq, qizilo'ngach-oshqozon qon ketishiga qarshi kurash nuqtai nazaridan, bu operatsiya samarasiz bo'lib chiqdi.

Muvaffaqiyatsizlikning asosiy sababi, jigar va chap oshqozon arteriyalari orqali qon oqimining oshishi edi; bundan tashqari, bizning tadqiqotlarimiz ko'rsatganidek, splenektomiya me'da shirasining rag'batlantirilgan sekretsiasini oshirishga olib keladi, bu ham qon ketishining tez qaytalanishiga yordam beradi.

PQAJTB uchun organ anastomozining turli xil variantlari hozirda ularning samarasizligi va keng tarqalgan yopishqoq jarayon sharoitida ulardan keyin takroriy jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirish qiyinligi natijasida deyarli qo'llanilmaydi.

Gastroezofagial sohada gepatofundal anastomozlarni yo'q qilishga qaratilgan palliativ operatsiyalarni eng istiqbolli deb hisoblash mumkin. Bu operatsiyalarga oshqozonning tashqi devaskulyarizatsiyasi, uning yurak qismini tashqi devaskulyarizatsiyasi bilan oshqozonning ko'ndalang diseksiyasi (Tenner operatsiyasi), qizilo'ngach venalarini tikish bilan ezofagotomiya, qizilo'ngach va oshqozonning yurak qismining venalarini tikish bilan gastrotomiya va boshqalar. Qoida tariqasida, oshqozonning tashqi devaskulyarizatsiyasi juda qisqa muddatli ta'sir ko'rsatdi. Tanner operatsiyasidan so'ng, ta'sir bir necha oydan 10 yilgacha bo'ldi. Ko'pgina mualliflar ushbu turdagi boshqa operatsiyalar uchun shunga o'xshash ma'lumotlarni taqdim etadilar. Istisno tariqasida shuni aytish mumkinki - bu oshqozon va qizilo'ngachning kardial qismining tomirlarini tikish bilan gastrotomiya, shundan so'ng ko'pchilik bolalarda uzoq vaqt davomida qon ketishi kuzatilmaydi. Ko'pgina mualliflar splenektomiya yoki omentopeksiya va boshqalar bilan ajratish operatsiyalarini birlashtirib, kombinatsiyalangan aralashuvlarni amalga oshiradilar. Bizning fikrimizcha, bu operatsiyalar ko'p hollarda o'zini oqlamaydi, chunki, ular remissiya davrini uzaytirmaydi va bemorlarni keyingi jarrohlik davolashni juda qiyinlashtiradi.

Konservativ davo quyidagilarga qaratilgan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi: 1) infektsiya o'choqlarini yo'q qilish; 2) gastritni profilaktik davolash va 3) tiklovchi davolash.

Qon ketish vaqti bilan turli yuqumli kasalliklar va haroratning noaniq ko'tarilishi o'rtasidagi aniq bog'liqlikni hisobga olgan holda, otanolarga bolalarda infektsiya xavfini kamaytirish uchun ehtiyot bo'lish va barcha epidemiyaga qarshi choralarga rioya qilish tavsiya qilindi. Xuddi shu maqsadda og'iz bo'shlig'i va burun-xalqum tozalandi. Agar kerak bo'lsa, tonsillektomiya amalga oshiriladi. Adabiyotda revmatizm uchun bo'lgani kabi, antibiotiklar bilan profilaktik davolanishdan

foydalanishning oqilonaligi haqida ma'lumotlar mavjud. Biz bunday davolanishni amalga oshirmadik, ammo yuqumli kasallikning kichik belgilari yoki haroratning oshishi bilan ham antibiotiklarni buyurish majburiy deb hisoblaymiz. Ko'pgina profilaktik emlashlardan keyin harorat reaksiyalari PQAJTB bilan og'rigan bemorlarda qon ketishiga olib kelishi mumkin, shuning uchun radikal davolanishdan oldin biz poliomielitga qarshi emlashdan tashqari barcha emlashni bekor qildik.

Gastrit va qizilo'ngachning varikoz tomirlariga mexanik shikastlanishning oldini olish uchun barcha bolalarga achchiq, dag'al va qiyin hazm bo'ladigan ovqatlarni istisno qilib, muntazam ovqatlanish va parhezga rioya qilish tavsiya etiladi. Qon ketish chastotasidagi mavsumiy o'zgarishlarni hisobga olgan holda, kuz va qish mavsumida bir oy davomida Vikalin yoki Almagel bilan davolash kursi tavsiya etiladi. Yilning qaysi vaqti bo'lishidan qat'iy nazar, isitmaning barcha holatlarida bir xil terapiya o'tkazildi. Asetilsalitsil kislotasini qabul qilish qat'iyan man etiladi (harorat keskin ko'tarilgan taqdirda, analgin yoki amidopirin eritmasi ichish, yoki antipiretiklarni parenteral yuborish buyuriladi). Umumiy mustahkamlovchi davo sifatida, yaxshi ovqatlanishdan tashqari, qish va bahorda multivitaminlar (A, B1, B2, B6, C) bir oy davomida kuniga 2-3 marta 1 tabletkadan buyurilgan. Bolalarga tez yurish, yengil terapevtik mashqlar qilish tavsiya etiladi va sport va boshqa turdagi og'ir jismoniy faoliyat, shuningdek, qizib ketish taqiqlanadi. Shubhasiz, ruhiy jarohatlarni istisno qilishga harakat qilish kerak, ammo ularning qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi bilan bog'liqligi haqida hali hech qanday dalil yo'q.

Qizilo'ngach-oshqozon qon ketishini davolash. Qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi portal gipertenziyaning eng jiddiy asoratlari hisoblanadi. Ushbu muammoni hal qilish kursning xususiyatlariga va portal qon aylanishining ekstragepatik blokadasini keyingi davolash istiqbollari qarang konservativ va jarrohlik davolash usullaridan to'g'ri foydalanganda muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin.

Hozirgi vaqtda portal gipertenziya bo'yicha ko'plab operatsiyalarni o'tkazish texnikasi va ularni narkoz berish bilan davolash usullari yetarlicha yaxshi ishlab chiqilgan, bu ularni qon ketish balandligida, bolaning hayoti uchun kam xavf bilan bajarishga imkon beradi. Bola uchun palliativ operatsiyalarning travmatik tabiati qizilo'ngach-gastral qon ketishining og'irligi bilan bir xil, shuning uchun konservativ davosiz faqat qon ketishini to'xtatish uchun operatsiya qilish oqilona emas.

Boshqa tomondan, qon ketish kuchli bo'lganda, tomirlarda radikal operatsiyalarni o'tkazish anastomoz trombozining sezilarli xavfi tufayli hali oqlanmagan.

Yuqorida aytilganlardan kelib chiqadiki, qon ketishini to'xtatishning jarrohlik usullari ikki holatda qo'llanilishi mumkin: 1) bemorga bosqichma-bosqich davolash yoki faqat palliativ operatsiyalar ko'rsatilganda, boshqacha qilib aytganda, palliativ operatsiyalar ko'rsatilgan hollarda operatsiyasiz qon ketishini to'xtatish holati; 2) kuchli qon ketishi bo'lgan bemorlarda qon ketishini terapevtik usullar bilan to'xtatishga urinishlar muvaffaqiyatsizlikka uchraganda. Ko'pincha qon ketishini to'xtatish uchun turli xil konservativ davo qo'llaniladi, ular varikoz tomirlarining mexanik shikastlanishini bartaraf etishga, oshqozonning peptik faolligini bostirishga, o'rtacha giperkoagulyatsiyani yaratish uchun qon ivish tizimini tuzatishga va portal qon aylanishini kamaytirishga qaratilgan. Bolalarning qo'zg'aluvchanligi kuchaygan taqdirda sedativ terapiya ko'rsatiladi.

Bu davrda bolalar og'iz orqali oziq-ovqat, suyuqlik va dori-darmonlarni berishdan butunlay to'xtaydi. Parenteral ovqatlanish va davolash uchun o'mrov osti venani kateterizatsiya qilinadi. Qon ketish boshlanganidan boshlab tomir ichiga 5-10% glyukoza eritmasi, qonning fraksiyonal infuziyalari (30-100 ml), interlipidlar, fiziologik eritmalar, B, C vitaminlari va kokarboksilaza buyuriladi. Qon ketish davrida yuqumli kasalliklarning oldini olish va qizilo'ngach va oshqozonda eroziyalarni davolashni yaxshilash uchun antibiotiklar buyuriladi. Ikkinchisi ichak florasini tiklash ham katta ahamiyatga ega. Detoksifikatsiya qilish uchun tozalovchi huqnalar 3-6 soatdan so'ng toza yuvuvchi suv paydo bo'lguncha buyuriladi.

Tromboelastograf yoki qon ivish tizimini nazorat qilishning boshqa usullari nazorati ostida Vikasol mushak ichiga yoshga qarab dozada kiritiladi. Jiddiy qon ketish holatlarida biz qonning fibrinolitik faolligini bostiradigan va me'da shirasining faolligini kamaytiradigan kontrikal yoki uning analoglaridan foydalaniladi. Kontrarikal ishlatilmagan hollarda e-aminokapron kislota yoshga qarab dozada buyuriladi. Gemostatik terapiya ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak, chunki u portal tizim tomirlarining trombozini qo'zg'atishi mumkin, ammo klinik jihatdan bu juda kamdan-kam hollarda namoyon bo'ladi. Biz kuzatgan bemorlardan faqat bitta bola vafot etgan (kuzatishlarning 0,5% dan kam), u yashash joyida Vikasolning katta dozalari bilan uzoq vaqt davolangan.

Uzoq muddatli (3 kundan ortiq) va og'ir qon ketishida yoshga mos keladigan dozalarda kuchliroq gemostatik vositalarni (fibrinogen, gemofobin va boshqalar) qo'llash mumkin, bu nafaqat qon ivish tizimini kuchaytiradi, balki qon ivishiga eroziyalangan tomirda tromb hosil qilish jarayonini yaxshilaydigan yirik protein komplekslarini shakllantirishga ham hissa qo'shadi.

Qon ketishni to'xtatish uchun portal qon aylanishini kamaytirish muhim ahamiyatga ega. PQAJTB bilan og'rigan bolalarda, jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlardan farqli o'laroq, biz gemoglobin darajasini 6-7 g/l oralig'ida ushlab turuvchi va shu tariqa qon aylanishining markazlashuvini sun'iy ravishda saqlab qolgan holda, fraksiyonal qon quyish mumkin. Keyinchalik og'ir qon ketish uchun bu maqsadda M. D. Patsiora (1977) tomonidan taklif qilingan sxema bo'yicha pituitrin-M ishlatilishi mumkin. Portal qon aylanishining pasayishi jigar funksiyasining dekompensatsiyasiga yoki boshqa asoratlarga olib kelmaydi, chunki portal qon oqimining pasayishi bilan jigar arteriyasi funksiyasining refleksli kuchayishi sodir bo'ladi. Aksincha, ko'p miqdorda qon va qon o'rnini bosuvchi moddalarni (poliglyukin, gemodez va boshqalar) quyish mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, qon aylanishining markazlashuvini yengillashtiradi, bu esa qon ketishining qayta tiklanishiga yordam berdi. Bizning fikrimizcha, qon aylanishini vaqtincha markazlashtirish bola uchun markaziy gemodinamikaning buzilishi, oqsil yo'qotilishi, intoksikatsiyaning kuchayishi va boshqa patologik o'zgarishlar bilan kechadigan qon ketishining takroriy kuchayishiga qaraganda kamroq xavf tug'diradi. Pediatrik amaliyotda varikoz tomirlarini tamponada qilish uchun balonli turli zondlardan foydalanishga urinishlar muvaffaqiyatli bo'lmadi, pediatriya amaliyotida foydalanish uchun ularning dizaynini yanada takomillashtirish zarur.

Keng qamrovli konservativ davo ko'p hollarda qon ketishini to'xtatishga olib keldi. Yengil holatlarda qon ketish dastlabki 3 kun ichida to'xtaydi, lekin ko'pincha 5-7 kungacha davom etadi.

Biz 20% hollarda qon ketishi xavfining yuqoriligida va faqat yarmida hayotiy ko'rsatkichlar bo'yicha jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirdik. Qolgan bemorlarda jarrohlik tanlov usuli edi.

4-BOB. BUYRAK VA SIYDIK CHIQARISH A'ZOLARINING KASALLIKLARI

Buyraklar va siydik chiqarish organlarining chegara kasalliklariga piyelonefrit, sistit, urolitiaz va o'tkir buyrak yetishmovchiligi kiradi. Bolalarda "siydik yo'llari infeksiyasi" deb ataladigan kasalliklar guruhiga kiruvchi piyelonefrit va sistit ko'pincha kuzatiladi. Ularning paydo bo'lishi va surunkali shaklga o'tishida siydik o'tishining buzilishi yetakchi rol o'ynaydi. Shuning uchun, o'tkir piyelonefrit va sistit bilan og'rigan bolalarda, agar ularning uzoq davom etishi va qaytalanishi tendentsiyasi mavjud bo'lsa, siydikning turg'unligiga yordam beradigan siydik yo'llarining tug'ma va orttirilgan anomaliyalarini istisno qilish uchun rentgen urologik tekshiruv zarur. Ko'plab klinik va eksperimental tadqiqotlar piyelonefrit rivojlanishining asosan ko'tariluvchi yo'lini tasdiqlaydi, bu ko'pincha sistit bilan og'rigan bemorlarda, vulvovaginitli qizlarda va boshqalarda kuzatiladi. Ma'lumki, urolitiaz o'tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqarishi mumkin, masalan, buyrakning uzoq muddat siydik yo'llari toshli obstruksiya. Shu bilan birga, nefrolitiaz piyelonefritning paydo bo'lishiga yordam berishi yoki uning oqibati bo'lishi mumkin.

Sanab o'tilgan faktlar shuni ko'rsatadiki, faqat nefrolog va urolog, ginekolog va boshqa mutaxassislarning yaqin hamkorligi rivojlanishning asl sababi va mexanizmlarini tushunishga va ushbu kasalliklarni davolashning oqilona usullarini ishlab chiqishga yordam beradi.

Piyelonefrit

Piyelonefrit yuqori siydik yo'llari va buyrak parenximasining bakterial-yallig'lanish kasalligi bo'lib, medullada joylashgan tuzilmalarning o'choqli zararlanishidir.

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, bolalarning 60-80 foizida piyelonefrit erta yoshda o'tkir siydik yo'llari infeksiyasi shaklida boshlanadi, bu o'g'il bolalarga qaraganda qizlarda 5-10 marta ko'p uchraydi.

Bolalarda 40-80% holatlarda piyelonefrit qo'zg'atuvchisi ichak tayoqchasi hisoblanadi. Bolalarning deyarli 25% ikki yoki uch turdagi bakteriyalarning aralash bakterial florasiga ega; E. coli ko'proq boshqa mikroorganizmlar bilan birgalikda aniqlanadi. Kasallik davrida turli xil terapiya turlaridan foydalanganda bakterial floraning o'zgarishi mumkin.

Xususan, *E. coli* Proteus, *Pseudomonas aeruginosa* va boshqa mikroblar bilan almashtirilishi mumkin.

So'nggi yillarda piyelonefrit genezisida urodinamik buzilishlarning ahamiyatini aniqlash munosabati bilan yuqori siydik yo'llari va buyraklar infeksiyasining individual mexanizmlarining roli qayta ko'rib chiqildi. Hozirgi vaqtda piyelonefrit bilan og'rigan bemorlarning deyarli 80 foizida infeksiyaning ko'tarilish yo'li, kamroq - gematogen yo'l aniqlanadi.

Piyelonefritning paydo bo'lishi uchun infeksiyaning buyraklarga kirib borishini osonlashtiradigan, tananing mahalliy va umumiy reaktivligini o'zgartiradigan bir qator shartlar zarur. Surunkali infeksiya ekssudativ diatez va ich qotishi bilan birlashtirilgan tez-tez kasal bo'lgan bolalarda bunday predispozitsiya qiluvchi sharoitlar yaratiladi. Piyelonefrit rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar orasida birinchi o'rinni obstruktiv uropatiya egallaydi, bu esa urodinamika, buyrakda gemo- va limfa aylanishining buzilishiga olib keladi. Birlamchi (obstruktiv bo'lmagan) va ikkilamchi (obstruktiv) piyelonefrit mavjud. Ikkinchisi birlamchiga qaraganda tez-tez uchraydi.

Birlamchi piyelonefrit buyrakdan tashqari (ureter teshigining stenoz va boshqalar) va buyrak ichidagi (nefrokaltsinoz va boshqalar) belgilari bo'lmagan bolalarda bakterial-yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi bilan tavsiflanadi, siydik yo'llarining obstruktsiyasi, siydikning turg'unligiga yordam beradi. Ikkilamchi piyelonefrit buyrak va siydik chiqarish organlarining orttirilgan (urolitiaz va boshqalar) va tug'ma (megaureter, nefroptoz, buyrak displaziyasi va boshqalar) kasalliklari bo'lgan, urodinamik buzilishlar bilan kechadigan bolalarda kuzatiladi.

Piyelonefrit bilan buyrakning ikki tomonlama emas, balki mahalliy bir tomonlama shikastlanishi ko'proq kuzatiladi, morfologik jihatdan interstitsial shish, uning segmentlangan leykotsitlar (o'tkir jarayon) yoki limfoid-gistiotsitik hujayralar (surunkali jarayon) infiltratsiyasi bilan ifodalanadi. Naychalar kengayadi, ularning epiteliysi tekislanadi, yallig'lanish joylarida distrofik yoki nekrotik o'zgarishlar kuzatiladi. Surunkali jarayon davom etar ekan, skleroz o'choqlari interstitsial toqimada, tos va chanoq devorlarida, shuningdek, buyraklar glomerulalarining ikkilamchi shikastlanishi (invaziv skleroz) paydo bo'ladi. Piyelonefrit surunkali buyrak yetishmovchiligining asosiy sabablaridan biridir.

Siydik yo'li infeksiyasiga shubha qiladigan asosiy alomatlar: dizuriya, qorin va bel sohasidagi og'riqlar, isitma va boshqalar.

Tekshirish usullari

Tashxisni aniqlashtirish uchun umumiy klinik usullar bilan bir qatorda laboratoriya, rentgen va instrumental usullar juda muhim bo'lgan tadqiqotlar majmuasi qo'llaniladi.

Laboratoriya usullari, birinchi navbatda, siydik tahlilini, asosan, sitobakteriologik; bundan tashqari, umumiy va biokimyoviy (oqsillar, qoldiq azot, karbamid, kreatinin va boshqalarni aniqlash) qon tahlillari o'tkaziladi.

Rentgenologik usullardan buyraklar va siydik yo'llarining anatomik va funktsional holatini baholashga imkon beruvchi ekskretor urografiya va sistouetrografiya hal qiluvchi ahamiyatga ega. Instrumental usullar orasida eng ma'lumotli sistoskopiya - siydik pufagining shilliq qavatini vizual tekshirish hisoblanadi.

Asosiy klinik shakllari

O'tkir va surunkali piyelonefrit farqlanadi. O'tkir piyelonefrit siklik kechishi (faol bosqich simptomlarning teskari rivojlanish davri va tiklanish davri bilan almashtiriladi), surunkali - yashirin (faqat siydik sindromi qayd etiladi) yoki takroriy (klinik ko'rinishlarning hujumlari va siydik sindromi) bilan tavsiflanadi.

O'tkir piyelonefrit. Kasallik haroratning oshishi, leykotsituriya va bakteriuriya, dizurik buzilishlar bilan birdan boshlanadi. Bolaning umumiy holati sezilarli darajada yomonlashadi: bosh og'rig'i, letargiya, asabiylashish va teri rangparligi kuzatiladi.

Chaqaloqlarda o'tkir piyelonefritning klinik ko'rinishida intoksikatsiya, dispeptik buzilishlar (anoreksiya, regurgitatsiya, qusish, diareya), shilliq pardalar va terining sarg'ayishi, siyanoz xurujlari, meningeal simptomlar, degeneratsiya hodisalari kuzatilishi mumkin. Tana haroratining $38-40^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilishi, so'ngra normal yoki subfebril darajaga keskin pasayish kuzatiladi. Mahalliy belgilar va siydik buzilishi ko'pincha fonga tushadi.

Kattaroq bolalarda kasallikning o'tkir boshlanishi simptomlar triadasi deb ataladigan belgilar bilan namoyon bo'ladi: isitma, pastki orqa yoki qorindagi og'riqlar va siydik chiqarishning buzilishi.

O'tkir piyelonefritning dastlabki soatlaridan boshlab tana haroratining ko'tarilishi, ko'pincha titroq va kuchli terlash kuzatiladi.

Odatda isitma bir necha kun davom etadi, keyin asta-sekin pasayadi. Past darajadagi isitma bir hafta yoki undan ko'proq davom etishi mumkin.

Deyarli barcha bemorlarda kuzatiladigan bel og'rig'i ko'pincha bir tomonlama, Pasternatskiy simptomi keskin musbat bo'ladi. O'z his-tuyg'ularini ifoda eta olmaganligi sababli, bolalar ko'pincha pastki orqa qismida emas, balki qorin bo'shlig'ida og'riqlar haqida shikoyat qiladilar. Og'riq ko'pincha simillovchi, sanchiqli, silkitish, tanani yon tomonga burish yoki chuqur nafas olish bilan kuchayadi. Urodinamikaning o'tkir buzilishida (ureterning bloklanishi yoki yiring ivishi) buyrak sanchig'ining tipik xurujlari paydo bo'lishi mumkin.

Dizurik hodisalar, ayniqsa, o'tkir piyelonefrit sistit bilan birlashganda aniq namoyon bo'ladi. Siydik chiqarish tez-tez, og'riqli bo'ladi, bu siydikning oz miqdori, ko'pincha loyqa bo'lib chiqishi, shuningdek siydik yo'llari va siydik pufagida, ayniqsa siyish oxirida og'riqli hislar bilan birga keladi. Ushbu davrda yotoqda namlash paydo bo'ladi.

O'tkir pielonefritda kasallikning klinik ko'rinishi va siydik sinamalari o'rtasidagi bog'liqlik yo'qligini kuzatish mumkin. Xususan, kasallikning og'ir belgilari bo'lgan chaqaloqlarda va yosh bolalarda faqat yengil leykotsituriya bo'lishi mumkin.

Kattaroq bolalarda, ba'zida piyelonefritning o'tkirligi davrida, siydikning alohida qismlari normal bo'lib, bu qisman siydikda leykotsitlar va bakteriyalarni chiqarish chastotasi bilan bog'liq. Ayrim hollarda siydikning solishtirma og'irligining pasayishi, kuchsiz proteinuriya (1%gacha) va mikrogematuriya kuzatiladi. O'tkir piyelonefrit bilan og'rig'an bemorlarda o'rtacha anemiya, leykotsitoz va EChT ortishi mumkin. Qondagi qoldiq azot, karbamid va kreatin miqdori odatda normal chegaralarda bo'ladi.

O'tkir piyelonefrit bilan og'rig'an bemorlarning 70-85 foizida patologik ahamiyatga ega bakteriuriya (1 ml dan 100 000 dan ortiq mikrob tanasi) aniqlanadi. Natija salbiy bo'lsa, takroriy siydik kulturasini, shuningdek, ajratilgan mikrobnining antibakterial preparatlarga sezgirligini aniqlash kerak.

Rentgen tekshiruvi o'tkir piyelonefrit tashxisini piyelonefrit rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar bilan aniqlashtirishga yordam beradi. O'tkir birlamchi piyelonefrit ta'sirlangan buyrak hajmining oshishi, nefrogramma intensivligining pasayishi, piyelogramma zichligining pasayishi, piyelokaliya tizimining spazmi yoki gipotenziyasi, buyraklar

tomonidan kontrast moddaning chiqarilishi va buyraklar intensivligining assimetriyasi bilan tavsiflanadi.

Miktsion sistouretrografiya vesikoureteral reflyuksni aniqlash imkonini beradi, bu tranzitor, shuningdek, intravezikal obstruktsiyalar bo'lishi mumkin.

Endoskopik tekshiruv (sistoskopiya) paytida bemorlarning 60-70 foizida sistit, ko'pincha kataral shaklni ko'rsatadi.

O'tkir piyelonefrit klinik ko'rinish, laboratoriya ma'lumotlari, rentgenologik va endoskopik tadqiqot usullari asosida tashxis qilinadi. Odatda o'tkir piyelonefritni aniqlash qiyin emas.

Kasallik jarayonida o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lgan yosh bolalarda diagnostik qiyinchiliklar paydo bo'ladi.

O'tkir piyelonefritning faol bosqichida uni respirator virusli kasalliklardan, pnevmoniyadan, grippdan ajratish kerak; pastki orqa va qorindagi og'riqlar mavjudligida - xoletsistit, pankreatit, appenditsit bilan farqlash kerak.

O'tkir piyelonefritning differentsial tashxisida batafsil kasallik tarixi va bemorni har tomonlama tekshirish natijalari muhim ahamiyatga ega.

O'tkir birlamchi piyelonefrit, o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolash bilan, ko'pincha (bemorlarning 50 foizida) tiklanish bilan yakunlanadi. Bunday holda klinik belgilar (dizuriya, isitma va boshqalar) bir necha kun ichida yo'qoladi, osmotik konsentratsiya va ammiak atsidogenezi nuqtai nazaridan buyrak funksiyasining tiklanishi 1-4 oydan keyin sodir bo'ladi. Ikkilamchi o'tkir piyelonefrit bilan ko'pincha kasallikning surunkali shakliga o'tish kuzatiladi, ayniqsa siydik yo'llarining obstruktsiyasi davom etganda, siydikning turg'unligiga va infektsiyaning davom etishiga yordam beradi.

Surunkali piyelonefrit. Surunkali piyelonefritning klinik ko'rinishi buyraklardagi bakterial-yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi va tarqalishiga, infektsiyaning faolligiga, kasallikning bosqichiga va asoratlarning mavjudligiga bog'liq.

20-60% hollarda kasallik yashirin tarzda davom etadi, faqat siydikdagi o'zgarishlar (leykotsituriya, intervalgacha mikrogematuriya va proteinuriya) va bakteriuriya bilan namoyon bo'ladi. Biroq, bu bemorlarni sinchkovlik bilan tekshirganda, ko'pincha surunkali intoksikatsiya belgilarini (charchoq, zaiflik, past darajadagi isitma) aniqlash mumkin.

Ko'pgina bemorlarda surunkali piyelonefrit bilan xarakterlanadigan takroriy kurs mavjud

Bular aniq klinik ko'rinishdagi xurujlar (piyelonefrit xurujlari), keyinchalik ko'proq yoki kamroq uzoq asimptomatik davrlar yoki remissiyalar kuzatiladi.

Piyelonefritning faol bosqichida bemorlar umumiy holsizlikdan, letargiyadan shikoyat qiladilar, ular anoreksiya, ba'zan ich ketishi, ich qotishi bilan almashadi. Og'riq pastki orqa, kindik yoki qovusti sohada lokalizatsiya qilinishi mumkin; og'riq simillovchi, bu og'riq bel qismini urish yoki chuqur palpatsiya qilish bilan kuchayadi.

Uzoq vaqt davomida bemorlarning tashqi ko'rinishi biroz o'zgaradi, terining oqarishi va yuzning shishishi ko'pincha kuzatiladi. Buyrak yetishmovchiligi yuzaga kelganda, teri quruq, qo'pol, quruq va tirnalgan bo'ladi. Til quruq, kulrang qoplama bilan qoplangan. Arterial gipertenziya paydo bo'ladi. Surunkali piyelonefritda shish, qoida tariqasida, kuzatilmaydi. Ko'pincha interkurrent kasalliklar fonida yuzaga keladigan surunkali piyelonefritning kuchayishi o'tkir piyelonefrit epidemiyasi sifatida yuzaga keladi, ammo faqat siydik sindromining ko'payishi bilan ifodalanishi mumkin.

Klinik ko'rinishlarning o'ziga xos emasligi, ayniqsa kasallikning latent bosqichida, surunkali piyelonefritni o'z vaqtida tashxislashni qiyinlashtiradi. Agar siydik yo'llari infektsiyasiga shubha qiladigan alomatlar mavjud bo'lsa (dizuriya, qorin va pastki bel og'rig'i, isitma va boshqalar), tashxisni aniqlashtirishda siydik tahlillari muhim ahamiyatga ega.

Surunkali piyelonefritda asosan buyraklar medullasining shikastlanishi tufayli tubulointerstitial yetishmovchilik belgilari kuzatiladi, bu buyrak funksiyasining osmotik kontsentratsiyasi (Zimnitskiy izostenuriya tahlilida) va atsidoammoniogenez (ammiak sinovi ma'lumotlari va boshqalar) bo'yicha pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida pollakiuriya va nikturiya bilan kechadigan poliuriya kuzatiladi. Surunkali piyelonefrit tashxisida siydikni sitobakteriologik tekshirish muhim ahamiyatga ega. Ekish uchun tashqi jinsiy a'zolari dezinfektsiyalovchi eritma (furatsillin 1: 5000 va boshqalar) bilan oldindan davolashdan keyin ixtiyoriy siyish paytida oqimning o'rta qismidan siydikni olish tavsiya etiladi. Yallig'lanish jarayonini ko'rsatadigan patologik bakteriuriya 1 ml siydikda 100 000 va undan ortiq mikroorganizm tanasi topilgan deb hisoblanadi. 50-70% hollarda patologik bakteriuriya faqat takroriy siydik kuzatilishi bilan aniqlanadi. Siydik cho'kmasini tekshirganda, leykotsituriya bilan bir qatorda, qizil qon

tanachalari "barcha ko'rish sohalarini to'liq qamrab olgan" ni aniqlash mumkin. Surunkali piyelonefrit gematuriyaga nisbatan leykotsituriyaning ustunligi, shuningdek leykotsituriyaning neytrofil turi bilan tavsiflanadi. Leykotsituriya kuchsiz (kuniga 20 milliongacha), o'rtacha (20-40 million/kun) va ko'pincha sezilarli (kuniga 40 milliondan ortiq) bo'lishi mumkin. Miqdoriy usullar (Kakovskiy usullari - Addis, Amburger, Nechiporenko va boshqalar) yordamida siydik sinamalarini doimiy ravishda kuzatib borish kerak (kasallik faolligiga qarab tahlillarning chastotasi belgilanadi). So'nggi yillarda siydikdagi Sternheimer-Malbin hujayralarining piyelonefrit uchun diagnostik qiymati qayta ko'rib chiqildi. Leykotsitlarning mavjudligi ushbu kasallikning muhim diagnostik mezonlaridan biri bo'lib qolmoqda.

Piyelonefrit bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha temir va vitamin B12 qo'shimchalari bilan davolanishga chidamli o'rtacha anemiyani (gipoxrom yoki normoxrom) rivojlanadi. EChTning ko'payishi, leykotsitoz va oq qon tanachalari sonining chapga siljishi tez-tez qayd etiladi. Surunkali piyelonefrit bilan og'rigan bolalarning ko'pchiligida ekskretor urografiya piyelokaliya tizimi va siydik chiqarish yo'llarining tonusining pasayishi (gipotenziya) ko'rinishidagi funktsional o'zgarishlar kuzatiladi.

Kasallik o'sib ulg'aygan sari papillalarning silliqligi, kosacha naqshining qo'pollashishi va kosacha bo'ynining deformatsiyasi (torayishi, qisqarishi) paydo bo'ladi. Keyingi bosqichda odatdagi piyelonefritli burushgan buyrak kuzatiladi, uning hajmi kichiklashadi, notekis konturlari (qayta tortilish joylari), ilgich shaklidagi yoki qo'ziqorin shaklidagi deformatsiyalangan kalikslar birlashtiriladi. Ureteropelvik segmentda siydik chiqarishda qiyinchilik bo'lsa (gidronefrotik transformatsiya), ureterovezikal segmentda (gidroureteronefrotik transformatsiya), rentgen tasviri surunkali piyelonefrit urodinamik buzilishlar belgilari bilan to'ldiriladi, tos bo'shlig'i, siydik yo'llari va siydik pufagining turli darajadagi kengayishi bilan ifodalanadi. Surunkali piyelonefrit bilan og'rigan bolalarda, ayniqsa siyish buzilgan taqdirda, ko'pincha vesikoureteral reflyuksiyaning aniqlaydigan sistouretrografiya talab qilinadi. Ma'lumki, bemorlarning 18-23 foizida vezikoureteral reflyuks, ayniqsa, chaqaloqlar va maktabgacha yoshdagi bolalarda vaqtinchalik bo'ladi. Bu holat, agar reflyuksga shubha qilingan bo'lsa, bo'shliqni yoki kechiktirilgan sistografiyani takrorlashni talab qiladi. 35-80% hollarda sistoskopiya

bilan birga keladigan sistit, shuningdek, terapevtik taktikani aniqlash uchun muhim bo'lgan vezikoureteral reflyuks mavjudligida siydik yo'llarining teshiklaridagi o'zgarishlar aniqlanadi.

Surunkali piyelonefrit bilan og'rigan bemorlarning taxminan 35% murakkab terapiya natijasida tiklanadi. Bir qator bolalarda surunkali piyelonefrit asta-sekin progressivlashib, surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Davolash usullari

Piyelonefrit uchun terapevtik taktika kasallikning xususiyatlarini, yallig'lanish jarayonining paydo bo'lishi va rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar va sharoitlarni hisobga olgan holda individual yondashuvga asoslanadi. Bu holat kompleks terapiyani belgilaydi, bu antibakterial preparatlarni qo'llashdan tashqari, rejim va ovqatlanishni to'g'ri tashkil etishni, shuningdek, tananing reaktivligini oshirishga, buzilgan urodinamikani to'g'rilashga va hokazolarga yordam beradigan chora-tadbirlarni ta'minlaydi. Davolashni tayinlashda bosqich (faol, qisman remissiya va boshqalar) va kasallikning davomiyligi, buyrak funktsiyasi ko'rsatkichlari va gipertenziya mavjudligini hisobga olish kerak. O'tkir piyelonefritda va surunkali piyelonefritning kuchayishi davrida qat'iy yotoq rejimi tavsiya etiladi. Bolaga harorat normallashtirishdan, dizuriya va intoksikatsiya belgilari yo'qolganidan keyin 3-4 kundan kechiktirmasdan yotoqdan chiqishga ruxsat beriladi. Bu davrda bemorga sut-sabzavotli parhez buyuriladi, agar ahvol yaxshilansa, bolaning yoshiga mos, tarkibida yetarli miqdorda tuz (agar bemorda gipertoniya bo'lmasa), vitaminlar, kelib chiqishi hayvon va o'simlik oqsillari bo'lgan parhez buyuriladi. Achchiq, sho'r, qovurilgan ovqatlar, konservalar va marinadlar to'liq klinik va laboratoriya remissiyasi boshlanganidan keyin kamida bir yil davomida ratsiondan chiqarib tashlanadi. Gipertenziya paytida tuz cheklanadi.

Yetakchi o'rinni egallagan dori terapiyasi piyelonefrit uchun tanlov usuli hisoblanadi. Antibakterial vositalarni tanlash ko'plab omillar bilan belgilanadi: siydik mikroflorasining preparatga sezgirligi, uning infektsiya markazida va siydikda terapevtik konsentratsiyasi, yon ta'siri, piyelonefrit faolligi darajasi, shuningdek buyraklarning funktsional holati.

O'tkir piyelonefritni davolashning ko'plab usullari orasida antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuran preparatlari va nalidiksinnik kislota hosilalarini 3-6 oy davomida yoshga qarab doimiy siklik (dorilarni har 10-

14 kunda almashtirish) muqobil ravishda qo'llash keng qo'llaniladi. Ushbu davolash bemorning umumiy holati va siydik sinovlari (o'ziga xos og'irlik, leykotsituriya, bakteriuriya) doimiy monitoringi ostida amalga oshirilishi kerak.

Barqaror klinik va laboratoriya remissiyasiga erishgandan so'ng, bakteriostatik va diuretik ta'sirga ega dorivor o'simliklarning damlamalari va infuziyalarini davriy yuborish buyuriladi. O'tkir piyelonefritni davolashning muvaffaqiyati ko'p jihatdan parhezga va jismoniy faollikka, siydik mikroflorasining sezgirligini hisobga olgan holda antibakterial dorilarni qo'llashga, dozaning yetarliligi va foydalanish muddatiga, kasallikning qaytalanishiga moyil bo'lgan omillarni bartaraf etish (surunkali tonzillit, sinusit, vulvovaginit va boshqalar)ga bog'liq.

O'tkir piyelonefritni kompleks davolash 90-95% hollarda bakteriuriya va leykotsituriyaning yo'qolishiga, to'liq klinik va laboratoriya remissiyasining rivojlanishiga olib keladi. Biroq, bu raqamdan bemorlarning 50-80 foizida kasallikning qaytalanishi keyingi 1-2 yil ichida sodir bo'ladi, ayniqsa ikkilamchi piyelonefrit bilan, bunda urodinamik buzilishlarning sababi bartaraf etilmagan bo'ladi.

Ikkilamchi piyelonefritni davolashda birinchi qadam turli xil rekonstruktiv plastik operatsiyalar yordamida siydik yo'llarining obstruktsiyasini yo'q qilishdir. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, Politano-Leadbetter usuli yordamida bolalarda eng ko'p uchraydigan uropatiya, vezikoureteral reflyuksni jarrohlik davolashda 90-95% hollarda buzilgan urodinamikaning tiklanishi kuzatiladi.

Faqatgina vezikoureteral reflyuksni jarrohlik yo'li bilan tuzatish va konservativ terapiya majmuasini qo'llashdan keyin (terapiyaning ikkinchi bosqichi) bemorlarning 91,3 foizida surunkali ikkilamchi (obstruktiv) piyelonefritda barqaror klinik va laboratoriya remissiyasiga erishish mumkin edi.

Piyelonefrit bilan og'rigan bemorlarni rehabilitatsiya qilishda bosqichma-bosqich va davolanishning uzluksizligi (kasalxona, sanatoriya, poliklinika) muhim ahamiyatga ega. Kasalxonada tashxis aniqlanadi, agar kerak bo'lsa, jarrohlik aralashuvi va antibakterial terapiya kursi, so'ngra klinikada yoki klinikada 3-6 oy davom etadigan parvarishlash terapiyasi kursi nefrologik bolalar sanatoriysida (remissiya boshlanganidan keyin) o'tkaziladi.

O'tkir piyelonefrit bilan og'rigan bemorlarni dispanser kuzatuv R/g - piyelonefritning klinik va laboratoriya ko'rinishlari bartaraf etilgandan

keyin 3 yil davomida amalga oshiriladi. Surunkali piyelonefrit bilan og'rigan bemorlar uzoqroq dispanser kuzatuvidan o'tadilar, chunki to'liq klinik va laboratoriya remissiyasi boshlanganidan bir necha yil o'tgach, qaytalashlar kuzatilishi mumkin. Remissiya boshlanishidan boshlab dastlabki 6 oy ichida siydik sinamalari oyiga 2-3 marta, keyin esa oyiga bir marta amalga oshiriladi. Bemorlar kompleks terapiyani davom ettirish uchun qisman klinik va laboratoriya remissiyasi davrida sanatoriylarga, shu jumladan mahalliy larga yuboriladi; shuningdek, umumiy mustahkamlash choralari uchun to'liq remissiya bosqichida. Piyelonefritning og'ir faolligi va surunkali buyrak yetishmovchiligi belgilari mavjudligi kurortda davolanish uchun sabab bo'la oladi.

Sistit

Sistit siydik pufagining shilliq qavatining yallig'lanishi bilan tavsiflanadi. Uning qo'zg'atuvchisi ko'pincha *E. coli*, kamroq hollarda boshqa flora hisoblanadi.

Ma'lumki, siydik pufagining shilliq qavati bakteritsid qobiliyatiga ega va infektsiyaga yuqori qarshilikka ega, shuning uchun, sistit paydo bo'lishi uchun bakteriyalarning siydik pufagi bo'shlig'iga kirib borishi yetarli emas. Yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga siydik chiqarishda buzilishlarni keltirib chiqaradigan (masalan, siydik yo'llarining anormalliklari bilan), shuningdek, mahalliy va umumiy immunitetning zaiflashishiga olib keladigan predispozitsiya qiluvchi omillar yordam beradi. Sistit bilan og'rigan bemorlarning 80% dan ortig'ida organizmning siydik yo'llari infektsiyasiga mahalliy va umumiy qarshiligini pasaytiradigan asosiy omil o'tkir respirator va boshqa yuqumli kasalliklardir. 73 dan ortiq bemorlarda pastki siydik yo'llarining takroriy infektsiyasi perineum terisida va tashqi jinsiy a'zolarning shilliq qavatida ekssudativ diatez shaklida allergik belgilar fonida yuzaga keladi. Yarim hollarda sistit o'g'il bolalarda balanit va qizlarda vulvovaginit bilan birga keladi. Predispozitsiya qiluvchi omillar surunkali ich qotishini ham o'z ichiga oladi.

Ko'pincha kasallik uzoq davom etadigan, surunkali kursni oladi. Jarayonning surunkali kursi har qanday yoshdagi bolalarda paydo bo'lishi mumkin, ammo bu ayniqsa 4-12 yoshli bolalarda (85%) sodir bo'ladi. Ushbu guruhdagi qizlarning ustunligi o'sib borayotgan ayol tanasining genitouriya tizimining anatomik, fiziologik va endokrinologik

xususiyatlari bilan izohlanadi, bu periuretral sohada va distal siydik yo'llarida mikrofloraning saqlanib qolishiga yordam beradi, bu esa infektsiyaning siydik pufagidan ko'tarilishi uchun qulay sharoit yaratadi. Qovuqdagi yallig'lanish jarayonining kuchayishi paytida antibiotiklarni tez-tez qo'llash bemorlarning 40% dan ko'prog'ida bakteriuriya aniqlanmasligiga olib keladi. Sistitga shubha qilishning asosiy klinik belgilari og'riqli va tez-tez siyish, ba'zida tana haroratining ko'tarilishi bilan birga keladi.

Tekshirish usullari

Sistit diagnostikasida siydikning umumiy va sitobakteriologik tahlillari, shuningdek, endoskopik va rentgenologik tekshiruvlar hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Siydikning sitobakteriologik tekshiruvi piyelonefritga qaraganda leykotsituriya va bakteriuriyaning ko'proq zo'rayish darajasini aniqlash bilan tavsiflanadi. O'tkir jarayonda bu turdagi tadqiqotlar odatda cheklangan. Jarayonning surunkali kursida bemorni boshqa usullardan foydalangan holda batafsilroq tekshirish zarur va ko'rsatiladi.

Sistoskopiya eng keng tarqalgan va amaliy jihatdan zarur bo'lgan tadqiqotlardan biridir. Uning yordami bilan yallig'lanish jarayonining tabiati oydinlashtiriladi, uning dinamikasi nazorat qilinadi va siydik chiqarish teshiklarining holati aniqlanadi.

Surunkali sistit va uning asoratlari, xususan, 80% bemorlarda kuzatilgan vezikoureteral reflyuks va distal uretraning stenozida sistografiya va ekskretor urografiya muhim ahamiyatga ega. Veziko-renal reflyuks va ikkilamchi piyelonefrit bo'lsa, ekskretor urografiya buyraklarning piyelonefrit qisqarishigacha bo'lgan turli darajadagi asoratlarni aniqlashga imkon beradi.

Rentgen tekshiruvi usullari orasida retrograd sistografiyaning ahamiyatini ta'kidlash kerak. Odatda sistomanometriya bilan birgalikda amalga oshiriladi, bu surunkali yallig'lanish ta'sirida siydik pufagining adaptiv funktsiyasidagi o'zgarishlarni, ya'ni detruzorning gipertenziya va gipotenziya ko'rinishini aniqlash imkonini beradi.

Asosiy klinik shakllari

O'tkir va surunkali sistit mavjud.

O'tkir sistit to'satdan paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bolalar siyish paytida qattiq bezovtalanadi, kattaroq bolalarda siydikning kichik qismlarida birinchi navbatda tez-tez, og'riqsiz, keyin esa og'riqli siyish kuzatiladi.

Tez-tez siyish istagi odatda bola uyg'oq bo'lganda kuzatiladi, lekin, kechasi ham paydo bo'lishi mumkin. Og'ir yallig'lanish ba'zan terminal gematuriya bilan namoyon bo'ladi, bunda siyish oxirida qon tomchilari paydo bo'ladi. Bolaning umumiy holati odatda o'zgarmaydi, tana harorati normal yoki subfebrildir.

Kasallikning boshlanishida siydik tahlillari patologik o'zgarishlarsiz bo'lishi mumkin, keyin leykotsituriya, mikrogematuriya va mikroproteinuriya aniqlanadi.

Asoratlanmagan hollarda surunkali sistit vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan dizurik hodisalar bilan tavsiflanadi, qorinning pastki qismida og'riqlar, ozgina leykotsituriya va bakteriuriya, siydikda shilimshiq mavjudligi, kunduzi siydik o'g'irlab ketish va tungi enurez.

Bolalarda surunkali sistitning o'ziga xos xususiyati - bu vezikouretral va ureterovezikal segmentlarda urodinamikaning buzilishidan iborat bo'lgan asoratlarning tez paydo bo'lishi, infektsiyaning yuqori siydik yo'llariga tarqalishiga olib keladi. Agar asoratlar yuzaga kelsa, klinik ko'rinish qorin va bel sohasidagi og'riqlar, yuqori isitma, aniq leykotsituriya, bakteriuriya, proteinuriya bilan to'ldiriladi.

Interkurrent kasalliklar (o'tkir respiratorli infektsiyalar, tonzillit, pnevmoniya va boshqalar) davrida kuchayadigan dizurik hodisalar va siydik sindromi antibakterial terapiya ta'sirida susayadi yoki vaqtincha yo'qoladi. Asoratlangan surunkali sistit bilan og'rigan bemorlarda klinikaning o'ziga xos xususiyati surunkali intoksikatsiya belgilaridir: terining oqarishi, ishtahaning pasayishi, dispeptik kasalliklar, zaiflik, charchoq, asabiylashish, anemiya, EChT ning ortishi.

Sistoskopiya bo'yicha surunkali sistit kataral, bullyoz va donador, bullyoz-fibrinoz va gemorragikka bo'linadi.

Kataral sistit 45% dan ortiqni tashkil qiladi. Dimlanish giperemiyasi, in'ektsiya va shilliq qavatning mo'tadil shishishi, uning tabiiy yorqinligining pasayishi bilan tavsiflanadi. Ushbu o'zgarishlar asosan siydik pufagi bo'ynida va Liyeto uchburchagi sohasida lokalizatsiya qilinadi.

Bullyoz sistit bemorlarning taxminan 25% da kuzatiladi. U asosan siydik pufagi bo'yni va Liyeto uchburchagi sohasida lokalizatsiya bo'lgan dimlanish giperemiyasi va shilliq qavatning aniq bullyoz shishi bilan tavsiflanadi, bu yerda siydik yo'llarining teshiklarini aniqlash qiyin.

Granular sistit ham taxminan 25% holatlarni tashkil qiladi va siydik pufagi shilliq qavatining butun yuzasida ko'p miqdorda granulyar

toshmalar bilan tavsiflanadi, lekin uning bo'yin qismida va Liyeto uchburchagida eng aniq namoyon bo'ladi. Granulalar – 1x1 mm o'lchamdagi shoxcha shaklida qovuq bo'shlig'iga chiqadigan shakllanishlar bo'lib, ularning ichida yorug'lik o'tkazilganda qon tomirlarining shoxlari ko'rinadi.

Bullyoz-fibrinoz sistit (2,5% da) kamdan-kam hollarda aniqlanadi, bu bullyoz oynasi fonida fibrinning oq-vato-kulrang qoplamalari, shuningdek gemorragik sistit (2,5% da) bilan ajralib turadi, bu siydik pufagining keskin giperemik va shishgan shilliq qavati fonida ko'plab mayda nuqtali qon ketishlar mavjudligi bilan ajralib turadi.

Uzoq vaqt davomida siydik pufagi devoridan yallig'lanish jarayoni siydik yo'llarining terminal qismiga tarqaladi va mushak tolalarining sklerotik degeneratsiyasiga, elastik elementlarning o'limiga va siydik pufagining bo'ylama mushak tolalarining qisman yoki yarim atrofiyasiga, so'ngra uning og'zining deformatsiyasiga olib keladi. Siydik chiqarish yo'lining shilliq osti qismi uzunligining qisqarish darajasiga qarab, uning og'zi yon tomonga qaragan oval yoki yumaloq huni shaklidagi ko'rinishga ega bo'ladi. Og'iz ochilib qoladi, qisqarganda uning qirralari yopilmaydi; Uterovezikal anastomozni yopish mexanizmining dekompensatsiyasi sodir bo'lib, vezikoureteral reflyuksiyanı keltirib chiqaradi.

Statik sistogrammada siydik pufagining konturlari, asosan uning pastki va lateral devorlari noaniq, notekis bo'lib, shilliq qavatning shishishi natijasida paydo bo'lgan kichik plomba nuqsonlari bilan o'zgarishini ko'rsatadi. Bo'shliq sistouretrografiya bilan siydik pufagi konturidagi bu o'zgarishlar yanada aniqroq bo'ladi.

Davolash usullari

O'tkir sistitda ko'p miqdorda suyuqlik, uroseptiklar va iliq o'tirish vannalari buyuriladi, bu bir necha kun ichida kasallikning klinik ko'rinishini yo'q qilishga olib keladi. Balanopostit belgilari bo'lgan o'g'il bolalarda tegishli mahalliy davolanishni amalga oshirish kerak.

Surunkali sistitda davolash siydik pufagida yallig'lanish paydo bo'lishining sabablari va predispozitsiya qiluvchi omillarini, shuningdek sistit shakllarini va asoratlari mavjudligini hisobga olgan holda kompleks hisoblanadi. Bemorga o'tkir, sho'r, dudlangan, konservalangan ovqatlar, ko'p suyuqlik, mineral suvlar (naftusya, smirnovskaya, slavyanovskaya va boshqalar), diuretik va bakteritsid xususiyatlariga ega dorivor o'simliklarning damlamalari istisno qilinib yoki cheklangan holda yoshga mos parhez buyuriladi. Vulvit yoki vulvovaginit bo'lganda,

yallig'lanishga qarshi mahalliy davolash amalga oshiriladi (furatsilinning iliq eritmasi bilan qinni yuvish, sulfanilamidlar yoki antibiotiklar bilan vaginal sharlar, yallig'lanish hodisalarini bartaraf etishdan oldin ittikanak, romashka, shalfey damlamasi bilan iliq o'tirish vannalari).

Qabziyat bo'lsa, ichak faoliyatini normallashtiradigan mahsulotlar, surgilar buyuriladi.

Surunkali sistit va uning asoratlarini davolashning eng maqbul natijasini beradigan konservativ chora-tadbirlar majmuasi quyidagilardan iborat: 1) siydik mikroflorasining sezgirligini hisobga olgan holda antibakterial terapiya; 2) desensitizatsiya qiluvchi davo (kaltsiy xlorid, difengidramin, suprastin); 3) vitaminoterapiya (B1, B6, B12, C); 4) siydik pufagi uchun fizioterapiya (UYuCh terapiyasi, SVCh); 5) siydik pufagining instillyatsiyasi: a) kataral va gemorragik sistit bilan-1-10% sintomitsin emulsiyasi, baliq yog'i, atirgul yoki chakanda yog'i; b) bullyoz, granulyar va bullyoz-fibrinoz sistit bilan kumush nitrat eritmasi ortib borayotgan konsentratsiyalarda 1:20 000, 1:10 000, 1:5000, 1:1000, 1:500. Quviq shilliq qavatidagi o'zgarishlar darajasiga qarab har kuni 10-30 ml yoki kuniga 10-15 marta; 6) uyg'onish paytida tez—tez siyish rejimi (har bir 1/2-2 soat).

Ta'riflangan terapevtik tadbirlardan foydalanish barcha bemorlarda siydik pufagidagi yallig'lanish jarayonini va bemorlarning deyarli 80 foizida — vesikoureteral reflyuksning yo'qolishi va distal uretraning stenozini bartaraf etishga yordam beradi.

Surunkali sistitni bartaraf etgandan keyin vezikoureteral reflyuksning davom etishi, ehtimol, birinchi navbatda vezikoureteral anastomozni yopish mexanizmining tug'ma nuqsoni yoki siydik pufagidagi surunkali yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq bo'lgan qaytarilmas morfologik o'zgarishlarning natijasidir. Bunday bemorlar jarrohlik davolashga ehtiyojmand bo'ladilar.

Siydik-tosh kasalligi

Urolitiaz yoki siydik tosh kasalligi, keyingi ikkilamchi o'zgarishlar bilan siydik yo'llarida toshlar mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Xulosa, statistik ma'lumotlarga ko'ra, bolalarda urolitiaz odatda 3-10 yoshda kuzatiladi. Ko'pincha bir tomonlama tosh shakllanishi va bitta, kamroq, ikki tomonlama va ko'p toshlar aniqlanadi.

Toshlarning paydo bo'lishida ikkita asosiy omilning ta'siriga ahamiyat beriladi: a) siydikda toshlar hosil bo'ladigan kristalloidlar kontsentratsiyasining oshishi; b) siydikning fizik-kimyoviy xususiyatlarining buzilishi, shuningdek siydik yo'llari devoridagi o'zgarishlar, bu kristalloidlarning cho'kishiga yordam beradi.

Alohida kristalloidlardan hosil bo'lgan toshlarga qo'shimcha ravishda, masalan, sistin va kaltsiy fosfat va boshqalardan iborat aralash toshlar kuzatiladi. Bolalarda nefrokalsinoz va litiyoz kabi kasalliklar ko'pincha, xususan, Laytvud-Olbrayt sindromi bilan birlashtirilib, u quvurli atsidoz bilan tavsiflanadi.

Tosh hosil bo'lishiga hissa qo'shadigan siydikning kimyoviy va fizik xususiyatlari (pH bundan mustasno) hali yetarlicha o'rganilmagan. Ko'pincha toshlar yuqori konsentrlangan siydikdan hosil bo'ladi. Kaltsiy oksalat kristallari odatda normal va yuqori konsentratsiyali siydikda, siydik kislotasi va kaltsiy fosfat kristallari ko'pincha oddiy ishqoriy siydikda topiladi. Bunday bemorlarda qon zardobida kaltsiy, fosfatlar va boshqa ko'rsatkichlar normal darajada bo'ladi.

Hozirgacha toshning yadrosi yoki matritsasining hosil bo'lish shartlari haqida juda kam narsa ma'lum. Ba'zi mualliflar toshning matritsada joylashgan va ko'pincha bu bemorlarda ko'p miqdorda chiqariladigan uromukoidlarga ahamiyat berishadi. Sog'lom odamlarning siydigida matritsali kalsifikatsiya ingibitori mavjud deb taxmin qilinadi. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, urolitiazli bemorlarning siydigi sog'lom odamlardan farqli o'laroq, eruvchan kaltsiy tuzlari hosil bo'lishiga hissa qo'shadigan kamroq moddalarni o'z ichiga oladi.

Urolitiazning klinik ko'rinishlari juda xilma-xildir. Asosiy simptomlar - qorin va bel sohasidagi og'riqlar, shuningdek, gematuriya kuzatiladi.

Tekshirish usullari

Urolitiazga shubha qilingan bemor muntazam yoki shoshilinch ravishda tekshiriladi (buyrak sanchig'i!). Hal qiluvchi diagnostika usullaridan biri rentgen, shuningdek siydik, qon va sistoskopiya hisoblanadi.

Obzor rentgenografiyasi buyrak yoki siydik yo'llari sohasida toshning soyasini aniqlashga imkon beradi. Eng o'tkir soyalar oksalatlar va fosfatlar tomonidan ishlab chiqariladi, uratlar va karbonatlar kamroq o'tkir, siydik kislotasi toshlari esa umuman soya hosil qilmasligi mumkin.

Shubhali holatlarda, ureteropiyelografiya, shuningdek, ekskretor uroografiya, soyalarning tabiatini aniq ko'rish uchun ishlatiladi.

Chiqaruvchi yoki retrograd piyelografiya toshning (toshlarning) lokalizatsiyasini, buyrak parenximasi holatini, rivojlanish anomaliyalarining mavjudligini va boshqalarni aniqlash imkonini beradi.

Siydikni tahlil qilishda odatda oz miqdorda protein (0,03-0,3 g/l), bitta silindr va tuzlar aniqlanadi. Ikkinchisining tabiati nafaqat toshlarni tashxislash, balki ularning turini aniqlash uchun juda qimmatli yordam bo'lishi mumkin.

Xromotosistoskopiya ma'lum darajada buyraklar faoliyatini baholashga, shuningdek, siydik yo'llarining qisman yoki to'liq yopilishini aniqlashga imkon beradi; qoidaga ko'ra, zararlangan tomondan siydik yo'li og'zidan indigokarmin bilan bo'yalgan siydikning chiqishi sog'lom tomonga nisbatan 10-12 daqiqaga kechiktiriladi.

Asosiy klinik shakllari

Buyrak, siydik yo'llari va siydik pufagida toshlar mavjud. Dastlabki ikkita lokalizatsiya uchun eng izchil simptom gematuriya, asosan mikroskopikdir. Ko'pincha qorin va bel sohasidagi og'riqlar, buyrak sanchig'i xurujlari, shuningdek, ko'ngil aynishi, qusish va siyish istagi kuzatiladi. Og'riq son va jinsiy a'zolarga, kamroq yelka kamariga va yelkaga tarqaladi. Tez-tez va og'riqli siyish siydik pufagidagi toshlarga xosdir. Siydik chiqarish yo'llari va siydik pufagidagi toshlar odatda ikkilamchi kelib chiqadi. Ular buyrak jomida hosil bo'ladi va keyin siydik yo'llari bo'ylab tushadi, ko'pincha siyish paytida chiqadi. Tosh buyrakdan qanchalik uzoq bo'lsa, buyrakdagi ikkilamchi o'zgarishlar shunchalik sekin rivojlanadi, ammo siydik yo'llarining tosh bilan to'liq bloklanishi bir necha kun ichida buyrakning o'limiga olib kelishi mumkin.

Agar toshlar siydikni surunkali ushlab turishga olib keladigan bo'lsa, kasallikning nisbatan aseptik yo'li bilan ham oxir-oqibat buyrak parenximasining o'limiga olib keladi, ayniqsa gidronefroz holatlarida.

Urolitiazli bolalar orasida bemorlarning uchta guruhini ajratish mumkin: 1) oldingi sababning ta'siri natijasida hosil bo'lgan toshlar bilan - metabolik yoki mexanik; 2) endemik hududlarda urolitiaz bilan; 3) urolitiazning idiopatik shakli bilan.

Oldingi sabablarning ta'siri natijasida urolitiaz har qanday kasallikning asorati yoki bosqichlaridan biri sifatida qaraladi. Shunday qilib, sistin toshlari siydikda sistin kontsentratsiyasining ortishi bilan hosil bo'ladi, bu tug'ma naycha disfunktsiyasi bilan kuzatiladi, siydikda sistin,

lizin va arginin yo'qolishi, shuningdek sistin-sistein munosabatning o'zgarishi bilan birga keladi.

Resessiv xususiyat bilan o'tadigan oilaviy patologiya bo'lgan sistinuriya bilan siydikda sistinning sezilarli miqdori (odatda kuniga 80-100 mg o'rniga 500-1400 mg gacha) (gomozigotlarda) chiqarilishi, ushbu bemorlarning 50% da tosh shakllanishi mumkin. Geterozigotalarda sistinning kam ajralishi va kamdan-kam hollarda tosh shakllanishi mavjud.

Steril siydikda toshlar hosil bo'ladi va ko'pincha faqat sistindan iborat bo'lib, siydik yo'llari infektsiyasi paydo bo'lganda kaltsiy fosfat qo'shilishi bilan aralash toshlar hosil bo'ladi. Ushbu toshlar sariq rangga ega va ammo kaltsiy oksalat toshlariga qaraganda kamroq darajada rentgenokonstrastli. Ko'pgina bolalarda toshlar erta yoshda paydo bo'ladi va tegishli davolash bo'lmasa, ular tez-tez takrorlanadi, bu nafaqat sistinuriya, balki siydik infektsiyasi va tosh paydo bo'lishi bilan birga keladigan siydikning turg'unligidan kelib chiqadi.

Siydik kislotasi (urat) toshlari siydik kislotasi hosil bo'lishi va chiqarilishi kuchayganda yoki normal miqdorda bo'lib, lekin kristallarning parchalanishiga to'sqinlik qiluvchi past pH darajasida paydo bo'ladi. Giperurikemiya leykemiya va katta yoshdagi bolalarda glikogen saqlash kasalligining ayrim shakllarida kuzatiladi. Uratlar odatda yumaloq shaklga ega, kamdan-kam hollarda tosh bo'shlig'ida katta o'lchamlarga yetadi, lekin ba'zida siydik pufagida joylashganida kaptar tuxumining o'lchamiga ega oksalat toshlari oksaloz yoki oksaluriya tufayli hosil bo'ladi, bu kam uchraydigan tug'ma kasallik bo'lib, oksalatlarning sintezi kuchayishi va siydik bilan chiqarilishining ko'payishi (kuniga 15-40 mg dan ortiq) bilan tavsiflanadi. Oksalat kristallari buyraklarda to'planib, nefrokalsinoz yoki nefrolitiazni keltirib chiqaradi, shuningdek, keyinchalik uremiyaning rivojlanishi bilan birlashadi. Ko'pgina toshlar kichik o'lchamli, to'q jigarrang rangga ega va rentgenokonstrastdir. Ularning tikanli yuzasi sanchiq va siydik yo'llarining obstruktsiyasini keltirib chiqaradi.

Erta yoshda, ba'zan hayotning birinchi yilida gematuriya yoki siyish paytida toshlarning o'tishi ko'rinishida dastlabki alomatlar paydo bo'ladi. Bunday bemorlarda giperkaltsiuriya (kaltsiy oksalat toshlari) va siydikning yuqori zichligi mavjud. Kasallikning rivojlanish tezligi har xil bo'lib, ba'zi bolalar hayotning dastlabki 10 yilida, boshqalari esa keyingi

yoshda vafot etadi. Ba'zida sezilarli oksaluriyasiz va yaxshi prognozli oilaviy oksalatli urolitiaz holatlari mavjud.

Fosfat toshlari kaltsiy fosfat va magniy ammoniy fosfatdan iborat bo'lib, oq yoki oq-sariq rangga ega. Odatda, bu toshlarning shakllanishi og'ir infektsiya va ishqorli siydik bilan bog'liq.

Toshlarning shakllanishiga hissa qo'shadigan mexanik sabablar orasida biz quyidagilarni nomlaymiz: a) bemorning uzoq vaqt immobilizatsiyasi (masalan, osteomielit va paraplegiya bilan), bu siydikning turg'unligi va giperkaltsiuriya (suyak dekaltsifikatsiyasi) bilan birga keladi; b) siydikning turg'unligi bilan kechadigan siydik yo'llarining turli xil obstruktsiyasi (gidronefroz, pelviureteral segmentdagi obstruktsiya va boshqalar); c) toshning yadrosi bo'lib chiqishi mumkin bo'lgan siydik pufagida begona jismning mavjudligi.

Endemik siydik tosh kasalligi. Siydik tosh kasalligi ko'pincha bolalarda kuzatiladi, bu kasallik endemik bo'lgan hududlarda (O'rta Osiyo, Armaniston, Shimoliy Kavkaz va boshqalar) yashaydigan bolalarda kuzatiladi. Bunday holda, toshlarning lokalizatsiyasi asosan siydik pufagida qayd etiladi. O'g'il bolalar tez-tez kasal bo'lishadi. Ko'pgina hollarda, endemik toshlar siydik kislotasi yoki kaltsiy urat, ba'zida kaltsiy oksalatlaridan iborat.

Bugungi kunga kelib, endemik toshlarning etiologiyasi noma'lum bo'lib qolmoqda, ammo ularning rivojlanishiga bir nechta omillar, jumladan, parhez omillari ta'siri shubhasizdir. MakGarrison tanadagi A vitaminining yetishmasligi toshlarning paydo bo'lishiga yordam berishini aniqladi, boshqa mualliflar buni rad etishadi. Endemik toshlarning paydo bo'lishida past proteinli parhezning va suvsizlanishning ma'lum roli taxmin qilinadi.

Endemik siydik tosh kasalligining klinik ko'rinishi siydik yo'llarida toshlarning lokalizatsiyasiga va ulardagi infektsiyaning to'planishiga bog'liq. Tos bo'shlig'i va jomlardagi toshlar siydik yo'llarining pastki qismiga tushishi mumkin, bu esa odatda siydik yo'llarining sanchig'iga sabab bo'ladi. Ikki tomonlama siydik yo'lidagi toshlar anuriyaga olib kelishi mumkin. Quviqdagi toshlar ko'pincha siydikni o'tkir tutilishiga olib keladi. Siydik tosh kasalligili bolalarning taxminan 30% siydik yo'llari infektsiyasiga ega. Tashxis klinik va rentgenologik ma'lumotlar asosida amalga oshiriladi.

Siydik chiqarish yo'llarining idiopatik toshlari. Idiopatik toshlar siydik yo'llari infektsiyasi bilan paydo bo'lishi mumkin. Shu bilan birga.

siydik yo'llari infeksiyalarining rivojlanishida toshlarning predispozitsiya qiluvchi roli ma'lum. Siydik chiqarish yo'llarida ustun lokalizatsiya bilan steril toshlar deb ataladigan holatlar tasvirlangan.

Idiopatik toshlar asosan 2-3 yoshli bolalarda, o'g'il bolalarda qizlarga qaraganda ko'p kuzatiladi. Buyrak jomi va siydik yo'llarida toshlarning lokalizatsiyasi, ularning ko'pligi va ikki tomonlama shikastlanishlari ko'p uchraydi. Toshlar kaltsiy fosfat, magniy fosfat va ammoniydan hosil bo'ladi. Katta toshlar mavjud bo'lganda, ko'pincha infeksiya *Proteus* bilan, *E. Coli* va boshqa bakteriyalar bilan kamroq uchraydi.

Infeksiyalangan toshli bemorlarda siydik yo'llarining kengayishi kuzatiladi va ko'pincha mavjud tosh obstruktsiyasining asosiy yoki ikkilamchi ekanligini aniqlash qiyin. Infeksiyalangan toshlar vesikoureteral reflyuks bo'lmasa paydo bo'lishi mumkin.

Hozirgi kunga qadar siydik yo'llarida idiopatik toshlarning paydo bo'lishining sababi noma'lum bo'lib qolmoqda. Aksariyat mualliflar siydik yo'llari infeksiyasini tosh paydo bo'lishining eng katta sababi deb bilishadi. Katta ogohlantirish bilan parhez va metabolik kasalliklar, suvsizlanish va boshqalar kabi predispozitsiya qiluvchi omillarga yo'l qo'yiladi. Idiopatik urolitiazning klinik ko'rinishi siydik yo'llarida toshlarning mavjudligi, qaytalashlar orasida doimiy yengil proteinuriya bilan og'ir siydik infeksiyasi kuzatiladi. Buyrak sanchig'i rivojlanishi bilan gematuriya kuzatiladi; bel sohasidagi og'riqlar izolyatsiya qilingan siydik infeksiyasiga qaraganda ko'p sodir bo'ladi. Kamdan kam hollarda poliuriya va uremiya belgilari siydik tosh kasalligining klinik ko'rinishida (odatda ikki tomonlama shikastlanishlar bilan) birinchi o'rinda turadi.

Davolash usullari

Siydik tosh kasalligini davolashda uning sababini aniqlash katta ahamiyatga ega, uning tabiatiga muvofiq tegishli terapiya o'tkaziladi. Bemordagi toshlarning tarkibini ma'lum bir ehtimollik bilan aniqlash uchun siydik sinamalari (aniqlangan tuzlarning tabiati), siydikning pHi, sitobakteriologik tadqiqotlar ma'lumotlari, shuningdek, oldingi toshlarning mumkin bo'lgan o'tishi va boshqalar, ularning tarkibini o'rganish hisobga olinadi. Terapevtik taktikalar ko'p jihatdan toshlarning tarkibi, soni va hajmiga, ularning joylashishiga, shakliga bog'liq.

Shuni ta'kidlash kerakki, siydik o'tishiga xalaqit beradigan va aniq klinik belgilar bilan yuzaga keladigan katta toshlar mavjud bo'lsa, joylashuvdan qat'i nazar, jarrohlik aralashuv talab etiladi. Biroq, hatto

juda jiddiy kasallik bo'lgan ikki tomonlama nefrolitiaz ham har doim ham sub'ektiv belgilar bilan namoyon bo'lmaydi; Buyrakda tosh bo'lgan odam ham ko'pincha uzoq umr ko'rishi mumkin. Ammo agar tosh surunkali siydikni tutilishiga olib keladigan bo'lsa va unga infektsiya qo'shilsa, u holda piyelonefrit va pionefroz paydo bo'ladi va buyrak ishdan chiqadi. Ushbu ikkita ekstremal variant o'rtasida ko'plab oraliq variantlari mavjud. Shuning uchun, siydik tosh kasalligi davo chorasini tanlash qat'iy individual bo'lishi kerak.

Bemorlarga ko'p miqdorda suyuqlik berilganda kichik toshlar o'z-o'zidan o'tib ketishi mumkin, bu ham siydik konsentratsiyasining pasayishi tufayli yangi toshlarning paydo bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Qaytalashlarning oldini olish uchun kun davomida bir xil poliuriyani ta'minlash, siydik zichligiga 1010-1012 gacha erishish kerak.

Sistin toshlari uchun penitsillinamin sistinuriyani davolashda muvaffaqiyat bilan qo'llaniladi, bu sistein bilan birlashganda ko'proq eriydigan birikmalar hosil qiladi. Preparat 30 mg/kg dozada buyuriladi, bu esa chiqarilgan sistin nazorati ostida o'zgaradi. Penitsillinaminning optimal dozasi siydikda sistinning chiqarilishini kuniga 100 mg gacha kamaytirish uchun hisoblanadi. Siydikdagi sistinni miqdoriy aniqlashning iloji bo'lmasa, introprussid testi qo'llaniladi. Penitsillinaminni qo'llash davrida yangi toshlar hosil bo'lmaydi va mavjudlari o'z-o'zidan o'tib ketadi. Davolash ba'zida yon ta'sirlar bilan birga keladi - anemiya, agranulotsitoz, qizamiq kabi toshma. Tsistinuriya uchun parhez terapiyasi protein va metioninni cheklash bilan bog'liq, ammo shuni yodda tutishimiz kerakki, bolalik davrida bunday parhezdan uzoq muddatli foydalanish salbiy azot balansining rivojlanishi tufayli xavflidir.

Uratlar uchun terapevtik chora-tadbirlar kompleksida ko'p miqdorda siydik kislotasi bo'lgan mahsulotlarni cheklash, shuningdek, siydikni ishqorini (natriy bikarbonat va boshqalar) bilan ta'minlaydigan preparatlarni kiritish bilan parhez qo'llash tavsiya etiladi. Urat toshlarini davolashda alopurinol ham qo'llaniladi, bu ksantinoksinaza ingibitori bo'lib, bu gipoksantinining ksantinga va ksantinining siydik kislotasiga o'tishini ingibirlashga olib keladi. Giperurikemiya bilan og'rigan bemorlarga (7 mg% dan ortiq) Alopurinol 10 mg/kg dozada buyuriladi.

Ko'p hollarda oksalat toshlari jarrohlik yo'li bilan olib tashlanishi kerak. Siydikning pH darajasini to'g'irleydigan dori-darmonlarni qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki kaltsiy oksalat toshlari har qanday reaksiyada

yomon eriydi (har qanday tabiatdagi nefrokalsinozni yo'q qilish uchun vositalar yo'q).

Fosfat toshlari uchun, terapevtik chora-tadbirlar kompleksida, davriy o'zgarishlar, go'sht parhezi bilan uzoq muddatli antibiotiklardan foydalanish, shuningdek siydikni (ammiak xlorid va boshqalar) kislotalashga yordam beradigan vositalarni buyurish tavsiya etiladi.

Endemik, idiopatik va boshqa turdagi tosh shakllanishi holatlarida davolash odatda qisqa muddatli (1-1/5 yil) dinamik kuzatuvdan so'ng, o'z-o'zidan o'tib ketmasa va toshlar hajmining tobora ortib borayotganini jarrohlik yo'li bilan olib tashlashga to'g'ri keladi. Qaytalashlar juda kam uchraydi. Ammo shuni yodda tutish kerakki, agar siydik yo'llari infektsiyasi rivojlansa, operatsiyadan oldin va keyin antibakterial terapiya zarur.

Buyrak tosh kasalligi mavjud bo'lgan bolalar doimiy tibbiy nazorat ostida bo'lishi kerak. Agar buyrak toshining (toshlarining) mavjudligi og'ir klinik belgilar bilan birga bo'lmasa, lekin davriy tadqiqotlar (siydik tahlili, urografiya) buyrak funktsiyasining progressiv pasayishini va kosacha yoki jomlarning kengayishini ko'rsatsa, jarrohlik aralashuvi shubhasiz ko'rsatiladi.

Siydik tosh kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolash usulini tanlash, shuningdek, umumiy tibbiy taktikani tanlash individualdir va toshlarning soni, hajmi, shakli va lokalizatsiyasi bilan belgilanadi. Bu ko'proq buyrak toshlariga tegishli bo'lib, unda ma'lum bir jarrohlik konservatizmi bilan bartaraf etiladi. Jarrohlik paytida uning zarurati buyrak funktsiyasining sezilarli darajada buzilganligi va aniq anatomik o'zgarishlar bo'lsa ham, toshni olib tashlash va siydikning turg'unligi va surunkali siydik infektsiyasini keltirib chiqaradigan boshqa sabablarni bartaraf etish buyraklar faoliyatining qisman tiklanishiga olib kelishi mumkinligi bilan bog'liq, bu esa takroriy tosh shakllanishini to'xtatishga yordam beradi.

Shu yo'l bilan, bolalarda siydik tosh kasalligi uchun nefrektomiya eng qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi, faqat kalkulyoz pionefroz va qaytarilmas gidronefroz va piyelonefrit natijasida faol parenximaning sezilarli darajada yo'qolishi, tosh shakllanishining qaytalashlarini keltirib chiqaradi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi

O'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BY) giperazotemiya, atsidoz, oligoanuriya va siydikning past nisbiy zichligi bilan kechadigan buyraklarning gomeostatik funktsiyalari buzilishining tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Hozirgi vaqtda o'tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqaradigan omillarning uchta asosiy guruhi mavjud: 1) buyrak qon oqimining pasayishi bilan gipotenziya yoki gipovolemiyaga olib keladigan prerenal sabablar (travma va jarrohlik aralashuvlar, kuyishlar, qon ketish, suvsizlanish va boshqalar tufayli shok); 2) buyrak sabablari, Jeyms (1968) fikriga ko'ra, haqiqiy buyrak yetishmovchiligining rivojlanishini belgilaydi, shu jumladan: gemolitik-uremik sindrom va septik shokda o'tkir tomir ichidagi koagulyatsiya; glomerulonefrit va pielonefrit; nefrotoksik moddalar (og'ir metallar, sulfanilamidlar va boshqalar) ta'siri natijasida buyraklarning o'tkir nekrozi, birinchi navbatda quvurli nekroz bilan namoyon bo'ladi va miyoglobinuriya va boshqa belgilar bilan birga keladi; leykemiya, limfogranulomatoz; buyrak agenezisi va ularning rivojlanishining boshqa anomaliyalari; 3) buyrakdan siydik chiqarishda qiyinchilikka olib keladigan postrenal sabablar - siydik yo'llarining malformatsiyasi; toshlar, gematomalar; buyrak o'smalari va boshqalar.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi yuqorida sanab o'tilgan omillardan birining ta'siri yoki ularning ba'zilarining kombinatsiyasi natijasida rivojlanishi mumkin. O'tkir buyrak yetishmovchiligida buyraklardagi turli morfologik o'zgarishlarning tavsifi qisman uning paydo bo'lishining ko'plab sabablari bilan bog'liq. Buyraklar, qoida tariqasida, kattalashgan va rangpar rangga ega (mag'iz to'q qizil va po'stloq qismi oq). N.A.Lopatkin (1972) ma'lumotlariga ko'ra, o'tkir buyrak yetishmovchiligi kanalchalarning kamida 70% ta'sirlanganda rivojlanadi, bunda bo'shlig'i kengayishi, shish, epiteliy hujayralarining tekislanishi va nekrozi, ayrim hollarda - tubulorreksis aniqlanadi. Buyrak interstitiumining shishishi va infiltratsiyasi qon tomirlari va kanalchalar bo'shlig'ining siqilishiga olib keladi, keyinchalik ularning funktsiyasini buzadi va buyrak qon oqimining pasayishiga olib keladi. Odatda glomerulyarlarda kichik

o'zgarishlar mavjud bo'lib, ular mos ravishda glomerulo- va piyelonefritda aniqroq namoyon bo'ladi.

Tekshirish usullari

O'tkir buyrak yetishmovchiligi bemorlarda diurezning keskin va sezilarli darajada pasayishi (oligoanuriya va anuriya) asosida giperazotemiyaning tez o'sishi va siydikning solishtirma og'irligining pasayishi bilan tashxislanadi. Muayyan vaziyatga qarab kerakli tadqiqot usullari o'tkir buyrak yetishmovchiligining sababini tushunishga, gomeostaz buzilishlarining tabiati va darajasini aniqlashga va mumkin bo'lgan boshqa asoratlarni aniqlashga qaratilgan bo'lishi kerak. Siydik va qon tahlillari (umumiy va biokimyoviy tahlillar, kislota-ishqor holatini aniqlash va boshqalar)hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Asosiy klinik shakllari

Ko'pgina mualliflar o'tkir buyrak yetishmovchiligi davrida to'rtta davrni ajratib ko'rsatishadi: 1) boshlang'ich, 2) oligo-anurik, 3) diurez va poliuriyani tiklash, 4) tiklanish davlari.

Odatda bir necha soatdan 2-3 kungacha davom etadigan dastlabki davrda o'tkir buyrak yetishmovchiligining sababiga xos belgilar aniqlanadi. Simob bilan zaharlanganda oshqozon-ichak traktining buzilishi kuzatiladi, mos kelmaydigan qon quyishda gemolitik shokning klinik ko'rinishi paydo bo'ladi. Bu davrda diurez sutkada 600-800 ml gacha kamayadi, siydik zichligi 1014-1015 gacha kamayadi, ba'zan normal holatda qoladi. Siydikdagi o'zgarishlar, agar bu kasalliklar o'tkir buyrak yetishmovchiligining sababi bo'lsa, glomerulonefrit yoki pielonefritni ko'rsatishi mumkin.

Odatda 8-10 kun davom etadigan oligoanurik davr diurezning tez (bir necha soat ichida) va sezilarli pasayishi (60-100 ml/kungacha) va siydik zichligining pastligi (1012 dan past) bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarda past darajadagi isitma va zaiflik shikoyatlari paydo bo'lishi mumkin. Giperazotemiya (kreatinin 0,24 g/l gacha ko'tariladi), atsidoz (standart bikarbonatlar 9 mmol/l gacha kamayadi) va suv-elektrolitlar buzilishi (giperkalemiya, suyultirish giponatremiya, gipervolemiya va boshqalar) bilan anoreksiya, ko'ngil aynishi va qusish paydo bo'ladi. Bemorlarda suyuqlikni iste'mol qilishni cheklamasa, uyquchanlik va yuzning shishishi paydo bo'ladi. Teri rangi oqarib ketgan, ba'zida tirnalgan va qon quyilgan. Ba'zi bemorlarda oshqozon-ichak

traktining shilliq qavatida yaralar paydo bo'ladi, kamroq qon ketish, shuningdek, buyrak kapsulasining cho'zilishi bilan bog'liq bo'lgan meteorizm va qorin og'rig'i. Qabziyat diareya bilan almashadi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan taxikardiya va ba'zida ekstrasistola kuzatilishi mumkin. Qon bosimi odatda normal yoki kamayadi, ba'zan esa ko'tariladi, bu osh tuzi va suyuqlikni cheksiz iste'mol qilish bilan bog'liq. Haddan tashqari gidratsiya natijasida o'pka shishi, gipervolemiya va periferik shish belgilari paydo bo'lishi mumkin. Og'ir atsidoz Kussmaul tipidagi nafas qisilishi bilan kechishi va koma bilan yakunlanishi mumkin. Eklamptik konvulsiyalar miya shishi mavjudligini ko'rsatadi, ba'zi bemorlarda tetaniya gipokalsemiya sababli yuzaga keladi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligining oligoanurik davrida qoldiq azot (normalda 0,2-0,4 g/l) va karbamid miqdori 3-5 g/l gacha, kreatinin - 0,24 g/l (normalda - 0,02 g/l) gacha ko'tariladi, giponatremiya 118 mmol/l (odatda 135-145 mmol/l), giperkalemiya - 9 mmol/l (odatda 4,5-6 mmol/l) va gipokalsemiya 4 mmol/l dan past (odatda 4,5-5 mmol/l) ga yetishi mumkin. Gemoglobin darajasi ba'zan 30 birlikgacha kamayadi, leykotsitoz yallig'lanish belgilari bo'lmasa ham 30 000 ga yetadi. Endogen kreatinin klirensiga asoslangan glomerulyar filtratsiya 20-15 ml/min gacha kamayadi, siydik zichligi 1012 dan past bo'ladi, uning reaksiyasi ishqoriy bo'ladi (pH 7,0 dan yuqori). Gematuriya va miyoglobinuriya bo'lganda siydik rangi qizil rangga kiradi; proteinuriya odatda kichik (0,5-2 g/l), glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda 9 g/l gacha ko'tariladi va tez-tez; leykotsituriya ham bo'lishi mumkin.

Diurez va poliuriyaning tiklanish davri o'tkir buyrak yetishmovchiligining qulay kursi bilan kuzatiladi va diurezning 3-5 l/kungacha asta-sekin o'sishi bilan tavsiflanadi. Jigarrang va qizil siydik normal rangga o'zgaradi. O'tkir buyrak yetishmovchiligining poliurik bosqichi 2-3 hafta davom etadi. Bemorlarning umumiy ahvoli yaxshilanadi, qon bosimi normallasadi. Keyingi kunlarda giperazotemiya va haddan tashqari hidratsiya bartaraf qilinadi, ba'zi hollarda kamqonlik uzoq vaqt davom etadi. Biroq, suyuqlik va elektrolitlar yo'qotilishi to'ldirilmasa, suvsizlanish (terining quruqligi va shilliq pardalari), gipokaliemiya (letargiya, apatiya, mushak gipotoniyasi) va haqiqiy giponatremiya rivojlanadi.

Glomerulonefrit va boshqa buyrak kasalliklari tufayli o'tkir buyrak yetishmovchiligida proteinuriya va siydik cho'kmasining o'zgarishi kuzatiladi.

6-12 oy davom etishi mumkin bo'lgan tiklanish davri buyraklar faoliyatini bosqichma-bosqich tiklash bilan tavsiflanadi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi tiklanish, kamdan-kam hollarda surunkali buyrak yetishmovchiligiga o'tish yoki buyrakni ishdan chiqishiga olib kelishi mumkin.

O'tkir buyrak yetishmovchiligini farqlash kerak: 1) siydik yo'llarining mexanik obturatsiyasi bilan (tosh, o'sma va boshqalar), bu siydik pufagining kattalashishi yoki qorin bo'shlig'ida shish buyrak jomi siydik bilan uning chiqmasligi natijasida paydo bo'lishi bilan birga keladi. Ushbu bemorlarda O'BY bo'lgan bolalardan farqli o'laroq, siydik hosil bo'lishi buzilmaydi, siydikning o'ziga xos og'irligi normal bo'ladi. Shu bilan birga, bunday oligoanuriyani 4-5 kun davomida saqlanib turganda, giperazotemiya va O'BYning boshqa belgilari rivojlanishi mumkin; 2) o'tkir glomerulonefrit bilan, unda dastlabki bosqichda oligoanuriya kuzatilishi mumkin (diurezning kuniga 200-400 ml gacha kamayishi), ammo siydikning o'ziga xos og'irligi normal bo'lib qoladi.

Davolash usullari

Terapevtik chora-tadbirlar o'tkir buyrak yetishmovchiligining sabablarini bartaraf etishga, gomeostazning paydo bo'lgan buzilishlarini tuzatishga, turli xil asoratlarni oldini olishga va bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Dastlabki davrda gipovolemiyaga olib keladigan kasalliklar va operatsiyadan keyingi davrda rivojlangan O'PNda aylanma qon hajmini tiklashni ta'minlaydigan miqdorda Ringer eritmasini, natriy xlorid va glyukozaning izotonik eritmasini (5 %) tomir ichiga yuborish kerak. O'BYning oligoanurik bosqichida miya shishi, o'pka va yurak-qon tomir yetishmovchiligining rivojlanishi ehtimoli tufayli xavfli bo'lgan gipergidratatsiyaga qarshi kurashish uchun nol suv muvozanatini saqlash kerak (qabul qilingan suyuqlik miqdori siydik, najas va qusish bilan chiqarilgan suyuqlik miqdoriga teng bo'lishi kerak). Oligoanuriya boshlanganidan keyingi dastlabki 2-3 kun ichida mannitol (1 g/kg vazn) 15-20% eritmada (60-80 tomchi/min), shuningdek furosemid (kuniga 100-300 mg gacha) va boshqa diuretiklarni yuborish mumkin.

Giperazotemiyanı kamaytirish uchun protein iste'molini kuniga 18-20 g gacha cheklash va ro'za tutish paytida kuzatiladigan to'qimalarning

giperkatabolizmini oldini olish uchun yuqori kaloriyalı oziq-ovqat bilan ta'minlash kerak bo'ladi. Giperkalemiya bo'lsa, tarkibida ko'p miqdorda kaliy bo'lgan ovqatlar chiqarib tashlanadi, 40% glyukoza eritmasi tomir ichiga yuboriladi (kaliy ularda glikogen to'planganda hujayralarga o'tadi), kaltsiy glyukonatning 10% eritmasi, shuningdek 3-4% natriy gidrokarbonat eritmasi 100-150 ml gacha. Agar atsidoz mavjud bo'lsa, natriy bikarbonat standart bikarbonatlar yetishmovchiligiga mos keladigan miqdorda qo'llaniladi. Agar qonning ishqoriy zaxirasini o'rganishning iloji bo'lmasa, natriy gidrokarbonatni qo'llash qon bosimi nazorati ostida kichik dozalardan (0,5 g dan) boshlanadi.

Og'ir anemiya (gemoglobinning 30 birlikgacha pasayishi) bo'lsa, takroriy qon quyish tavsiya etiladi. Konservativ davo ta'siri bo'lmasa, peritoneal dializ yoki gemodializ buyuriladi. O'tkir buyrak yetishmovchiligida gemodializ uchun ko'rsatmalar disorientatsiya, qusish, giperkalemiya 7 mmol/l dan, giperazotemiya 24 mmol/l dan (140 mg%), shuningdek, og'ir atsidoz (ishqoriy zahira 13 mmol/l dan past) bo'lgan bolalarning og'ir holatidir.

5-BOB. QON VA GEMOPOETIK TIZIM KASALLIKLARI

Gematopoetik tizim kasalliklari bo'lgan bolalarni davolash uzoq vaqtdan beri pediatrlarning vakolati hisoblanadi. Qon kasalliklari bo'lgan bolalarni davolashda jarrohlarning ishtiroki haqida birinchi eslatmalar juda uzoq davrga tegishli bo'lishiga qaramay, gematologik kasalliklar jarrohligi tushunchasi aslida so'nggi 10-15 yil ichida rivojlangan.

Bolalarga ixtisoslashtirilgan yordamning izchil rivojlanib borishi sharoitida, gematolog malakasiga ega bo'lgan pediatriya shifokorining roli qon kasalliklarini tashxislash va davolashda ustun bo'lib qolishi bilan birga, bolalar jarrohining haqiqiy mustahkamlashi va amaliy ishtirokini talab qiladi.

Gematopoetik tizim kasalliklarining zamonaviy diagnostikasi asosan an'anaviy ravishda jarroklar qo'lida to'plangan bemorni tekshirishning instrumental usullariga asoslangan.

Pediatr-gematologlarning fikriga ko'ra, ixtisoslashgan bo'limlar va klinikalarda ular suyak iligi, taloq, jigar, limfa tugunlarini ponksiyon qilish kabi "paraxirurgik" usullarni to'liq o'zlashtirganliklarini ta'kidlash kerak; jigar, buyraklarning punksiyon biopsiyasi; suyak iligi trepanobiopsiyasi va boshqalar.

Qon va uning tarkibiy qismlarini quyish, donorlardan yig'ish va suyak iligini retsipientlarga quyish (medulloterapiya) ilgari rasmiy ravishda jarrohlik manipulyatsiyasi toifasiga kiruvchi bolalar gematologiya shifoxonalari amaliyotiga ham keng kirib keldi.

Intensiv terapiya usullarini biladigan pediatr-gematologlar ko'pincha favqulodda holatlarda jarroklar yoki anesteziologlarning kelishini kutmasdan o'mrovosti arteriyani kateterizatsiya qilishga murojaat qilishlari kerak, garchi bunday holatlarda ikkinchisining yordami asoratlar ehtimoli tufayli juda zarur.

Nihoyat, to'g'ridan-to'g'ri limfografiya paytida oyoqlarning izolyatsiya qilingan va tayyorlangan limfa tomirlariga kontrast moddani kiritish kabi "kichik" bo'lsa-da, jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladigan manipulyatsiya gematologlar tomonidan to'liq o'zlashtirildi va ixtisoslashgan shifoxonalar amaliyotiga qat'iy kiritildi.

Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu usullarni ishlab chiqish va ularni bolalar gematologlari amaliyotiga joriy etish bolalar jarrohlari va anesteziologlarining ko'magi va bevosita ishtiroki bilan sezilarli darajada osonlashdi.

O'z navbatida, nazariy va klinik gematologiya yutuqlari va konservativ terapiya usullarini takomillashtirish bolalarda qon tizimi kasalliklariga jarrohlik aralashuv ko'lamini kengaytirish uchun zarur shart-sharoitlar va imkoniyatlarni yaratdi.

Limfa tugunlarining diagnostik biopsiyasi, ikkinchisining konglomeratlarini keng olib tashlash, bolalarda yomon sifatli limfomalarni birgalikda davolash (kimyoterapiya va nur terapiyasi bilan birga) bosqichi sifatida; limfogranulomatoz uchun eksplorativ laparotomiya (exploratio - o'rganmoq, aniqlamoq); bir qator gematologik kasalliklar uchun taloqni olib tashlash; gemofiliya bilan og'rikan bolalarda gemartrozning oqibatlarini jarrohlik yo'li bilan davolash va boshqalar bolalarda qon tizimi kasalliklari muammolarida jarrohlik yo'nalishini shakllantirishga yordam beradi. Tabiiyki, bu jarrohlik yo'nalishi qat'iy ravishda bolalardagi gematologik kasalliklarning kechishining o'ziga xos xususiyatlariga, shuningdek, pediatriya doirasida qoladigan butun bola tanasining yoshga bog'liq xususiyatlariga asoslanishi kerak.

Shunday qilib, hatto instrumental va jarrohlik aralashuvlarning yuzaki ro'yxati ham hozirgi bosqichda bolalarda qon kasalliklarini tashxislash va davolashda muhim rol o'ynashini ko'rsatadi.

Biz diagnostika va davolashda jarrohlik manipulyatsiyasi mutlaqo zarur bo'lgan yoki tanlov usullari bo'lgan ba'zi nozologik birliklarni ko'rib chiqamiz.

Limfogranulematoz

"Xaflı limfomalar" atamasi bilan birlashtirilgan kasalliklar guruhidan limfogranulomatoz bolalarda eng ko'p uchraydi. Umuman olganda, limfogranulomatozning boshlang'ich to'qimalarining tuzilishi haqidagi savol shubha tug'dirmaydi - bu gematopoetik to'qimalar.

So'nggi yillarda jahon onkologematologiyasida limfogranulomatozni o'sma xarakteridagi kasallik sifatida qarash paydo bo'ldi, birlamchi o'choqdan asosan limfogen metastaz orqali tarqaladi, ko'pincha patologik jarayon limfa tizimidan tashqariga chiqadi.

Bolalarda granulomatoz jarayonning eng keng tarqalgan birlamchi lokalizatsiyasi bo'yin limfa tugunlari (68,7%) va ko'ks oralig'i (20%) bo'lib, kasallikning dastlabki davrining klinik ko'rinishini belgilaydi. Kamdan kam uchraydigan birlamchi shikastlanishlar qo'ltiq osti, chov, retroperitoneal va boshqa limfa tugunlari, shuningdek, taloqning

shikastlanishini o'z ichiga oladi. Taloq, jigar, buyraklar, oshqozon-ichak trakti va boshqalar ta'sirlanadigan limfogranulomatozning visseral shakllarini tashxislash juda qiyin va maxsus tadqiqot usullarini talab qiladi. Ushbu shakllar bolalarda paydo bo'lishiga qaramay, xayriyatki, juda kamdan-kam hollarda pediatri ularning mavjudligini unutmasligi kerak.

Limfogranulomatozning zamonaviy xalqaro klinik tasnifi patologik jarayonning tarqalishi printsipiga asoslanadi:

I bosqich - lokal shakli: limfa tugunlarining bir yoki ikkita qo'shni guruhiga zarar yetishi;

II bosqich - regional shakli: ikki yoki undan ortiq qo'shni bo'lmagan limfa tugunlari guruhiga zarar yetishi, lekin diafragmaning bir tomonida (odatda yuqoriroq);

III bosqich - umumlashgan shakl: diafragmaning yuqorisida va ostida joylashgan ikki yoki undan ortiq limfa tugunlari guruhining shikastlanishi, taloqning jarayonda ishtirok etishi;

IV bosqich - tarqalgan shakl: jarayonning limfa tizimidan tashqariga tarqalishi suyak iligi, o'pka, plevra, jigar, buyraklar, teri va boshqalarning shikastlanishi bilan.

Har bir bosqichda kasallikning umumiy belgilari (holsizlik, isitma, terlash, qichishish va boshqalar) yo'qligi (A) yoki mavjudligi (B) ga qarab ikkita guruh farqlanadi.

Albatta, bu tasnif, har qanday, hatto eng mukammali kabi, kasallikning klinik kursining butun xilma-xilligini aks ettira olmaydi. Aytgancha, jarayonning qat'iy bosqichli tabiati har doim ham kuzatilmaydi va shuning uchun zarar ko'lamini "bosqich" emas, balki "daraja" atamasi yordamida baholash to'g'riroqdir. Shu bilan birga, o'sma jarayonining tarqalishini tavsiflovchi tasnifni dialektik tushunish limfogranulomatozli bemorlarni davolashga yanada oqilona yondashishga yordam beradi.

Tekshirish usullari

Haligacha klassik bo'lib qoladigan kasallikning birinchi gistologik tavsiflaridan boshlab, asosiy rasmiy belgi, ya'ni tashxis qo'yishning huquqiy asosi o'simtaga o'xshash limfa tugunlarida Berezovskiy-Sternberg hujayralarining mavjudligi hisoblanadi.

Limfa tugunlarining punktatlari sitologik tekshirishning diagnostik ahamiyati, ayniqsa bemor birinchi marta shifokorga murojaat qilganda, nisbatan kichikdir. Punktatda tipik Berezovskiy-Sternberg

gigant hujayralarining yo'qligi ularning xuddi shu kattalashgan limfa tugunining boshqa joylarida bo'lish ehtimolini istisno qilmaydi (hujayralar aspiratsiya qilingan materialga kira olmaydi) va shuning uchun limfogranulomatoz haqidagi taxminni tasdiqlash uchun yoki uni istisno qilish uchun asos bo'la olmaydi. Faqat ilg'or holatlarda, jarayonni umumlashtirish bosqichida, limfogranulomatoz tashxisi 77,3% da limfa tugunlarining punktsiasi bilan tasdiqlangan. Shunday qilib, limfogranulomatoz tashxisini qo'yish uchun bitta yoki bir nechta ta'sirlangan limfa biopsiyasi keyingi gistologik tekshiruv bilan tugunlar bilan mutlaqo majburiydir.

Mediastinning limfa tugunlarida patologik jarayonning birlamchi lokalizatsiyasi bilan, periferik limfatik tugunlarning giperplaziyasi yo'qligi fonida, kasallikning asl mohiyatini aniqlashning yagona usuli diagnostik biopsiya turlaridan biri sifatida mediastinoskopiyaadir.

Asosiy klinik shakllari

Hozirgi vaqtda Limfogran-Lematozning to'rtta asosiy gistomorfologik variantini ajratib ko'rsatish odatiy holdir, bunda Berezovskiy-Sternberg hujayralarining ajralmas mavjudligi mavjud: 1) limfoid o'zgarishi yoki limfohistiotsitik variant; 2) skleronodulyar variant; 3) aralash hujayrali variant; 4) limfoid charchoq yoki diffuz skleroz.

Gistologik bosqichlarga bo'linish hali ham shartli, chunki biopsiya qilingan limfatik tugunlarni o'rganishda ko'pincha (taxminan 20%) limfogranulomatoz o'zgarishlarning turli xil variantlari kombinatsiyasi nafaqat turli limfa tugunlarida, balki bir xil tugunda ham aniqlanadi. Shunga qaramay, ta'sirlangan limfa tugunlaridagi o'zgarishlarning gistomorfologik turlarini ajratish to'plangan ma'lumotlarni tizimlashtirishda ham, limfogranulomatoz uchun morfologik substratning bashoratli qiymatini topishga urinishda ham muhimdir. To'g'ri, hatto limfogranulomaning skleronodulyar varianti bilan ham-eng maqbul, ko'plab tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, sklerotik o'zgarishlar darajasining sezilarli o'zgaruvchanligi qayd etilgan, bu esa ushbu bemorlar guruhidagi prognoz qiymatining ko'rsatilgan belgisini olib tashlaydi. Limfogranulomatozni progностik baholash uchun gistologik belgilardan foydalanishning fundamental imkoniyatlariga qaramay, jarayonning borishi va tarqalishini oldindan aniqlashga imkon beradigan mutlaq mezonlar hali aniqlanmaganligini ta'kidlash kerak.

Limfogranulomatozning to'rtta gistomorfologik variantidan birining oddiy bayonoti individual, optimal davolash rejasini tanlash uchun ishonchli mezonlarni hali taqdim etmaydi.

Ikki tomonlama pastki, to'g'ridan-to'g'ri kontrastli limfografiya eng muhim diagnostika usullaridan biri bo'lib, fizik tekshiruvdan o'tish mumkin bo'lmagan joylarda jarayonning darajasini baholashga imkon beradi. Uning mohiyati quyidagilarga to'g'ri keladi: jarrohlik aralashuvi orqali kontrast modda ikkala oyoqlarning limfa tomirlariga maxsus qurilma yordamida kiritiladi va keyin 18-24 soatdan keyin qorin bo'shlig'ining rentgenogrammasi amalga oshiriladi.

Limfogranulomatozda chov-yonbosh va paraaorta mintaqalarining ta'sirlangan limfa tugunlarining rentgenogrammasi tugunlarning kattalashishi, ularning tuzilishining sezilarli o'zgarishi va qo'shni limfa tugunlaridagi o'zgarishlarning bir xilligi bilan tavsiflanadi; ko'pincha konglomeratlar hosil qiladi; tugunlarning konturlari noaniq; bo'shashgan granulyarlik shaklida tugunlarning bir hil bo'lmagan kontrasti ("sovun ko'pik").

Shunday qilib, to'g'ridan-to'g'ri limfografiya usulining joriy etilishi bilan limfogranulomatozning klinik mahalliy va mintaqaviy shakllariga chalingan bolalarning 30 foizida tos va qorin parda limfa tugunlarida o'zgarishlar mavjudligi aniqlandi, bu esa kasallikning umumiy bosqichidan dalolat beradi. Kasallikning bosqichini aniqlashtirish, tabiiyki, davolash taktikasini o'zgartirishga olib keladi.

Jarayonning umumlashtirilishini, shuningdek, suyak iligi punktatlarida (1% bolalarda) va taloqda (2% da) Berezovskiy-Sternberg hujayralari mavjudligi asosida ham hukm qilish mumkin. Biroq, yuqorida aytib o'tilgan tadqiqot usullari keng qo'llanilishiga qaramay, ba'zi hududlar va organlarning holati shifokor nazoratidan chetda qoldi. Xususan, bu tutqich mintaqasining limfa tugunlari, jigar va taloq portallari va nihoyat, taloqning o'zi uchun amal qiladi.

Shunday qilib, limfogranulomatoz jarayonning haqiqiy tarqalishi haqidagi savol ochiq qoldi.

1966 yilda ushbu masalani hal qilish uchun splenektomiya bilan eksplorativ laparotomiya taklif qilindi. O'tgan vaqt davomida turli xorijiy va mahalliy klinikalar tomonidan to'plangan tajriba limfogranulomatoz uchun ushbu jarrohlik aralashuvni qo'llash maqsadga muvofiqligini ko'rsatadigan ba'zi xulosalar chiqarishga imkon beradi.

Limfogranulomatozda jarayonning ko'lamini aniqlash nuqtai nazaridan laparotomiyaning diagnostik ahamiyati ko'plab mualliflar tomonidan ta'kidlangan. Jarrohlikdan so'ng kasallikning bosqichi 32-46,5% da qayta ko'rib chiqilgan.

Bolalarda limfogranulomatoz uchun splenektomiya bilan eksplorativ laparotomiya hali keng tarqalmagan va faqat ixtisoslashgan klinikalarda qo'llaniladi.

So'nggi yillarda limfogranulomatozli 2-15 yoshli 137 nafar bolada splenektomiya bilan eksplorativ laparotomiya o'tkazildi.

Davolash usullari

Katta yoshdagi bemorlarga qaraganda bolalarda taloq shikastlanishining tez-tez aniqlanishi va shuning uchun limfogranulomatoz bosqichini qayta ko'rib chiqish va aniqlashtirishning ko'proq foizi, ehtimol, bola tanasining yoshga bog'liq xususiyatlari bilan bog'liq bo'lib, ulardan biri bu kasallikka moyillikdir. har qanday patologik jarayonlarni, shu jumladan limfogranulomatozni tezroq umumlashtirish.

Biz maktabgacha yoshdagi bolalarda taloqning limfogranulomatoz jarayonda ishtirok etishini kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lganidan 4-6 oy o'tgach kuzatishimiz kerak. Shu munosabat bilan, shuningdek, bolalarning ixtisoslashgan onkogematologik kasalxonalarga kech kirishini eslatib o'tmaslik mumkin emas. Limfogranulomatoz bilan og'rigan bolalar uzoq vaqt davomida "noaniq etiologiyali limfadenit" tashxisi ostida kuzatilib, kengaygan limfa tugunlari hududida issiqlik va fizik-terapevtik muolajalarni olishlari odatiy hol emas, bu pediatriklarda "onkologik hushyorlik" mavjudligidan dalolat beradi.

Barcha dalillar shuni ko'rsatadiki, limfogranulomatoz jarayonning tarqalish darajasini, shikastlanish ko'lamini (aslida kasallikning bosqichini) baholash va optimal davolash taktikasini tanlash splenektomiya bilan diagnostik laparotomiya holda mumkin emas.

Ekspluatatsiya qilingan Laparotomiyaning bebaho diagnostik imkoniyatlarini tan olgan holda, bolalarda limfogranulomatoz uchun splenektomiyaning terapevtik ahamiyatiga e'tibor qaratish lozim.

Taloq shikastlanishining chastotasi uni mintaqaviy limfa tugunlaridan keyin jarayonning eng ehtimoliy metastaz zonasi deb hisoblashga imkon beradi.

Taloqqa radiatsiya ta'siri (radikal dasturga ko'ra) undagi patologik jarayonni to'liq yo'q qilishga olib kelishi mumkin emas, bu bizning bolalarni kuzatishlarimizdan dalolat beradi, ularning 40% taloq

nurlanishidan 7-12 oy o'tgach (4000-6000 glad). Operatsiya davomida organ shikastlanishi aniqlandi. Taloqdagi patologik jarayonni to'liq bartaraf etishda radiatsiya terapiyasining cheklangan imkoniyatlarini hisobga olgan holda, ta'sirlangan organni "jismoniy olib tashlash" yanada radikal usul ekanligini tan olish kerak. Ta'sirlanmagan taloqni olib tashlash metastaz ehtimolini kamaytiradi. Bundan tashqari, limfogranulomatoz uchun splenektomiya keyingi davolash jarayonida "kasal bolaning tanasiga sitostatik va radiatsiyaviy yuklamani kamaytirishga, gipersplenizm hodisalarini yengillashtirishga, suyak iligining miyelosupressiv dorilarga tolerantligini oshirishga, shuningdek, qo'zg'alishning oldini olishga imkon beradi. Splenektomiyadan so'ng bemorlarda maxsus davolash davrida leykotrombotsitopeniya kam uchraydi.

Splenektomiyadan keyin bolalarda virusli va yallig'lanish kasalliklarining ko'payishi kuzatilmaydi. Splenektomiyaning keyingi nur terapiyasiga ijobiy ta'siri (gemopoezni yengilroq va uzoq davom etadigan bostirish) va katta bolalarda kasallikning retsedivsiz kechishining davomiyligi qayd etildi.

Bolalarda limfogranulomatozning zamonaviy terapiyasining asosi asosiy terapevtik vositalar va usullarni birgalikda qo'llash tamoyilidir: jarrohlik, nur terapiyasi, sitostatik preparatlar. Radikal dastur bo'yicha masofaviy gamma terapiyasi asosiy davolash sifatida kasallikning I - II bosqichlarida qo'llaniladi, bu bemorlarning deyarli 100 foizida remissiyaning keltirib chiqarishga imkon beradi. Biroq, so'nggi yillardagi kuzatishlar shuni ko'rsatdiki, kasallikning uzoq muddatli retsidivsiz kursi ko'rinishidagi yakuniy terapevtik ta'sir reinduksiya kurslari orqali saqlovchi kimyoterapiya bilan ta'minlanadi.

Keltirilgan ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, limfogranulomatozning I-II bosqichlarida gamma-terapiya olgan bolalarning atigi 40 foizida kasallikning 2-5 yil davom etadigan qo'zg'ashsiz kursi bo'ldi. Nurlanishdan keyin 8 oydan 5 yilgacha bo'lgan davrda yuzaga kelgan kuchayishi bolalarning 60 foizida kuzatilgan.

Bolalarda limfogranulomatoz uchun "sof" radiatsiya terapiyasining uzoq muddatli natijalari radikal dastur deb ataladigan dastur unchalik radikal emasligini ko'rsatadi. Bolalarda limfogranulomatoz uchun zamonaviy nur terapiyasi, hali ham hal etilmagan muammolarning ko'pligiga qaramay, keng istiqbolga ega, ayniqsa kimyoterapiya bilan birgalikda. Hozirgi vaqtda bolalarda limfogranulomatozni davolash

uchun polikimyoterapiya dasturi muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. MOPP (dori nomlarining bosh harflari): mustargen (novembixin) — 6 mg/m² tana yuzasi; onkoven (vinkristin) — 1,4 mg/m²; prednizolon — 40 mg/m²; prokarbozin (natulan) — 100 mg/m². MMOPP dasturi bo'yicha davolash 2 haftalik tanaffus bilan ikki haftalik sikllarda amalga oshiriladi. Dastlabki ikkita dori tomir ichiga siklning 1 va 8-kunlarida kiritiladi, oxirgi ikkita dori butun sikl davomida har kuni tabletkalarda qo'llaniladi.

Mustargen siklofosfamid bilan almashtirilgan TsOPP dasturi ham qo'llaniladi.

Mahalliy TsOPP dasturi juda samarali (siklofosfamid 600 mg / m²; siklning 1 va 8 kunida vinblastin 15 mg / m² tomir ichiga; sikl davomida kuniga 40 mg / m² prednizolon va 100 mg / m² prokarbazin). Davolash kursi 2 haftalik interval bilan oltita ikki haftalik sikldan iborat.

To'plangan tajribaga asoslanib, bolalarda limfogranulomatozni davolash tamoyillari quyidagi sxemada taqdim etilishi mumkin.

I-II bosqich - ta'sirlangan periferik limfa tugunlarini olib tashlash - splenektomiya - radikal dastur bo'yicha gamma nurlanish terapiyasi - SVPP dasturi bo'yicha 6 va 12 oydan keyin 3-4 tsikl uchun reinduksion poliximoterapiya.

III bosqich - kengaytirilgan periferik tugunlarni olib tashlash - splenektomiya - SVPP dasturi bo'yicha poliximoterapiya - konsolidatsiyalovchi nur terapiyasi - reinduksion poliximoterapiya.

IV bosqich - poliximoterapiya, simptomatik davolash - agar ko'rsatilsa, palliativ mahalliy radiatsiya terapiyasi. Agar kombinatsiyalangan davolashning ushbu tamoyillari kuzatilsa, remissiyaga erishgandan so'ng uzoq davom etmaydigan kurs (8 yilgacha) I-II bosqichli bolalarning 80,8 foizida va limfogranulomatozning III bosqichi bo'lgan bemorlarning 77 foizida kuzatilgan.

Gipoplastik va aplastik anemiya

Gipoplastik va aplastik anemiya bolalarda og'ir qon kasalliklari hisoblanadi.

Gipo-aplastik anemiya kasalliklarning geterogen guruhi bo'lib, ularni birlashtiradigan umumiy hodisaga asoslangan - suyak iligi gematopoezini inhibirlashdir. Suyak iligining qurish darajasi gematopoezning gipo- yoki aplastik holatini aniqlaydi, bu o'z navbatida periferik qon parametrlarida, klinik ko'rinishning og'irligida, kursning

og'irligi va og'irligida va nihoyat, ma'lum darajada kasallikning prognozini aks etadi. Gematopoez gipo-aplaziyasining rivojlanishiga sabab bo'lgan sabablar miyelotoksik ta'sirga ega bo'lgan turli xil fizik va kimyoviy omillarni o'z ichiga oladi. Biroq, bolalik davrida bemorlarning atigi 10-15 foizida gematopoezga zarar yetkazishning o'ziga xos va haqiqiy sababini aniqlash mumkin, shuning uchun ko'p hollarda kasallikning idiopatik shakli deyiladi. Taxminlarga ko'ra, u yoki bu sabablarga ko'ra gematopoezning asosiy nuqsoni ajdodlarning ildiz hujayralari darajasida sodir bo'ladi, bu esa o'z navbatida barcha gematopoetik mikroblarning yoki tegishli shikastlangan o'zak hujayraning shoxlarining kamayishiga olib keladi. Shuningdek, gematopoetik to'qimalarning mikromuhiti bo'lgan suyak iligi stromasining shikastlanishi, keyinchalik yoki bir vaqtning o'zida gematopoetik hujayralar funktsiyalarining buzilishi bilan bog'liq dalillar mavjud. Taxminlarga ko'ra, u yoki bu sabablarga ko'ra gematopoezning asosiy nuqsoni ajdodlarning ildiz hujayralari darajasida sodir bo'ladi, bu esa o'z navbatida barcha gematopoetik mikroblarning yoki tegishli shikastlangan o'zak hujayraning shoxlarining kamayishiga olib keladi. Shuningdek, gematopoetik to'qimalarning mikromuhiti bo'lgan suyak iligi stromasining shikastlanishi, keyinchalik yoki bir vaqtning o'zida gematopoetik hujayralar funktsiyalarining buzilishi bilan bog'liq dalillar mavjud. Gipo-aplastik anemiyaning ayrim turlarining kelib chiqishi haqida immunologik kontseptsiya ham mavjud. Qisman gipoplastik anemiya bilan og'rigan bemorlarda agregat gemagglyutinatsiya testidan foydalangan holda, bu taxmin bilvosita eritrotsitlarga qarshi va hatto anti-eritrokaryotsitlarga (ya'ni, eritrotsitlarning suyak iligi prekursorlariga qarshi) antitanalarni aniqlash holatlari bilan qo'llab-quvvatlanadi. So'nggi yillarda kuzatuvlar, Botkin kasalligidan keyin tiklanish davrida bolalarda gematopoezning gipo-aplastik holatini rivojlanish imkoniyatini ko'rsatadi. Virusli infektsiyaning gematopoetik ildiz hujayralariga to'g'ridan-to'g'ri ta'siri, shuningdek, immunitetning yanada murakkab mexanizmlari haqidagi taxminlar hali isbotini topmagan.

Nihoyat, bolalarda gipoaplastik anemiyaning tug'ma shakllari (Fanconi, Blackfan-Diamond) mavjudligi gematopoetik kasalliklar uchun genetik jihatdan aniqlangan omillar mavjudligini ko'rsatadi.

Olingan gipoaplastik sharoitlar orasida, gematopoez, o'tkir aplastik anemiya va o'tkir, subakut va surunkali kechadigan gipoplastik anemiya farqlanadi.

Tekshirish usullari

Tashxis klinik ko'rinishga (rangparlik, gemorragiyalar, qon ketish), periferik qon tahlillariga (anemiya yoki pansitopeniya, limfotsitoz) va punksiya va trepanobiopsiya yordamida suyak iligi tekshiruviga asoslanadi.

Asosiy klinik shakllari

Gipo-aplastik anemiya belgilari juda xilma-xil bo'lishi mumkin, ammo asosiylari ikkita sindromdir: anemiya va gemorragik.

Fankoni tipidagi anemiya, qoida tariqasida, jarayonning ancha sekin rivojlanishi, turli xil tug'ma deformatsiyalar (genetik stigmalar) va endokrin yetishmovchilik belgilarining mavjudligi bilan surunkali kurs bilan tavsiflanadi. Yetakchi bo'lganlar - retikulotsitlar sonining kamayishi bilan anemiya sindromi, limfotsitoz bilan o'rtacha leykopeniya. Asta-sekin o'sib borayotgan trombotsitopeniya, chunki suyak iligi asta-sekin kamayib boradi, gemorragik sindromning namoyon bo'lishiga olib keladi. Suyak iligining eritronormoblastik mikroblarining shikastlanishiga asoslangan Blackfan-Diamond tipidagi gipoaplastik anemiyaning tug'ma qisman shaklida leyko- va trombotsitopoezlar uzoq vaqt saqlanib qoladi va shuning uchun gemorragik ko'rinishlar xarakterli emas. Birinchi belgilari ko'pincha erta yoshda paydo bo'ladigan kasallik yillar davom etadi. Kuchlanish davrlari konservativ terapiya ta'sirida klinik remissiyalar bilan kechadi.

Gematopoezning o'tkir aplaziyasi shiddatli, to'satdan boshlanishi va halokatli progressiv kurs bilan tavsiflanadi. Periferik qonda chuqur pansitopeniya va nisbiy limfotsitoz fonida aniq gemorragik sindrom va septik-nekrotik hodisalar rivojlanadi.

Suyak iligida, kasallikning dastlabki davrida, jami panmieloftiz, saqlanib qolgan, issiq qon hosil qiluvchi o'choqlar shaklida kompensatsiya belgilarisiz ajralib turadi.

O'tkazilgan ko'p yillik kuzatuvlar og'ir o'tkir gipo-aplastik anemiyaning yana bir shaklini aniqlashga imkon berdi, bu ba'zi hollarda o'tkir gematopoetik aplaziyaning vaqtinchalik bosqichi bo'lib tuyuladi, ammo shunga qaramay ba'zi xususiyatlarga ega. O'tkir gipoplastik anemiyalar o'tkir aplaziyalardan vaziyatning og'irligining sekin o'sishi, kasallikning uzoq davom etishi va eng muhimi, kasallikning dastlabki bosqichlarida gematopoez platzdarning shikastlanishining kamroq darajasi bilan farq qiladi. Punksiyalar va trepanobiopsiya yordamida suyak iligini dinamik o'rganish jarayonning bosqichini aniqlashga imkon beradi.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida suyak iligida gematopoezning "issiq" o'choqlari hali ham yetarli uyali, miyeloid seriyasining nisbiy xavfsizligi va eritroid niholining nisbiy kengayishi bilan aniqlanadi, bu gemopoezning qisman saqlanib qolgan kompenslari haqida ma'lumot beradi. 2-3 oydan keyin suyak iligi hujayralari keskin pasayadi, nisbiy limfotsitoz kuchayadi, eritroid va miyeloid nihollarning sezilarli darajada ingibatsiyasi qayd etiladi.

Kasallikning 4-5 oyligida gipoplaziya deyarli to'liq gematopoetik yog' to'qimalariga ega bo'lgan chuqur panmielofiz bilan almashtiriladi. Suyak iligidagi o'zgarishlarga parallel ravishda pansitopeniya kuchayadi, anemiya, gemorragik va septik-nekrotik sindromlar keskin rivojlanadi. Kasallikning ushbu shaklining jiddiyligi bilan erta bosqichni o'z vaqtida aniqlash juda muhimdir, chunki dastlabki bosqichda kombinatsiyalangan davolash muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin.

O'tkir gipoplastik anemiya ham suyak iligi shikastlanishining o'xshash bosqichlari bilan tavsiflanadi.

Bolalardagi surunkali gipoplastik anemiyada 40-50% yog' to'qimalarining mavjudligi bilan o'rtacha suyak iligi gipoplaziyasi sezilarli dinamikasiz ancha uzoq vaqt (2-3 yil) davom etadi. Shunga ko'ra, kasallikning klinik va paraklinik ko'rinishlari kamroq aniqlanadi.

Davolash usulari

Bolalarda gipo-aplastik anemiyani davolash juda qiyin.

Hozirgi vaqtda konservativ terapiya va jarrohlik aralashuvni (splenektomiya) birgalikda qo'llash bilan eng quvonarli natijalarga erishildi.

An'anaviy konservativ terapiya foliy kislotasi, B vitaminlari, shuningdek, kortikosteroid gormonlar bilan birgalikda anabolik preparatlarni (Nerobol, methandrostenolon) qo'llashni o'z ichiga oladi. So'nggi yillarda kortikosteroidlarning yuqori dozalari va uzoq muddat foydalanishga bo'lgan ishtiyoq susaya boshladi va eritropoetik ta'sirga ega bo'lgan androgen terapiyasiga ustunlik berdi. Gipoplastik anemiyani davolashda transfuzyon terapiyasi muhim rol o'ynaydi. Eritro, leykotsitlar va trombotsitlar massasini quyish asosiy sindromlarni bartaraf etishga va bemorlarning umr ko'rish davomiyligini oshirishga sezilarli hissa qo'shadi.

Gipo-aplastik anemiya bilan og'rigan bolalarni kompleks davolashda splenektomiya alohida o'rin tutadi. Ma'lumotlarga ko'ra,

kasallikning muvaffaqiyatli natijasi bo'lgan bolalarning 90 foizida davolash kompleksi splenektomiyani o'z ichiga oladi.

Jarrohlik aralashuvining mutlaq ko'rsatkichlari surunkali va o'tkirosti gipoplastik anemiyada 4-6 oy davomida konservativ davo ta'sirining yo'qligi va kasallikning kechishini murakkablashtiradigan og'ir gemolitik sindromning mavjudligi bo'lishi kerak. Gematopoezning og'ir uch chiziqli gipoplaziyasi uchun operatsiya ko'rsatmalari va vaqtini aniqlash ancha qiyin. Asosan, tug'ma gipoplastik Fankoni anemiyasi va orttirilgan o'tkir suyak iligi aplaziyasida splenektomiya samarasiz va shuning uchun qarshi ko'rsatma hisoblanadi. O'tkir gipoplastik anemiyada splenektomiyaning ta'siri asosan miyelopoezga yetkazilgan zararning og'irligi va kasallikning boshlanishidan boshlab operatsiya vaqti bilan belgilanadi. O'tkazilgan tadqiqotlar va kuzatishlar bir qator belgilarni aniqlashga imkon berdi, ularning mavjudligi jarrohlik aralashuvni istisno qiladi.

1. Periferik qonning prognostik jihatdan noqulay ko'rsatkichlari (1 mkl qonda retikulotsitlar sonining kamayishi, gemoglobin darajasi, neytrofillar va trombotsitlarning mutlaq soni).

2. Turli joylardan olingan kamida ikkita suyak iligi punksiyasining hujayraliligi (miyelokaryotsitlarning umumiy soni) 15000/ mkl dan oshmaydi.

3. Suyak iligi trefinidagi yog' to'qimasi 80% dan oshadi.

4. Retikulotsitlarni yetilish usuli bilan aniqlangan eritropoez miqdori 10000/mkl dan oshmaydi.

5. Suyak iligida koloniya hosil qiluvchi hujayralar - granulotsitopoezning prekursorlari - yo'qligi.

6. Ammo kasallikning noqulay prognozi bo'lgan ayrim bemorlarda doimiy fokal gematopoez belgilari aniqlanadi, bu bizga jarrohlik masalasini ko'tarish imkonini beradi. Yuqori xavfga qaramay, kasallikning boshlanishidan boshlab erta bosqichlarda (1-2 oy) splenektomiya, hatto noqulay prognoz bilan ham, bolalarning 25 foizida remissiyaga erishishga imkon beradi. Samarali splenektomiya holatlarida gematopoezni tiklash juda sekin (6-18 oy) sodir bo'ladi, shuning uchun keyingi konservativ terapiya zarur.

Suyak iligi transplantatsiyasi kabi gipoaplastik anemiyani davolashning ushbu usuli nazariy jihatdan asoslanadi, ammo HL-A tizimi (inson leykotsitlari antigeni) bo'yicha gistologik mos keluvchi donor-resipiyent juftlarini tanlash qiyinchiliklari tufayli uni keng qo'llash hali

amaliy emas. Suyak iligining ideal donori faqat bemorning bir xil egizaklari bo'lishi mumkin, bu hayotda juda kam uchraydi. Bundan tashqari, miyelotransplantatsiyaning halokatli asoratlari (transplantatni rad etish, ikkilamchi kasallik, immunosupressiya, og'ir infeksiyalar va boshqalar) bilan bog'liq qiyinchiliklar hali ham bartaraf etilmagan.

Trombotsitopenik purpura (verlgof kasalligi)

Trombotsitopenik purpura (gemorragik trombotsitopeniya), garchi trombotsitlar qonning mustaqil elementlari sifatida ushbu kasallikning klinik ko'rinishini Verlhof (1735) tomonidan birinchi ta'rifidan deyarli 150 yil o'tgach kashf etilgan bo'lsada, Verlgof kasalligi sifatida keng tarqalgan.

Bolalardagi barcha qon kasalliklarining taxminan yarmini tashkil etuvchi gemorragik diatezlar orasida trombotsitopenik purpura eng keng tarqalgan kasallikdir (taxminan 70%).

Verlgof kasalligi trombotsitlar sonining kamayishiga asoslangan bo'lib, bu ikkita asosiy omil sabab bo'lishi mumkin: trombotsitlarning nobud bo'lishining kuchayishi va trombotsitlarning yetarli darajada shakllanmasligi. Trombotsitopenik purpuraning patogenezida birinchi omil yetakchi rol o'ynaydi, bu radioaktiv yorliq yordamida olingan trombotsitlarning umr ko'rish muddati haqidagi ma'lumotlardan dalolat beradi. Verlgof kasalligida trombotsitlarning umr ko'rish muddati 6 dan 24 soatgacha, normada 6-10 kunni tashkil etishi isbotlangan. Suyak iligining megakaryotsitar apparati odatda giperplastikdir. Biroq, megakaryotsitlar sonining ko'payishi va ularning shaklining yosharishi fonida trombotsitlarning "yomon bog'lanishi" hodisasi aniqlanadi, bu trombotsitlar shakllanishining kamayishi bilan emas, balki ularning periferik qonga tez chiqarilishi bilan bog'liq, ayniqsa Verlgof kasalligida trombotsitlarning shakllanishi ma'lum bo'lganidek, vaqt birligida bir necha marta ko'paygan. Trombotsitlarni yo'q qilishning ko'payishi sabablari to'liq aniq emas. Eng ehtimoliy kasallik patogenezining immun nazariyasi bo'lib, unga ko'ra, ekzo- yoki endogen omillar ta'sirida antigen tuzilishdagi o'zgarishlar tufayli antitrombotsitar va ehtimol antimegakaryotsitlar antitanalari hosil bo'ladi. Trombotsitlar membranasidagi mumkin bo'lgan nuqson va ularning fermentativ mikrotuzilishining buzilishini istisno qilib bo'lmaydi. Taloq antitrombotsitar antitanalarini sintez qilishda faol ishtirok etuvchi organ,

sensitizatsiyalangan trombositlarni birlamchi yo'q qilish joyi sifatida ham alohida rol o'ynaydi.

A.V.Mazurin ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda Verlgof kasalligining immun shakli 40% ni tashkil qiladi. Ko'pgina hollarda (ehtimol, antitrombotsitar antitanalarini aniqlashda uslubiy qiyinchiliklar tufayli) gemorragik trombositopeniyaning sababi noaniq bo'lib qolmoqda va kasallik idiopatik (muhim) deb tasniflanadi.

Bolalarning taxminan 50 foizida trombositopenik purpuraning rivojlanishidan oldin dorilarni qo'llash bilan virusli va bakterial infektsiyalar yuzaga keladi, ularning trombositopeniya rivojlanishidagi rolini qat'iyani istisno qilish qiyin. Profilaktik emlashlar (AKDS, chechak vaktsinasi) va gamma-globulinni yuborishdan keyin gemorragik trombositopeniyaning ko'plab holatlari ma'lum bo'lib, bu kasallikning allergik shakli mavjudligini ko'rsatadi. Trombositopenik purpuraning tug'ma turi ham mavjud bo'lib, u barcha trombositopeniyalarning taxminan 8% ni tashkil qiladi va ko'pincha onadan yangi tug'ilgan chaqaloqqa antitrombotsitar antitanalarining transplental o'tishi bilan bog'liq, ammo bolalarda gemorragik trombositopeniyalarning asosiy qismi orttirilgandir. Verlgof kasalligining klinik ko'rinishida yetakchi o'rinni gemorragik sindrom egallaydi, uning og'irligi trombositopeniya chuqurligiga to'g'ri keladi.

Tekshirish usullari

Agar Verlgof kasalligiga shubha bo'lsa, bemorning umumiy klinik tekshiruvi, shuningdek, suyak iligini punksiya bilan tekshirishni o'z ichiga olgan bir qator maxsus tekshiruvlar o'tkaziladi.

Asosiy klinik shakllari

Verlgof kasalligining kursi o'tkir (6 oygacha davom etishi) va kamdan-kam uchraydigan yoki tez-tez takrorlanadigan surunkali bo'lishi mumkin.

Tananing har qanday qismining terisida, ko'pincha qo'l-oyoqlarda, turli o'lchamdagi va davomiylikdagi ko'p, assimetrik joylashgan va shu munosabat bilan turli xil ranglarga ega bo'lgan qon ketishlar qayd etiladi. Katta ekximoz ko'pincha kichik petexial toshma bilan birlashtiriladi, uning ko'p namoyon bo'lishi noqulay belgi hisoblanadi. "Chimchilash" simptomi ijobiydir. Shilliq pardalarning qon ketishi gingival, burun, oshqozon-ichak va kamroq buyrak gematomalari shaklida namoyon bo'ladi. Katta yoshli qizlarda hayz ko'rish ko'pincha bachadondan qon ketishiga aylanadi. Hayotiy organlarda (to'r parda, miya) qon ketish

xavfini inkor etib bo'lmaydi. Taloq va limfa tugunlari, qoida tariqasida, kattalashtirilmaydi. Ba'zida past darajadagi isitma bo'ladi. Periferik qonda trombotsitozlar soni 1 mkl da 50-103—10-103 ga, ba'zan 0 ga kamayadi. Leykotsitlar formulasi o'zgartirilmagan. Gemoglobin va qizil qon tanachalari darajasi normal diapazonda bo'ladi. Faqat burun yoki bachadondan qon ketishidan keyin gipoxrom anemiya belgilari paydo bo'lishi mumkin. Qon ketishining ko'payishi, qon ivish davomiyligi o'zgarmaydi, qon quyqasi orqaga tortilishi buziladi. Suyak iligi punktatida odatda megakaryotsitlar sonining ko'payishi kuzatiladi, ularning atrofida trombotsitlar yetarli emas. Takroriy yoki og'ir qon ketishi bo'lgan bemorlarda suyak iligining qizil o'sishi kengayishi mumkin.

Differentsial diagnostikada Verlgof simptom kompleksi deb ataladigan imkoniyatni hisobga olish kerak, ya'ni gemorragik trombositopeniya, bu boshqa kasallikning alomati (tizimli qizil yuguruk, virusli infektsiyalar, o'tkir leykemiya, gipoplastik anemiya).

Davolash usullari

Idiopatik trombositopenik purpurani davolash konservativ va operativ bo'lishi mumkin (splenektomiya).

Davolash, qoida tariqasida, kortikosteroid gormonlari bilan konservativ terapiya bilan boshlanadi, bu bolaning 1 kg tana vazniga 1,5 kg prednizolonga teng dozada. Ko'pgina bemorlarda gemorragik sindrom dastlabki 1-2 hafta ichida to'xtatiladi, trombotsitlar soni ko'payadi. Hujayralar soni normallashtirish sayin kasallikning klinik va paraklinik belgilari yo'qoladi. Shu bilan birga, dastlabki dozada gormon bilan davolash 2-3 hafta davomida va trombotsitlarning normal ko'rsatgichi tiklangandan keyin (1 mkl da 20-104) davom ettirilishi kerak. Bizning tajribamiz shuni ko'rsatadiki, trombotsitlarning normal soniga yetgandan so'ng darhol prednizolonning kunlik dozasini kamaytirishga shoshilish ko'pincha kasallikning qaytalanishiga olib keladi va barqaror remissiyaga yo'l qo'ymaydi.

Shu bilan birga, uzoq muddatli gormon terapiyasi ma'nosiz va maqsadga muvofiq emas, chunki ekzogen giperkortitsizmning doimiy rivojlanayotgan hodisalari zarurat tug'ilganda operatsiyani qiyinlashtiradi. Bizning nuqtai nazarimizga ko'ra, gormonal davolash kursi 8-10 haftadan oshmasligi kerak. Bu vaqt doimiy remissiyani olish yoki gormonlarni davolash samaradorligining yetarli emasligiga ishonitirish uchun yetarli.

Ba'zi bolalar glyukokortikoid terapiyasining bir kursidan keyin ham tuzalib ketishadi. Bir qator bemorlarda trombotsitlar sonini doimiy va to'liq normallashtirish mumkin emas. Ammo ularning sonini 1 mkl da 80-103--10-104 darajasida barqarorlashtirish va qon ketishining yo'qligi bunday bolalarga tegishli nazorat va kuzatuv bilan uzoq vaqt davomida normal hayot kechirishga imkon beradi.

Verlgof kasalligi bilan og'rigan bolalarning taxminan 10% birlamchi gormon terapiyasiga "javob bermaydilar", bu esa darhol splenektomiya zarurligi haqidagi savolni darhol talab qiladi.

Konservativ choralar toifasiga qat'iy cheklangan ko'rsatmalarga muvofiq qon va uning komponentlarini quyish kiradi (chuqur anemiya, fuzadan qon ketish). Trombotsitlarni almashtirish uchun quyish samarasiz (donor trombotsitlari atigi 6-8 soat "yashaydi") va faqat gemostatik maqsadga ega bo'lgan tez yordam vositasi sifatida ko'p miqdorda doimiy qon ketish uchun ishlatilishi mumkin. Gemorragik trombositopeniya bilan fibrinolizning ko'payishini hisobga olgan holda epsilon-aminokaproik kislota og'iz orqali yoki parenteral ravishda qo'llash tavsiya etiladi.

Qizlarda bachadondan qon ketganda, androgen preparatlarini qo'llash ko'pincha ta'sir qiladi. Bolalarda trombositopenik purpura uchun jarrohlik davolash juda keng qo'llaniladi-10 dan 50% gacha. Biroq, splenektomiya ko'rsatkichlari masalasi munozarali bo'lib qolmoqda, chunki operatsiyaning uzoq muddatli samaradorligini bashorat qilishning ob'ektiv mezonlari topilmadi. Asosan, konservativ terapiyaning ta'siri bo'lmasa, operatsiya muqarrar.

— Verlgof kasalligida splenektomiya uchun ko'proq yoki kamroq tan olingan ko'rsatmalar toifasiga quyidagilar kiradi:

- gormon terapiyasiga javob bermaydigan o'tkir kurs;
- gormonlarni buzish hodisalari bilan o'tkir kurs;
- tez-tez takrorlanadigan yoki doimiy ravishda takrorlanadigan surunkali kurs;
- o'tkir anemiya bilan og'ir, to'xtovsiz qon ketish.

Operatsiyani nisbatan farovonlik davrida, to'liq yoki qisman remissiya paytida amalga oshirish afzalroqdir, bu esa kortikosteroidlarning to'liq yoki qisman bekor qilinishi fonida bolani operatsiya qilishga imkon beradi. Biroq, ba'zi holatlarda (masalan, katta qon yo'qotish) bemorning hayotini saqlab qolish uchun yagona vosita sifatida shoshilinch splenektomiyaga ehtiyoj bor.

Operatsiyaning jiddiy ko'rsatkichlaridan biri bu to'r pardada, miyada ilgari sodir bo'lgan shunga o'xshash epizodlarda takroriy qon ketish xavfi.

Splenektomiyadan so'ng eng yaqin natijani Verlgof kasalligi bo'lgan operatsiya qilingan bolalarning deyarli 90 foizida olish mumkin, bemorlarning 80-85 foizi to'liq klinik-gematologik remissiya holatida klinikadan chiqariladi. Biroq, Verlgof kasalligida splenektomiyaning uzoq muddatli natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, bir qator bolalarda (taxminan 15%) operatsiyadan keyingi turli vaqt oralig'ida kasallikning klinik va gematologik belgilari tiklanadi, ularning belgilari hali ham kamroq namoyon bo'ladi va operatsiyadan oldingi holatga qaraganda yumshoqroq bo'ladi. Ushbu topilmalar trombositopenik purpura uchun splenektomiya qilingan bolalarni uzoq muddatli kuzatish zarurligini ko'rsatadi.

6-BOB. ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARI

Endokrin tizimi kasalliklari bo'lgan bolalar doimo endokrinologga darhol murojaat qilmaydi. Har holda, dastlabki tekshiruv odatda umumiy pediatri tomonidan amalga oshiriladi. Uning asosiy vazifasi bemorni malakali mutaxassisga yuborish, so'ngra uning tavsiyalariga ko'ra, belgilangan davolanishning to'g'riligini nazorat qilishdir.

Ushbu bobda ikkita kasallik ko'rib chiqiladi: diffuz toksik bo'qoq (tireotoksikoz) va kriptorxizm. Ushbu kasalliklarni davolashda endokrinolog va jarrohning ishtiroki ulushi har xil. Agar tireotoksikozda yetakchi rol endokrinologga tegishli bo'lsa va jarroh ma'lum vaziyatlarda "ishtirok etsa", kriptorxizm bilan teskari holat yuzaga keladi. Shuning uchun ikkala mutaxassisning vakolat chegaralarini bilish juda muhimdir. Misol uchun, bir tomonlama kriptorxizm uchun konservativ (gormonal) terapiyaga ishonish xatodir, chunki bu holatlarda qat'iylik sog'lom (tushgan) moyak funksiyasini yo'qotishiga olib kelishi mumkin. Faqatgina turli mutaxassislar o'rtasidagi yaqin va kundalik aloqa optimal davolash variantini tanlash uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Diffuz toksik buqoq

Diffuz toksik bo'qoq - tireotoksikoz keng tarqalgan endokrin kasalliklardan biridir. 14 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida uning chastotasi 0,8%, o'spirinlar orasida 2,2—2,6% ni tashkil qiladi.

Bolalardagi diffuz toksik bo'qoqning etiologik jihatlari orasida yuqumli kasalliklar (surunkali tonsillit, skarlatina, difteriya, gripp, revmatizm va boshqalar) birinchi o'rinda turadi; ikkinchisi - o'tkir va surunkali ruhiy travma (qarindoshlarning o'limi, qo'rquv, it tishlash, nonormal oilaviy munosabatlar natijasida yuzaga kelgan og'ir asab shoki). Kasallikning sababi ham jismoniy shikastlanish, quyoshda haddan tashqari issiqlik urishi bo'lishi mumkin. Ushbu patologik omillarning barchasi bosh miya yarim sharlari va vegetativ nervning avtonom markazlari o'rtasidagi fiziologik munosabatlarni buzadi, qalqonsimon bezning funksional faolligini oshirishi va tireotoksikoz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Tireotoksikozning paydo bo'lishida ma'lum bir rol genetik jihatdan aniqlangan moyillikka tegishli. Uning individual shakllari autosomal retsessiv nasllanish turiga ega.

Kasallik intratiroidal gormonogeneznining doimiy o'sishi natijasida organizmga qalqonsimon gormonlar: tiroksin va triyodotironinning

ortiqcha miqdorini uzoq vaqt davomida qabul qilish bilan tavsiflanadi. So'nggi yillarda diffuz toksik bo'qoq patogenezi qalqonsimon bezdagi autoimmun jarayonlar va ular bilan bog'liq bo'lgan uzoq muddatli qalqonsimon bezni faollashtiruvchi (Lats omili) katta ahamiyatga ega. Kasallikning klinik ko'rinishlari xilma-xildir. Patologik jarayonda turli organlar va tizimlar ishtirok etadi: asab, yurak-qon tomir, jigar, oshqozon-ichak trakti, ko'zlar va boshqalar. Asosiy simptomlar yurak-qon tomir tizimidan: taxikardiya, yurak sohasidagi intervalgacha og'riqlar, noorganik yurak shovqinlari. Diffuz toksik bo'qoqda yurak tovushlari revmatizmdagi tovushlarga nisbatan sezilarli darajada kuchayadi, bu differentsial diagnostika belgisi bo'lib xizmat qiladi. Neyro-psixologik sohadagi o'zgarishlar xarakterlidir: bemorlar bezovta, nutqlari shoshqaloq va chalkash, harakatlar keskin, shiddatli, xarakterli kichik va tananing ritmik titrashi ("telegraf ustuni" belgisi), mushaklarning kuchsizligi. Ko'z va ko'z qovoqlari shikastlanishining odatiy, ammo mutlaq emas belgilari: palpebral yoriqning keng ochilishi, Grefe simptomlari (yuqori qovoq ko'z olmasining harakatidan orqada qoladi). Mebius (konvergensiyaning zaifligi), Shtellvag (kamdan-kam kiprik qoqish) va boshqalar. 32 ta ko'z belgilari tasvirlangan. Vegetativ distoniya belgilari aniq: terlashning kuchayishi, tendentsiyasi, teginganda issiq, baxmaldek yumshoq bo'lgan teri bilan umumiy gipergidroz. Tireotoksikozning yetakchi belgilari - ishtahaning kuchayishi bilan progressiv vazn yo'qotishdir. Bolalardagi tireotoksikozning og'ir shakllari buyrak usti bezlari po'stlog'ining nisbiy yoki mutlaq yetishmovchiligi bilan kechadi. Ikkinchisi umumiy zaiflik, terining giperpigmentatsiyasi, past minimal qon bosimi, limfotsitoz, 17-OKS faol fraktsiyalarining kamayishi, timus bezining kengayishi bilan namoyon bo'ladi.

Tekshirish usullari

Tadqiqot usullariga bazal metabolizmni aniqlash (odamda hosil bo'lgan issiqlik miqdorining tana yuzasi hajmiga nisbati), qon zardobidagi oqsillar bilan bog'langan yodni o'lchash, qalqonsimon bez tomonidan I131 ning so'rilishini o'rganish va qondagi xolesterin miqdorini aniqlash kiradi. Shu bilan birga, bazal metabolizm tezligini aniqlash, ayniqsa, yosh bolalarda xatolarning katta foizini beradi. Bunday hollarda eng ishonchli usul oqsil bilan bog'langan yodni o'lchashdir. Yod miqdorining 8 mkg% yoki 630,4 nmol/l dan oshishi (normal diapazon 4 dan 8 mkg% gacha) gipertireoidizmni ko'rsatadi. Radioaktiv izotoplarning paydo bo'lishi bilan qalqonsimon bezning faoliyatini aniqroq baholash mumkin bo'ldi. I131

eng katta taqsimotni oldi. Oxirgisining maksimal so'rilishi odatda 10-20% ni, gipertireoidizm da esa 30% dan yuqori bo'ladi • 1311 dan foydalanganda bezning hajmi, uning alohida bo'limlarining funksional holati skanerlash usuli bilan aniqlanadi. Gipertireoidizm bilan qonda xolesterin miqdori kamayadi.

Asosiy klinik shakllari

Kechish darajasiga qarab kasallikning yengil, o'rtacha va og'ir shakllari ajratiladi. Diffuz toksik buqoqning yengil shakli bo'lgan bemorlarda jismoniy faollik deyarli to'liq saqlanib qoladi, xotira buzilishi yo'q, o'rtacha taxikardiya, yengil qo'zg'aluvchanlik, asabiylashish, terlash, ko'zning porlashi, keng ko'z yoriqlari, ishtahaning oshishi bilan tana vaznining ko'payishi yo'q. Qalqonsimon bez I-II darajaga kattalashadi (I daraja bilan faqat bezning yuzasi palpatsiya qilinadi; II daraja bilan yuzasi yutinish paytida seziladi).

O'rtacha shaklda bolalarning faolligi o'zgaradi. Maktab o'quvchilari xotira buzilishi va e'tiborning pasayishi tufayli o'rganishda qiyinchiliklarga duch kelishadi. Ko'z yoshi, diffuz gipergidroz, taxikardiya daqiqada 100 dan ortiq, labil puls kuzatiladi. Qalqonsimon bez III darajagacha kattalashgan (bezning kattalashishi yutinmasdan ham seziladi). ekzoftalm, ijobiy Grefe va Mebius belgilari mavjud.

Diffuz toksik buqoqning og'ir shakli aniqroq emotsional va vegetativ buzilishlar, sezilarli darajada vazn yo'qotish, tana titrashi, faollikning keskin pasayishi va daqiqada 140-160 gacha taxikardiya bilan tavsiflanadi. Jinsiy rivojlanishning kechikishi, ossifikatsiyaning tezlashishi va o'sishning kuchayishi mavjud. Qalqonsimon bezning kengayishi ko'pincha III-IV darajaga yetadi (IV daraja qalqonsimon bezning kengayishi, bo'yinning deformatsiyasi deb ataladi).

Jigarda doimiy, ba'zan qaytarilmas o'zgarishlar rivojlanadi (toksik gepatit), buyrak usti bezlari po'stlog'ining mutlaq yoki nisbiy yetishmovchiligi, uglevod almashinuvi buziladi.

Davolash usullari

Jigarda doimiy, ba'zan qaytarilmas o'zgarishlar rivojlanadi (toksik gepatit), buyrak usti bezlari po'stlog'ining mutlaq yoki nisbiy yetishmovchiligi, uglevod almashinuvi buziladi.

Ko'p yillik bolalar jarrohligi va endokrinologiya bo'limlari klinikalarida qalqonsimon bezning turli kasalliklari va nuqsonlari bo'lgan 300 dan ortiq bolalarni davolash tajribasi konservativ terapiya faqat

yengil va kasallikning o'rtacha og'ir shakllarining bir qismi uchun samarali ekanligiga ishonishga asos beradi.

Konservativ davo uzoq vaqt davomida amalga oshiriladi. Yakuniy davolanish uchun 9-20 oy kerak bo'ladi.

Diffuz toksik bo'qoq bilan og'rigan bolalarga yumshoq ovqatlanish, yuqori kaloriyalı ovqatlanish kerak. Kasallikning yengil va o'rtacha shakllari bilan og'rigan bemorlar doimiy shifokor nazorati ostida ambulatoriya sharoitida davolanishi mumkin. Uyda tinch muhit yaratish, maktabdagi qo'shimcha darslardan, sayohatlardan, imtihonlarni almashtirishdan va hokazolardan ozod qilish kerak. Quyosh nurlarining bevosita ta'siriga yo'l qo'yib bo'lmaydi.

Diffuz toksik bo'qoqning yengil shakllari uchun yod preparatlari kaliy yodidning 0,25% eritmasi, kuniga 7 g choy qoshiq, diyodotirozin, kuniga 2 marta 0,05 g yoki tabletkalar shaklida qo'llaniladi:

Rp.: lodi puri 0,02

Kalii jodidi 0,2

Extr. Valerianae 2,0

Massae pil. ut. f. pil N 40

D. S. 1 pilyuladan kuniga 2 marta (o'smirlarga).

Balog'at yoshiga yetmagan bolalarga yarim dozada buyuriladi va 5 yoshgacha bo'lgan bemorlarga kuniga ikki marta emas, balki kuniga bir marta buyuriladi. Davolash 10 kunlik tanaffuslar bilan 20 kunlik kurslarda amalga oshiriladi.

Ko'p yillar davomida shifokorning usulida faqat yod preparatlari mavjud bo'lib, ular ko'pincha diffuz toksik bo'qoqning o'rtacha va og'ir shakllari uchun samarasiz bo'lib chiqdi. Merkazolil va 6-metiltiouratsil kabi faolroq antitireoid dorilar (tireostatiklar) amaliyotga kiritilishi bilan ularni bolalik davrida qo'llash imkoniyati va maqsadga muvofiqligi haqida savol tug'ildi. Preparatlar tireoid gormonlarining sintezini ingibirleydi yoki blokleydi va ularning qonda normal va subnormal darajaga tushishiga olib keladi.

Tireostatiklarning qonga toksik ta'siri va o'sishga salbiy ta'sir ko'rsatadigan eksperimental dalillarni hisobga olgan holda, bir qator mualliflar ularni bolalar amaliyotida qo'llashga qat'iyan qarshi; aksincha, ularni diffuz toksik bo'qoq uchun keng qo'llash taklif qilindi. Darhaqiqat, antitireoid dorilar kasallikning og'ir shakllarida ham samarali ekanligi isbotlangan. Bizning fikrimizcha, bu dorilarning o'sishga ta'siri bo'rttirilgan. Bu faqat dozani oshirib yuborish va qalqonsimon bez

funktsiyasining sezilarli darajada pasayishi bilan aniqlanishi mumkin. Shu bilan birga, klinik tajriba shuni ko'rsatadiki, leykopeniya va trombositopeniya tirostatiklar bilan davolashda tez-tez uchraydi, kerakli davolanish vaqtini cheklaydi va qat'iy tibbiy va laboratoriya nazoratini talab qiladi.

Merkazolilning dastlabki sutkalik dozasi kasallikning yoshi va og'irligiga qarab 15-30 mg ni tashkil qiladi. Qon holatini nazorat qilish birinchi marta har 3 kunda amalga oshiriladi. Leykotsitlar sonining pasayish tendentsiyasi bilan leykostimulyatorlar buyuriladi. Kelajakda, bolaning antitireoid dorilarga individual reaksiyasi aniqlanganda, qon haftasiga 1 marta tekshiriladi.

Agar leykotsitlar formulasida o'zgarishlar bo'lsa (bu ba'zida toksik bo'qoqning og'ir shakllarida yuqorida ko'rsatilgan dorilar bilan davolash boshlanishidan oldin ham kuzatiladi), oldindan davolash glyukokortikoidlar va yod preparatlari, kerak bo'lganda esa leykostimulyatorlar bilan amalga oshiriladi. Keyinchalik, qon miqdori normal holatga kelganda, ular Merkazolilni ehtiyotkorlik bilan buyurishni boshlaydilar. Agar Merkazolilning boshlang'ich dozasida (15-30 mg) 10 kun ichida eutireoid holatiga erishish mumkin bo'lmasa, doza 5-10 mg ga oshiriladi. Ba'zi hollarda, ayniqsa diffuz toksik bo'qoq vegetativ-qon tomir distoniyasi bilan birlashganda, propanolol (Obsidan, Inderal) ni buyurish kerak.

Terapevtik vositalar majmuasi sedativlarni o'z ichiga oladi. Reserpin aniq adrenolitik ta'sirga ega va subkortikal markazlarga ingibitiv ta'sir ko'rsatadi. Kuniga 2-3 marta 0,1 mg dozada buyuriladi. Merkazolil va reserpin bilan kombinatsiyalangan terapiya bilan eutireoid holati tezroq va merkazolilning nisbatan kichik dozalari bilan erishiladi.

Qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormonning darajasi bo'lgan bezga ogohlantiruvchi ta'sirini oldini olish tanadagi qalqonsimon gormonlar darajasi pasayganda (ya'ni, merkazolilning bo'qoq ta'sirini oldini olish uchun) teskari aloqa printsipiga ko'ra ortadi, tireoidinni qo'llash tavsiya etiladi (hajmiga qarab kuniga 0,05-0,1 g qalqonsimon bezning mustahkamligi).

Agar eutireoid holati Merkazolilni tiroidin va boshqa ko'rsatilgan dorilar bilan birgalikda qo'llash fonida saqlanib qolsa, bu vazn ortishi, yurak urishi va qon bosimining normallasishi bilan tavsiflanadi. Merkazolilning boshlang'ich dozasi 5 mg ga kamayadi. Aksincha,

bemorning ahvolining yomonlashishi asl dozaga qaytishga olib keladi. Tireostatik vositaning parvarishlash dozasi shunday tanlanadi.

Kasalxona sharoitida 1-2 oy davomida o'tkaziladigan faol antitiroid terapiyasi ko'p hollarda yaxshi samara beradi. Uyda, davolanishning keyingi oylarida, yumshoq rejimni saqlash va tanlangan individual terapiya kursini davom ettirish kerak. Tibbiy nazorat haftada kamida bir marta amalga oshiriladi.

Diffuz toksik bo'qoqning og'ir holatlarida jarrohlik tanlov usuli hisoblanadi. Jarrohlik davolash, shuningdek, qalqonsimon bezning har qanday shaklidagi shikastlanishi, traxeya yoki qizilo'ngachning siqilishi yoki siljishi belgilari bilan kechadigan tugunli va aralash buqoq bilan og'rigan bemorlarda, takroriy bo'qoq bilan og'rigan bemorlarda, shuningdek, og'ir birlamchi leykopeniya bilan og'rigan bemorlarda qo'llaniladi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik kasalxonada boshlanadi, klinikada davom etadi va operatsiyadan kamida 2 hafta oldin bola yana kasalxonaga yotqiziladi. Odatda, uyda va shifoxonada tayyorgarlik 5-6 oy davom etadi. Bu vaqt ichida ular eutiroid holatiga yetib boradilar, infektsiyaning mumkin bo'lgan o'choqlarini, ayniqsa nazofarenksni sanatsiya qiladilar.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik endokrin gomeostazni normallashtirishga qaratilgan va yuqorida qayd etilgan konservativ terapiya vositalaridan foydalangan holda amalga oshiriladi. Shu bilan birga, toksik bo'qoqning og'ir shakli buyrak usti bezlari po'stlog'ining nisbiy yoki mutlaq yetishmovchiligi bilan kechishini hisobga olsak, preparat kompleksi preparatning boshida va operatsiyadan oldingi oxirgi oyda RA-2 oy davomida kuniga 5-10 mg glyukokortikoidlarni o'z ichiga oladi. Mumkin bo'lgan stressli vaziyatlarda (tonzillektomiya, interkurrent kasalliklar, hissiy stress) dozasi oshiriladi va kuniga 50-100 mg gidrokortizon mushak ichiga kiritiladi.

Ko'pincha toksik bo'qoq bilan og'rigan bemorlarda uglevod almashinuvining buzilishi aniqlanadi, bu asosan tiroid gormonlarining glikogenolitik ta'siri bilan bog'liq. Bunday holatlarda glyukokortikoidlar uglevod buzilishlarini chuqurlashtiradi va insulyar apparatlarda yanada katta stressga olib keladi. Ikkinchisining asosiy yetishmovchiligi bilan qandli diabet aniqlanishi mumkin. Shu munosabat bilan, uglevod almashinuvining buzilishi bilan yuzaga keladigan toksik bo'qoq uchun

steroid gormonlar bilan davolash insulinni yuborish bilan birlashtiriladi (ovqatdan oldin 4-6 birlik, kuniga 3 marta).

Operatsiyadan 2 hafta oldin bemorga yodning mikro dozalari (kuniga 2 marta 1 tabletka) buyuriladi, bu qalqonsimon bezning qalinlashishiga yordam beradi va uning to'qimalarining qon ketishini kamaytiradi. Operatsiyadan bir hafta oldin uzoq muddatli anabolik preparatlarni (retabolil, nerobolil) yuborish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, ular merkazolil va tireoidinning parvarishlash dozalarini berishni davom ettirmoqdalar. Operatsiyadan 10 kun oldin reserpin to'xtatiladi.

Ilgari glyukokortikoid preparatlarini olgan bolalar operatsiyadan bir kun oldin prednizolonni qabul qilishadi, u gipokortisizmning og'irligiga qarab, operatsiyadan bir kun oldin mushak ichiga 100-300 mg gidrokortizon bilan almashtiriladi. Operatsiyadan oldin kechqurun 50 mg gidrokortizon, operatsiya kuni esa 50 mg dan 3 marta yuboriladi. Qon bosimi pasayganda va gipokortizolizmning boshqa belgilari paydo bo'lganda, bu dorilar tomir ichiga yuboriladi va tireotoksik inqiroz rivojlanganda, ularning dozalari 500-1000 mg yoki undan ko'proqgacha oshiriladi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik kompleksi trankvilizatorlarni ham o'z ichiga oladi (seduksen, trioksazin va boshqalar).

Operatsiya intensiv dori terapiyasi va bemorning barqaror eutiroid holati fonida amalga oshiriladi.

Diffuz toksik bo'qoqni jarrohlik davolashning asosiy usuli qalqonsimon bezni rezektsiya qilishdir. Yuqori qalqonsimon arteriyalarni izolyatsiya qilingan davolash va pastki qalqonsimon arteriyalarning bo'linishi sohasida qalqonsimon dumlar shakllanishi bilan ishlab chiqariladi.

So'nggi paytlarda nisbatan katta miqdordagi bez to'qimasini qoldirish odatiy holdir. Shuni ta'kidlash kerakki, merkazolil kabi dori-darmonlarni uzoq vaqt davomida qo'llash qalqonsimon bezning mo'rtlashishiga, uning qon tomirlanishiga, fastsiya vaginalarining differentsiatsiyasining yo'qolishiga olib keladi, bu esa to'qimalarda yo'nalishni qiyinlashtiradi, "qatlamda" jarrohlik usullarini o'tkazadi, shikastlanish-jarrohlik amaliyotini oshiradi. Biroq, bu holatda tajriba shuni ko'rsatadiki, qon ketish xavfi ortadi. Shu bilan birga, jarrohlik aralashuvining qiyinchiliklari asosan endokrinologik gomeostazni normallashtirishning qulay holati bilan qoplanadi, operatsiyadan keyingi davrning tinch yo'nalishini ta'minlaydi, bu ko'pchilik bemorlarda juda muammosiz davom etadi.

Operatsiyadan keyingi davrda terapevtik tadbirlar tireotoksikoz, tireotoksik inqiroz va boshqa tahdid qiluvchi sindromlarning (nafas olish va yurak-qon tomir yetishmovchiligi va boshqalar) kuchayishini oldini olishga qaratilgan. Ushbu chora-tadbirlar eng yaxshi jonlantirish va reanimatsiya bo'limida amalga oshirilishi mumkin, bu yerda bemorni profilaktik davolash va doimiy monitoring qilish uchun barcha sharoitlar mavjud, ayniqsa dastlabki 4 kun ichida, ya'ni sanab o'tilgan sharoitlarning rivojlanishi uchun potentsial xavfli bo'lgan davrda.

Jarrohlikdan so'ng terapiya merkazolil, yodning mikrodozalari yoki Lyugol eritmasi, shuningdek, glyukokortikoidlar bilan davom ettiriladi. Operatsiyadan keyingi davrning silliq kursi dori dozasini kamaytirishga imkon beradi. Hidrokortizon odatdagi rejimga muvofiq prednizolon bilan almashtiriladi va 7-10 kundan keyin u butunlay bekor qilinadi. Tireotoksikoz belgilari kuchayganda, inqirozni oldini olish uchun steroid gormonlar dozalari oshiriladi (kuniga 500-1000 mg yoki undan ko'p), ko'pincha tomir ichiga yuborish uchun preparatlar qo'llaniladi: 0,85% natriy xlorid eritmasi, 5% insulinning hisoblangan dozasiga muvofiq qo'shilgan glyukoza eritmasi; Lugol eritmasi (1000 ml uchun 30 tomchi); yurak va uyqu tabletkalari buyuriladi. Rivojlangan inqiroz kortina va DOKS preparatlarini qo'llashni talab qiladi.

Tireotoksik inqiroz operatsiyadan keyingi davrning eng og'ir asoratlari hisoblanadi. Uning rivojlanishidagi tetik mexanizmi adrenal korteksning yetishmovchiligi hisoblanadi. Operatsiyadan oldingi to'g'ri tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi davrda yetarli darajada glyukokortikoid terapiyasi inqirozni rivojlanish ehtimolini deyarli butunlay yo'q qiladi.

Operatsiyadan keyingi eng yaqin davrning boshqa asoratlari orasida ovozning xirillashi va refleksiv asab parezini ta'kidlash kerak. Ko'pincha bu hodisalar vaqtinchalik va nisbatan tez yo'qoladi.

Bolalarda diffuz toksik buqoqning og'ir shaklini jarrohlik yo'li bilan davolash, qoida tariqasida, yaxshi samara beradi: umumiy holat tezda yaxshilanadi, 5-6 kundan keyin cho'zilgan qo'llarning titrashi kamayadi, mushaklarning kuchi oshadi. Bir oy o'tgach, ekzoftalm kamayadi, ammo bu uzoq vaqt davom etishi mumkin.

2-3 oydan keyin yurak-qon tomir yetishmovchiligi belgilari yo'qoladi. Keyingi katamnestik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, barcha bolalar og'ir azob-uqubatlardan xalos bo'lishadi va maktabda o'qishni davom ettirishadi.

Kriptorxizm

Kriptorxizm jinsiy rivojlanishning eng keng tarqalgan anomaliyalaridan biridir. Uning populyatsiyadagi chastotasi 1-4% ni tashkil qiladi. Kriptorxidizmni o'z vaqtida yoki noto'g'ri davolash erkakning gipogenitalizmi va bepushtligiga olib keladi.

Kriptorxidizm atamasi criptos — yashirin, orchis — moyak so'zlaridan kelib chiqqan. Ushbu atama moyaklarning yorg'oqdan tashqarida joylashishini anglatadi va ularning jinsiy bo'lmagan migratsiyasi odatda ushlab turish (ushlab turish) deb ataladi va moyak odatdagi yo'lidan chetga chiqqanda noto'g'ri tushish ektopiya hisoblanadi.

Moyak migratsiyasining buzilishiga olib keladigan patologik jarayon quyidagi omillarga asoslanadi: 1) genetik ma'lumotlarning buzilishi, bunda irsiyatning autosomal retsessiv turi zaif penetratsion darajasi bilan namoyon bo'ladi; 2) turli fizik, kimyoviy yoki biologik (odatda yuqumli) teratogen moddalar; 3) farqlovchi gormonlar yetishmovchiligi: onaning xorion gonadotropini yoki homila luteinizatsiya qiluvchi gormoni (diagrammaga qarang). Diagrammadan ko'rinib turibdiki, kriptorxizmning patogenetik omillarini mexanik va gormonalga bo'lish umumiy qabul qilingan soddalashtirishdir. Mexanik to'siqlarning shakllanishi biriktiruvchi to'qimalarning shikastlanishining natijasidir. Differentsial gormonlar yetishmovchiligi ham ikkinchisining mexanizmida rol o'ynaydi. Boshqacha qilib aytganda, moyaklar migratsiyasiga mexanik to'siqlarning paydo bo'lishi gormonal asosga ega. Shunday qilib, kriptorxizmning polietiologiyasi va yagona rivojlanish mexanizmi bilan uning mahalliy klinik ko'rinishi shakllari har xil: moyaklarni ushlab turish yoki ektopiya. Biroq, ma'lum bir foiz hollarda kriptorxizm tug'ma moyaklar rivojlanmay qolishidir.

Moyak disgenetik "ad ovo" bo'lmagan hollarda, uning yorg'oqdan tashqarida joylashganligi oxir-oqibat unda degenerativ o'zgarishlarning rivojlanishiga olib keladi. Interstitsial to'qimalarning fibrozi paydo bo'lib, urug' kanalchalar ham fibroz va gialinozga uchraydi.

Moyakning harorat rejimining o'zgarishi, atrofdagi to'qimalarning doimiy shikastlanishi va autoimmun reaksiyaning rivojlanishi bilan bevosita bog'liq bo'lgan moyak to'qimalarining tuzilishidagi buzilishlar bola hayotining ikkinchi yilida allaqachon aniqlanadi. 10 yoshga kelib, bu buzilishlar ko'pincha qaytarilmas holga keladi. Xuddi shu yoshda moyaklarning androgen ajralish funksiyasi keskin pasayadi. Shunday

qilib, moyak to'qimalarining shikastlanishi moyaklarning ikkala funksiyasiga ham ta'sir qiladi: reproduktiv va gormonal. Bir tomonlama kriptorxizmni o'z vaqtida davolash 50-60% da bepushtlikka olib keladi, ikki tomonlama kriptorxizm bilan - 90% hollarda.

Kriptorxidizmi bo'lgan bemorlarda moyak distopiyasining tipik mahalliy belgilari bilan bir qatorda - moyakning rivojlanmaganligi yoki uning ma'lum bir qismi median tikuvning siljishi (Tomasevskiy simptomi), normal kremasterik refleksning yo'qligi – ona qornida rivojlanish sekinlashuvining quyidagi belgilari paydo bo'ladi: kengaygan burun ko'prigi, kichik barmoqning varus og'ishi, epikantus, tor tanglay, displastik quloqlar, tishlarning noto'g'ri rivojlanishi, ko'ndalang kaft burmalari, ijobiy va metakarpal qopqoq simptomlar, ko'krak qafasi patologiyasi, umurtqa pog'onasi egriligi, kindik va inguinal churra, bosh suyagi shakli patologiyasi, antimongoloid ko'z kesmasi, tug'ma ekzoftalm, siydik tizimi patologiyasi. Kam kuzatiladigan tug'ma kesilgan dislokatsiya, tug'ma yurak nuqsonlari, anus atreziyasi, qorin bo'shlig'i mushaklarining gipoplaziyasi, tug'ma karlik. Ushbu kichik malformatsiyalar kriptorxidizm bilan og'rikan bemorlarning 75 foizida qayd etilgan. Moyakning rivojlanishining kechikishi soxta erkak germafroditizmining o'ziga xos belgilaridan biri bo'lib, ma'lum bo'lgan xromosoma kasalliklarining har qandayining umumiy, ammo ixtiyoriy alomatidir. Bundan tashqari, kriptorxidizm bilan og'rikan bemorlarning 83,3 foizi markaziy asab tizimining rivojlanishida ma'lum anormalliklarga ega. Semizlik, ehtimol miyadan kelib chiqadi, sog'lom o'g'il bolalarga qaraganda sezilarli darajada tez-tez kuzatiladi.

Markaziy asab tizimining tug'ma anomaliyasining namoyon bo'lishi kriptorxizmi bo'lgan ba'zi bemorlarda kuzatilgan gipotalamus-gipofiz tizimining gonadotropik funktsiyasining shikastlanishini - luteinlovchi gormon (LG) ajralishining pasayishini o'z ichiga oladi. Shunday qilib, kriptorxizm tizimli kasallik bo'lib, uning tashqi ko'rinishlaridan biri tushmagan moyaklardir. Boshqa organlar va to'qimalarda displastik jarayonlar markaziy asab tizimidagi o'zgarishlar, biriktiruvchi to'qima tizimining shikastlanishi, yog' almashinuvining buzilishi, gormonal disfunktsiya va boshqalar bilan namoyon bo'ladi.

Tekshirish usullari

Ko'pgina bemorlarda kriptorxizm diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi va qorin bo'shlig'i, yorg'oq va perineumni tekshirish va palpatsiya qilish asosida amalga oshiriladi. Shu bilan birga, yorg'oqda va

inguinal kanallarda moyaklar yo'qligi anorxidizm va kriptorxidizmni qorin bo'shlig'ini ushlab turish shaklida ajratish zarurligini taqozo qiladi (bitta moyakning to'liq yo'qligi monoxidizm, ikkalasining ham yo'qligi anorxidizm deb ataladi). Anorxizmning erta tashxisi bola rivojlanishining oldingi va pubertal davrlarini o'z vaqtida tuzatishga imkon beradi. Bu yerda xoriogonin bilan test qo'llaniladi. Sinov xoriogonik gonadotropinning Leydig hujayralariga ogohlantiruvchi ta'siriga asoslangan bo'lib, u siydik bilan 17-ketosteroidlar (17-KS) shaklida aniqlanadigan androgenlarning chiqarilishining ko'payishi bilan birga keladi.

Sinov buyrak usti bezlari po'stlog'ining zona retikularis funksiyasini bostirishdan boshlanadi, buning uchun bemorga 7 kun davomida glyukokortikoidlar beriladi (3 yoshgacha bo'lgan bola uchun - 2 tabletka deksametazon, 3-11 yoshli bolalar uchun - 2-4 tabletka, 11-14 yoshli bolalar uchun - 4 tabletka). 7-kuni 17-KS bazal darajasi tekshiriladi. Keyin ketma-ket 3 kun davomida xoriogonin mushak ichiga ortib borayotgan dozalarda kiritiladi.

Maktabgacha va boshlang'ich maktab yoshidagi bolalarga 500-750-1000 ME preparat, o'rta maktab yoshidagi bolalarga: 750-1000-1500 ME, o'smirlarga 1000 ME buyuriladi. Ushbu 3 kun davomida siydik 17-KS testi uchun yig'iladi.

Tekshiruv natijalari quyidagicha baholanadi: a) siydikda 17-KS darajasi bazal darajaga nisbatan $1/5$ - 2 marta ortadi, jinsiy bezlar organizmda mavjud va ular hali jiddiy zarar ko'rmagan; b) 17-KS darajasi xoriogoninni birinchi va ikkinchi yuborilgandan keyin ortadi, uchinchi keyin esa pasayadi - jinsiy bezlar mavjud, ammo ular qattiq shikastlanadi, bu kriptorxizmning qorin shaklida ko'proq kuzatiladi; c) siydikda 17-KS darajasi oshmaydi - ehtimol tanada jinsiy bezlar yo'q. Biroq, ikkinchisi ikkilamchi gipogonadizmni istisno qilmaydi. Bunday vaziyatda andrografiya (pelviografiya) foydalidir. Har tomondan gaz bilan o'ralgan tutilgan moyaklar rentgen nurlarida ko'rinadi. Ishonchli ma'lumot bo'lmasa, tashxisning yakuniy bosqichi qidiruv operatsiyasi hisoblanadi. Ikkinchisi qorinni ushlab turish shaklida monorxizmni bir tomonlama kriptorxizmdan farqlash imkonini beruvchi yagona usuldir. Bu yerda xoriogonin bilan test ko'rsatilmaydi (yorg'oqda joylashgan moyakning reaksiyasini istisno qilib bo'lmaydi) va andrografiya tavsiya etilmaydi.

Kasallikning og'irligini baholashda muhim nuqtalardan biri luteinizatsiya qiluvchi gormon (LG) ning siydik bilan ajralib chiqish darajasini o'rganish orqali gipotalamus-gipofiz-moyak aloqasi funksiyasini aniqlashdir. Ular K. G. Roganova tomonidan o'zgartirilgan immunologik usuldan foydalanadilar, bu hatto ambulatoriya sharoitida deyarli har qanday yoshdagi bolalarda siydikdagi LG darajasini aniqlash imkonini beradi (2-11 yoshli bolalarda norma 525,4 ME/l; bolalarda). 12-14 yosh - 903,5 ME/l).

Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, bir tomonlama kriptorxidizm bilan LG darajasi 12-14 yoshli bolalarda pasayish tendentsiyasiga ega (345,5 IU/l). Barcha yosh guruhlari ikki tomonlama kriptorxidizmi bo'lgan bolalar LG ni sezilarli darajada kamroq chiqaradi: 2-11 yoshda - 298,0 IU/l, 12-14 yoshda - 273,8 IU/l. Ushbu gormonning ayniqsa past darajasi kriptorxizmi ektopiya shaklida bo'lgan bemorlarda kuzatiladi: 2-11 yoshda - 152,8 IU/l, 12-14 yoshda - 148,7 IU/l. Binobarin, moyak ektopiyasi bilan pastga tushadigan moyak yo'lini shakllantirishda ishtirok etadigan tuzilmalar va to'qimalarning yanada aniq buzilishlari va gipotalamus-gipofiz tizimining ishida sezilarli og'ishlar mavjud. Ushbu bemorlarda raqamli rektal tekshiruvda ba'zida prostata bezi topilmaydi yoki faqat gipoploz shaklda aniqlanadi, bu gipotalamo-gipofiz-moyak tizimining holatini bilvosita baholashda sinov bo'lib xizmat qilishi va embrional jinsiy rivojlanishning chuqur nuqsonini ko'rsatishi mumkin.

Kriptorxizm gipospadiya bilan birlashtirilgan bemorlar guruhini alohida ta'kidlash kerak. Bu yerda, birinchi navbatda, bolaning jinsi haqida savol tug'iladi va jinsiy xromatin albatta tekshiriladi, karyologik tahlil o'tkaziladi.

Asosiy klinik shakllari

Soxta kriptorxizm (psevdorxizm), inguinal yoki qorin bo'shlig'ini ushlab turish shaklida va ektopiya shaklida (inguinal, penial, perineal, femoral va boshqalar) kriptorxizm mavjud. Soxta kriptorxizm bilan, bola yotoqda yoki iliq vannada bo'lganida, moyaklar vaqti-vaqti bilan yorg'oqqa tushadi. Doimiy bimanual palpatsiya bilan moyak har doim yorg'oqqa tushirilishi mumkin. Kriptorxidizmni inguinal tutilish shaklida va inguinal ektopiya shaklida farqlash bir xil darajada muhimdir. Inguinal ektopiya inguinal tutilishdan ko'ra moyakning yuzaki joylashishi bilan tavsiflanadi. Bu tashqi tekshiruv paytida allaqachon qayd etilgan. Qorin devori taranglashganda, inguinal kanalda ushlab turilgan moyakni

paypaslab bo'lmaydi, ektopik shaklda esa zich perinevrozda aniqroq aniqlanadi.

Moyak faqat inguinal ektopiya shaklida kriptorxizm bilan son mushagiga qarab harakatlanadi.

Davolash usullari

Tushmagan moyaklarni sinchkovlik bilan izlash mumkin bo'lgan asoratlar xavfi bilan bog'liq. Davolash-gormonal yoki jarrohlik-jinsiy bezlarda degenerativ o'zgarishlar paydo bo'lishidan oldin boshlanadi. Aks holda, terapiya bolaning hayotining ikkinchi yilida tugatilishi kerak.

Qorin bo'shlig'i yoki inguinal retensiya shaklida kriptorxizm bilan og'rigan bemorlarda konservativ davo tavsiya etiladi. Ammo siydikdagi gonadotropinlarni aniqlash orqali gipotalamus-gipofiz-moyak bog'lanishining holatini baholash sharti bilan mumkin. Tajriba shuni ko'rsatadiki, gormon terapiyasining samaradorligi to'g'ridan-to'g'ri LG ning chiqarilish darajasiga bog'liq bo'lib, gormonal terapiya ko'rsatkichlarini to'g'ri belgilash bilan ijobiy natija (LG ning siydik bilan chiqarilishi 124,8 ME/L dan oshmasligi kerak) kuzatishlarning 90 foizida qayd etilgan.

Xorionik gonadotropinni kiritishning ikki yo'li mavjud: yangisi — inguinal kanal hududiga Xoriogoninni mahalliy yuborish va klassik — mushak ichiga yuborish.

Birinchi usul xoriogoninning biriktiruvchi to'qimalarga ekstragonadal ta'sirining ijobiy faktini aniqlashga asoslangan bo'lib, uning bo'shashishida namoyon bo'ladi. Bir tomonlama kriptorxidizm inguinal kanalga in'ektsiya har kuni 3 kun davomida amalga oshiriladi va ikki tomonlama kriptorxidizm bilan og'rigan bemorlarda keyingi 3 kun davomida qarama-qarshi bo'shliqda takrorlanadi. Xoriogoninning bir martalik dozasi 600-700 ME ni tashkil qiladi. Bir tomonlama kriptorxizm bilan og'rigan bemorlar uchun kurs ishi 1800-2250 ME, ikki tomonlama - 3600-4500 ME.

Klassik mushak ichiga preparatni qo'llash bilan bolalarda bir martalik dozalar: 2 oydan 2 yoshgacha - 250 ME; 3-6 yosh - 500 ME; 6 yildan ortiq - 1000 ME. In'ektsiya haftada 2 marta 1 oy davomida amalga oshiriladi. Effektning yo'qligi 1 oydan keyin takroriy kursni istisno qilmaydi. Ushbu davolash uchun xoriogoninning umumiy dozasi 4000-8000 ME ni tashkil qiladi.

Mahalliy kiritishga ustunlik beriladi, chunki u kamroq miqdorda xoriogoninni talab qiladi, erta balog'atga yetish belgilari (balog'at, jinsiy

olatni kattalashishi, ereksiya), tushmagan moyaklar sohasidagi og'riqlar, suyaklarning tez differensiatsiyasi ko'rinishida asoratlar va o'sishning kechikishi bo'lmaydi. Ushbu asoratlar ko'pincha klassik mushak ichiga yuborish usuli bilan birga keladi.

Jarrohlik davolashga quyidagilar kiradi: 1) ektopiya ko'rinishidagi kriptorxizm (6 oy - 2 yil); 2) chov churrasining klinik ko'rinishlari bilan birgalikda har qanday shakldagi kriptorxizm (tashhis qo'yilgan paytdan boshlab); 3) murakkab kriptorxizmning barcha shakllari: strangulyatsiya, tushmagan moyakning inversiyasi, uning o'simta o'zgarishi (tashhis qo'yilgan paytdan boshlab); 4) kriptorxizm, agar moyakning tutilgan qismida og'riq tarixi bo'lsa (tashhis qo'yilgan paytdan boshlab); 5) siydikda LG ajralish darajasi 124,8 ME dan yuqori bo'lsa (6 oy - 2 yil) qorin bo'shlig'i yoki inguinal tutilish shaklida kriptorxizm; 6) gormonal terapiyadan keyin muvaffaqiyat bo'lmaganda kriptorxizm (tashhis qo'yilgan paytdan boshlab).

Hozirgi vaqtda moyakni ikki bosqichli qisqartirish usullariga ustunlik beriladi. Bu holatda asosiy vazifalar anatomik zaxiralardan maksimal darajada foydalangan holda, sperma shnurining elementlarini taranglashtirmasdan (!) Son-yorg'oq manjetda moyakni qisqartirish va mahkamlashdir.

Operatsiyaning ikkinchi bosqichi (skrofemoral manjetning uzilishi) qat'iy individual ko'rsatmalarga muvofiq, qisqartirilgan moyakning joylashishi va holatiga, skrofemoral manjetning holatiga va uning qalinligida osongina paypaslanishi mumkin bo'lgan ligaturaga, moyakni sonning fastsiyasiga mahkamlash. Odatda operatsiyaning ikkinchi bosqichi birinchidan keyin 2 oydan 12 oygacha bo'lgan vaqt ichida amalga oshiriladi.

Balog'at davrida moyaklar o'z-o'zidan yorg'oqqa tushadigan noto'g'ri kriptorxizm gormonal yoki jarrohlik davolashga duch kelmaydi, ammo klinik kuzatuvni talab qiladi. Xulosa qilib shuni ta'kidlaymizki, bolalarda kriptorxizmni davolashda endokrinolog va jarrohning birgalikdagi ishtiroki zarur, ammo kasallikni erta aniqlash umumiy pediatrianing vazifasidir.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Atakulov J.O. Bolalarda tug'ma rivojlanish nuqsonlari. O'quv qo'llanma. Samarqand 2023
2. Yusupov Sh.A., Shamsiyev A.M., Atakulov J.O., Baymuradov N.S. «Congenital defects in children», Darslik. Samarqand.2023
3. Atakulov J. O., Yusupov Sh. A., Raximov F. E., Baymuradov N. S. Bolalar xirurgiyasi. O'quv qo'llanma. 2022
4. Hamrayev A.J., Atakulov J.O. Bolalar kolorektal xirurgiyasi. O'quv qo'llanma. Toshkent: O'qituvchi, 2014.
5. Garifulina L.M. tahriri ostida Turayeva D.X., Ashurova M.J., Goyibova N.S.
Pediatriya. Darslik. Samarqand 2024
6. Болаларда кўп учрайдиган соматик касалликлар. Гарифулина Л.М. таҳрири остида. Ўқув қўлланма. Самарқанд. 2020 й
7. Garifulina L.M. "Bolalar pulmonologiyasi asoslari" O'quv qo'llanma. Samarqand. 2023.
8. Garifulina L.M., Islamova D.S., TurayevaD.X. Bolalarda malabsorbtsiya sindromi. O'quv qo'llanma. Samarqand 2025
9. Daminov T.O., Xalmatova B.T., Boboeva O'.R. Bolalar kasalliklari . Дарслик. - Тошкент. Tafakkur Bo'stoni. 2013

J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, L.M. Garifulina

**BOLALAR SOMATIK VA XIRURGIK KASALLIKLARIDAGI
CHEGARAVIY HOLATLAR**

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000432-2025

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 30.04.2025 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 9

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 10 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 154/2025

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

