

**Q.E. RAXMANOV, S.S. DAVLATOV,
M.M. AMONOV, R.F. AXMEDOV**

ABDOMINAL XIRURGIYA



2025

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

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

SAMARQAND DAVLAT TIBIYOT UNIVERSITETI

**Q.E. Raxmanov, S.S. Davlatov, M.M. Amonov,
R.F. Axmedov**

ABDOMINAL XIRURGIYA

*Tibbiyot oliy ta’lim muassasalari
Davolash fakulteti talabalari (o‘quvchilari) uchun*

O‘QUV QO‘LLANMA

SAMARQAND – 2025

UO'K: 617.0(075)

A 14

KBK: 54.5ya73

Q.E. Raxmanov, S.S. Davlatov, M.M. Amonov, R.F. Axmedov.

Abdominal xirurgiya [Matn]: o'quv qo'llanma / Samarqand davlat tibbiyot universiteti – Samarqand.: "STEP-SEL" MCHJ nashriyoti, 2025 - 500 bet.

Zamonaviy xirurgiya bu nafaqat surunkali xoletsistit kasalligida, balki ushbu kasallikning o'tkir turida ham laparoskopik operatsiya uslublaridan foydalanish, ko'pgina boshqa surunkali va o'tkir xirurgik kasalliklarda ham kichik yoki miniinvaziv operatsiya taktikasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'lib, kundan-kun odat tusiga aylanib bormoqda.

Xirurgiya sohasida yangidan-yangi yo'nalishlar paydo bo'lishi, oldingi qo'llanmalarda ularning ifoda etilmaganligi, yangi o'quv qo'llanma yaratish va ushbu masalalarni ham unga kiritish zaruratini yuzaga keltirdi.

Albatta, bularning barchasini, yetakchi omil – jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilm ahli orasida namoyon etish, ular tajribasiga tayangan holda takomillashtirish, yuqori samarali jarrohlik amaliyotlari usul va uslublarini ishlab chiqish va ularni amaliyotga keng tadbiq etishsiz, tasavvur qilish qiyin.

Mazkur o'quv qo'llanma tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining Davolash fakulteti talabalari (o'quvchilari) uchun mo'ljallangan.

Taqrizchilar:

Abdullayev S.A. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.

Abduraxmonov M.M. - Buxoro davlat tibbiyot institutining xirurgik kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universitetining 2025–yil 2–maydagi A/F 201-sonli buyrug'iga asosan chop etishga ruxsat etilgan. Ro'yxatga olish raqami G/000423-2025

ISBN: 978-9910-648-96-0

© Q.E. Raxmanov va boshq. 2025
© "STAP-SEL" MChJ nashriyoti. 2025

MUNDARIJA

SO‘Z BOSHI	8
QISQARTMA SO‘ZLAR	11
I BOB. O‘TKIR APPENDITSIT VA UNING ASORATLARI	12
1.1. O‘TKIR APPENDITSIT	12
Anatomik-fiziologik ma’lumotlar	12
Etiologiya va patogenezini	13
Klassifikatsiyasi	14
Klinik ko‘rinishi va diagnostikasi	14
Differentsial diagnostikasi.....	29
Davolash taktikasi.....	31
O‘tkir appenditsit asoratlari	40
Homilador ayollar, bolalar va keksa yoshdagi odamlarda o‘tkir appenditsitning o‘ziga xos kechishi	44
Bolalardagi o‘tkir appenditsitning o‘ziga xos kechishi.....	49
Keksa yoshdagi bemorlarda o‘tkir appenditsitning o‘ziga xos kechishi	52
Nazorat savollari.....	56
II BOB. QORIN OLD DEVORI CHURRALARI	58
Etiologiyasi va patogenezini.....	60
Klinik ko‘rinishi va diagnostikasi	61
Chov churrallari (hernia ingvinalis)	63
Son churrasi (hernia femoralis)	73
Kindik churrallari.....	77
Qorin oq chiziq churrallari (hernia liniae alba)	81
Travmatik va operatsiyadan keyingi churralar.....	83
Ichki va kam uchraydigan churralar	88
Nazorat savollari.....	91

III BOB. QORIN OLD DEVORI CHURRALARINING ASORATLARI.....	93
Churraning qisilishi.....	93
Etiologiyasi va patogenezi	93
Klinik ko‘rinishi va diagnostikasi.....	94
Davolash	97
Nazorat savollari	105
IV BOB: O‘T-TOSH KASALLIGI.....	107
O‘t ajratuvchi yo‘llar anatomiyasi	107
Sfinkter apparati. O‘n ikki barmoq ichak katta so‘rg‘ichi	113
O‘t hosil bo‘lishi va o‘t ajralish fiziologiyasi.....	117
O‘t ajratish	127
Surunkali kal’kulyoz xoletsistit	128
Etiologiya va patogenezi.....	129
Patologik anatomiyasi.....	129
Klassifikatsiyasi.	131
Klinik ko‘rinishi.....	132
Diagnostikaning o‘ziga xos xususiyatlari.....	133
Asoratlari:	134
Surunkali toshsiz xoletsistit	141
Davolash usullari.	142
Surunkali xoletsistitda kichik kesimdan xoletsistektomiya.	142
Nazorat savollari.	174
V BOB. O‘TKIR XOLESISTIT VA UNING ASORATLARI.....	176
Anatomik-fiziologik ma’lumotlar.....	176
Epidemiologiyasi	178
Etiologiya va patogenezi.....	179
Patologik anatomiyasi.....	181

Klassifikatsiyasi	184
Klinik ko‘rinishi.....	185
Diagnostikaning o‘ziga xos xususiyatlari.....	189
Asoratlari	191
Davolash taktikasi.....	197
O‘tkir xoletsistitda operatsiyalarning o‘ziga xos xususiyatlari	211
O‘tkir xolesistit asoratlari	229
Nazorat savollari.....	293
VI BOB O‘TKIR PANKREATIT (PANCREATITIS ACUTA). .	294
Anatomik-fiziologik ma’lumotlar	294
Klinikasi.....	306
O‘tkir pankreatit asoratlari:	308
Diagnostikasi.	310
Davolash.	314
Surunkali pankreatit.....	323
Me’da osti bezi kistalari	330
Nazorat savollari.....	335
VII BOB. ME’DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI	338
Me’da va 12-barmoq ichak anatomiyasi	338
Me’da va 12- barmoq ichak yara kasalligining klassifikatsiyasi	348
Me’da va 12-barmoq ichakning yara kasalligi etiologiyasi	348
Me’da va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligi diagnostikasi	350
Teshilgan gastroduodenal yaralar etiologiyasi	356
Nazorat savollari.....	358
VIII BOB. ME’DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI ASORATLARI	360
Yara perforatsiyasi (teshilishi) klassifikatsiyasi.....	360

Gastroduodenal qon ketish	368
Piloroduodenal stenoz.....	382
Yara penetrasiyasi.....	387
Me'da va o'n ikki barmoq ichak o'sma kasalliklari.....	389
Nazorat savollari.	395
IX BOB JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI.....	397
Anatomo-fiziologik xususiyatlari	397
Jigarning anatomik nuqsonlari.....	401
Jigarning jarohatlanishlari	402
Jigar jarohatlanishining og'irlik darajasi	403
Jigar abstsesslari	405
Jigar exinokokkozi	407
Klassifikatsiyasi.	408
Nazorat savollari	412
X BOB. PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI	414
Portal gipertenziya sindromi klassifikatsiyasi.....	418
Davolash usullari:	425
Nazorat savollari.	436
O'tkir ichak tutilishi klassifikatsiyasi	440
Klinik manzarasi	442
Tekshirish usullari.....	449
O'tkir dinamik ichak tutilishi.....	451
DINAMIK ICHAK TUTILISHI	474
Nazorat savollari.	476
XII BOB. O'TKIR PERITONIT.....	479
Qorin pardasining anatomik-fiziologik xususiyatlari.....	479
Kelib chiqishi bo'yicha peritonit:	486

Klinik kechishi.....	488
Diagnostikasi	489
Laparosentez	492
Nazorat savollari.....	496
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	498

SO‘Z BOSHI

Keyingi yillarda xirurgiya fanining zo‘r berib rivojlanishi zamirida, ilgari faqatgina yirik ilmiy markazlar imtiyozi hisoblangan ko‘pgina murakkab diagnostika uskunalarining – rentgentelevidenie, ultratovush yordamida va endoskopik tekshiruv uskunalarini xizmatidan nafaqat yirik klinikalar foydalanish, balki viloyat va tuman kasalxonalari amaliyotiga keng miqyosda kirib kelishi, yangidan yangi diagnostik uskunalar (angiografiya, kompyuter tomografiya, doplerografiya va b.) xizmatidan keng ko‘lamda foydalanish, burun tasavvur qilish qiyin bo‘lgan yangi texnologiyalarning shiddat bilan kirib kelishi va ular bilan bog‘liq bo‘lgan endoxirurgik va miniinvaziv operatsiyalar uchun moslama yoki uskunalar taraqqiyoti yotadi. Albatta, bularning barchasini, etakchi omil – jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilm ahli orasida namoyon etish, ular tajribasiga tayangan holda takomillashtirish, yuqori samarali jarrohlik amaliyotlari usul va uslublarni ishlab chiqish va ularni amaliyotga keng tadbiiq etishsiz, tasavvur qilish qiyin.

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

“Abdominal xirurgiya” o‘quv qo‘llanmasi tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari, aspirantlar va jarrohlik yo‘nalishi bo‘yicha o‘z bilimlarini chuqurlashtirish istagida bo‘lgan amaliyotchi shifokorlar uchun mo‘ljallangan. Qo‘llanmada jarrohlik davolashning asosiy tamoyillari va usullari, shuningdek, jarrohlik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni tashxislash va davolashning zamonaviy yondashuvlari keltirilgan. Fakultet jarrohligining dolzarb masalalariga alohida e‘tibor

qaratilib, uni bo'lajak mutaxassislar uchun ajralmas manbaga aylantirmoqda.

Qo'llanmaning birinchi bo'limi jarrohlikning klinik jihatlarini tushunish uchun zarur bo'lgan jarrohlik anatomiyasi va fiziologiyasi asoslarini o'z ichiga oladi. Gemostaz, yallig'lanish va to'qimalarni davolash kabi asosiy tushunchalar, shuningdek, ularning jarrohlik aralashuvi kontekstidagi ahamiyati tasvirlangan. Ushbu bo'lim yanada ilg'or mavzularni o'rganish uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Ikkinchi bo'lim jarrohlikda diagnostika usullariga bag'ishlangan. Bu yerda ultratovush, kompyuter tomografiyasi va magnit-rezonans tomografiya kabi zamonaviy tasvirlash texnologiyalari batafsil tavsiflangan. Laboratoriya diagnostikasi usullari va ularning bemorni operatsiyadan oldin tayyorlashdagi roli ham muhokama qilinadi. Ushbu usullarni tushunish ongli davolash qarorlarini qabul qilish uchun juda muhimdir.

Uchinchi bo'lim jarrohlik aralashuvlarning asosiy turlarini, shu jumladan shoshilinch va selektiv operatsiyalarni o'z ichiga oladi. Jarrohlik uchun ko'rsatmalar, turli xil aralashuvlarni amalga oshirish usullari va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar tasvirlangan. Ushbu bo'limda murakkab kasalliklarga chalingan bemorlarni davolashda multidisipliner yondashuvning ahamiyati ham ta'kidlangan.

Yakuniy bo'lim bemorlarni reabilitatsiya qilish va operatsiyadan keyingi parvarishlash masalalariga bag'ishlangan. Og'riqni boshqarish, yuqumli asoratlarni oldini olish va operatsiyadan keyin funktsiyalarni tiklashning zamonaviy yondashuvlari ko'rib chiqiladi. Qo'llanma zamonaviy tibbiyot muassasasida jarroh ishini tashkil etish bo'yicha tavsiyalar bilan yakunlanadi.

O'quv qo'llanmani yozishda, muallif xirurgiyaga oid mavjud ma'lumotlarni bayon etgani holda, kasalliklarni aniqlash va davolashning yangi usullari bilan tanishtirishga harakat qildi. Bu borada o'lkamiz olimlarining qo'shgan ulkan hissalar haqida ham so'z yuritishga urindi.

Bularning hammasi, bo'lajak jarrohlarning yangi avlodini tarbiyalashga va ularning xalqimizga malakali xizmat ko'rsatishiga yordam beradi degan umiddamiz.

QISQARTMA SO‘ZLAR

MDH-Mustaqil davlatlar hamkorligi
MVB-Markaziy venoz bosim
USQ-Umumiy serkulyatsiyadagi qon
EChT-Eritrositlarni cho‘kish tezligi
UO‘Y-Umumiy o‘t yo‘li
O‘JY-O‘n g jigar yo‘li
ChJY-Chap jigar yo‘li
UJO‘- Umumiy jigar yo‘li
O‘BI- o‘n ikki barmoq ichak
MOB-Me‘da osti bezi
JO‘BIB- jigar o‘n ikki barmoq ichak boylami
O‘P- O‘t pufagi
OIV-Orttirilgan immunitet virusi
IOXG-Intraoperasion xolangiografiya
LXE-Laparaskopik xoletsistektomiya
MXE-Mini xoletsistektomiya
AXE- Ananaviy xoletsistektomiya
OXE-Ochiq xoletsistektomiya
AQSh-Amerika Qo‘shma Shtatlari
BJSST-Butun jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
XDS-Xoledoxoduodenalsistema
XE-Xoletsistektomiya
MS- Mexanik sariqlik
ERXPG-Endoskopikretrogradxolangiopankritografiya
UTT-Ultratovush tekshirish.
KT-Kompyuter tomografiya
ATF- Adinozintrifosfat

I BOB. O‘TKIR APPENDITSIT VA UNING ASORATLARI

1.1. O‘TKIR APPENDITSIT

O‘tkir appenditsit xirurgik kasallik bo‘lib, ko‘richak chuvalchangsimon o‘simtasining o‘tkir nospetsifik yallig‘lanishidir. O‘tkir appenditsit bilan kasallanish har ming kishidan 4-5 nafarini tashkil qiladi. Ayniqsa o‘tkir appenditsit 20-40 yosh orasida, ayollar erkaklarga nisbatan 2 marta ko‘p kasallanadi.

MDH da yil mobaynida o‘tkir appenditsit tufayli 1 mln dan ortiq operatsiyalar qilinadi. Yurtimizda 1 yil mobaynida 500 mingdan ortiq bemor bu kasallik bo‘yicha shifoxonalarga yotqizilgan va ulardan 89% bemor appendektomiya operatsiyasini boshidan o‘tkazishadi.

Operatsiyadan keyingi o‘lim darajasi Rossiyaning rivojlangan klinikalarida 0,2-0,3% ni, bizda esa o‘rta hisobda 0,2% ni tashkil qiladi. O‘lim ko‘rsatkichining asosiy sabablari: bemorlarning shifoxonaga yotqizilishidan oldingi davrdagi qo‘yilgan diagnostik xatolar, ba’zida shifoxonaga kech yotqizish sababli yo‘l qo‘yilgan asoratlardir.

I.I. Grekov: “Chuvalchangsimon o‘simta yallig‘lanishi xameleonsimon kasallik, u kutgan joyda bo‘lmay balki kutilmagan hollarda kuzatiladi”,- deb ta’rif beradi. Appendektomiya, jarrohlik amaliyotida eng oson bajariladigan va shuning bilan birga eng murakkab amaliyotlardan biri hisoblanadi.

Kasallik diagnostikasining qiyinligi, uning asoratlanishi va shuningdek kasallikning ogir o‘tishiga olib keladi.

Anatomik-fiziologik ma’lumotlar

Chuvalchangsimon o‘simta ko‘richakning orqa-medial devoridan uzunasiga ketgan uchta mushaklar uchrashgan joydan chiqadi. U turli holatni egallab, uzunligi 6-16 sm, diametri esa 5-9 mm bo‘lgan yopiq tsilindr shakliga ega bo‘ladi. Keksa yoshdagi odamlar organizmida o‘simta kichrayadi, devorlari sklerotik o‘zgarishlarga uchraydi, natijada uning bo‘shlig‘i torayib, hatto yo‘qolib ketishi kuzatiladi.

Chuvalchangsimon o‘simta odatda o‘ng yonbosh sohasida joylashib, qorin bo‘shlig‘ida pastga va medial tomonga yo‘naladi (1.1.1-rasm),

ba'zan esa kichik chanoq sohasigacha tushishi mumkin. O'simta ko'richakdan medial va lateral yo'nalishda yuqoriga ham ko'tarilishi mumkin (1.1.2-rasm), ba'zan esa o't pufagigacha borib yetadi. Aksariyat hollarda, Chuvalchangsimon o'simta ko'richak orqasida va hatto retroperitoneal joylashishi mumkin. Ba'zida, o'simtani yuqorida – jigar ostida, yoki pastda – kichik chanoq bo'shlig'ida – joylashishi kuzatilishi mumkin (1.1.3-rasm).

Ko'pchilik hollarda ko'richak parietal qorin parda bilan har tomonlama o'ralgan bo'ladi, lekin ba'zi holatlarda mezoperitoneal joylashgan bo'lib, kam harakatchan yoki umuman harakatsiz holda bo'ladi. Ba'zida Chuvalchangsimon o'simtaning tug'ma bo'lmaslik hollari ham uchraydi, lekin bu turdagi hodisalar kamdan kam hollarda kuzatiladi.

Etiologiya va patogenezi

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

O'tkir appenditsit kelib chiqishida turli-tuman nazariyalar mavjud: dimlanish, askaridalar invaziyasi, angionevrotik, infektsion, kortikosteroial, allergik, neyrogen va qon tomir nazariyalari. Qator hollarda organizmda boshqa lokalizatsiyali yallig'lanish o'choqlari mavjud holda, Chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi paydo bo'ladi, bu hol uning limfoid to'qimaga boyligi bilan bog'liq bo'ladi. O'tkir appenditsitning rivojlanishida ko'proq ovqat yeyish, ovqatlar tarkibida ichak atoniyasiga va bijg'ish jarayonlariga ta'sir ko'rsatuvchi oqsilli mahsulotlarning ustunlik qilishi ma'lum ahamiyatga ega bo'ladi.

Ko'pchilik olimlarning fikricha, yosh ulg'ayganda va keksalarda o'tkir appenditsitga ko'proq *a. appendicularis* trombozi sabab bo'ladi. Go'daklik yoshida esa, o'tkir appenditsit gijja invaziyasi (ostritsalar) sababli vujudga kelishi mumkin degan ehtimol bor.

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

Klassifikatsiyasi

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

1. Appendikulyar sanchiq (kolika).
2. Oddiy (kataral) appenditsit.
3. Destruktiv appenditsit:
 - flegmonoz;
 - gangrenoz;
 - gangrenoz-perforativ;
4. Asoratlangan appenditsit:
 - appendikulyar infiltrat;
 - appendikulyar abscess;
 - tarqalgan yiringli peritonit;
 - pileflebit (ichak tutqich venalari septik tromboflebiti);
 - sepsis.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

O'tkir appenditsitning klinik manzarasi turli-tumanligi bilan ajralib turadi, bu hol kasallikning turigagina emas, balki Chuvalchangsimon o'simtaning joylanish xususiyatlariga ham bog'liq bo'ladi.

Odatdagi hollarda, kasallik o'ng yonbosh sohasidagi o'rtacha og'riq bilan boshlanadi, bu og'riq sekin-asta kuchaya boradi. Og'riqlar butun

qorin bo'ylab yoki kindik atrofida boshlanib, keyin o'ng yonbosh sohasiga o'tishi mumkin. Taxminan 30-35% bemorlarda og'riq epigastral sohadan boshlanib, 4-6 soat o'tgach, o'ng yonbosh sohaga o'tadi (Koxer-Volkovich simptomi). O'tkir appenditsitda odatda og'riq doimiy, ba'zan esa tutib-tutib og'riydi, og'riq unchalik kuchli bo'lmaydi. Og'riqlar intensivligi yallig'lanish jarayonining tarqalganligiga bog'liq bo'lmaydi. Og'riq, birdaniga o'ng yonbosh sohasida boshlanib, so'ng qorinning turli sohalariga tarqalishi mumkin. Bu holat ko'pincha, Chuvalchangsimon o'simtaning qayerga joylashganligiga bog'liq bo'ladi. Chuvalchangsimon o'simtaning retrotsekal joylashishida og'riqlar belga, tashqi jinsiy a'zolar sohasiga uzatilib, buyrak sanchig'i klinikasini ham beradi. Chuvalchangsimon o'simta yuqori joylashishida, xoletsistit yoki pankreatit belgilar kabi simptomlar bilan ham o'tadi.

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

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

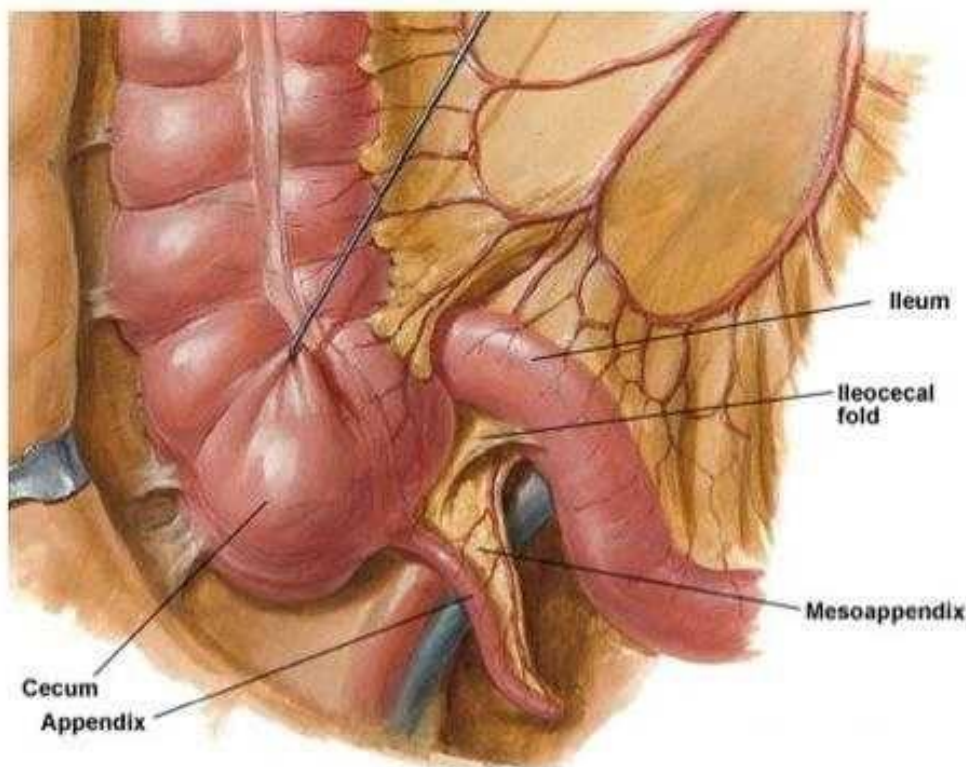
Qorinni umumiy tekshiruvdan so'ng maxsus tekshiruvga o'tiladi, o'tkir appenditsit uchun xos bo'lgan belgilarni aniqlash lozim bo'ladi. Bugungi kunda, o'tkir appenditsitda uchrashi mumkin bo'lgan 100 dan ortiq belgilarga ta'rif berilgan. Biroq, ularning quyidagi ettitasini aniqlash, ko'pincha to'liq tashxis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

1. Shyotkin-Blyumberg belgisi;
2. Voskresenskiy ("ko'ylak sirpanishi") belgisi;
3. Obrastsov belgisi;
4. Sitkovskiy belgisi;

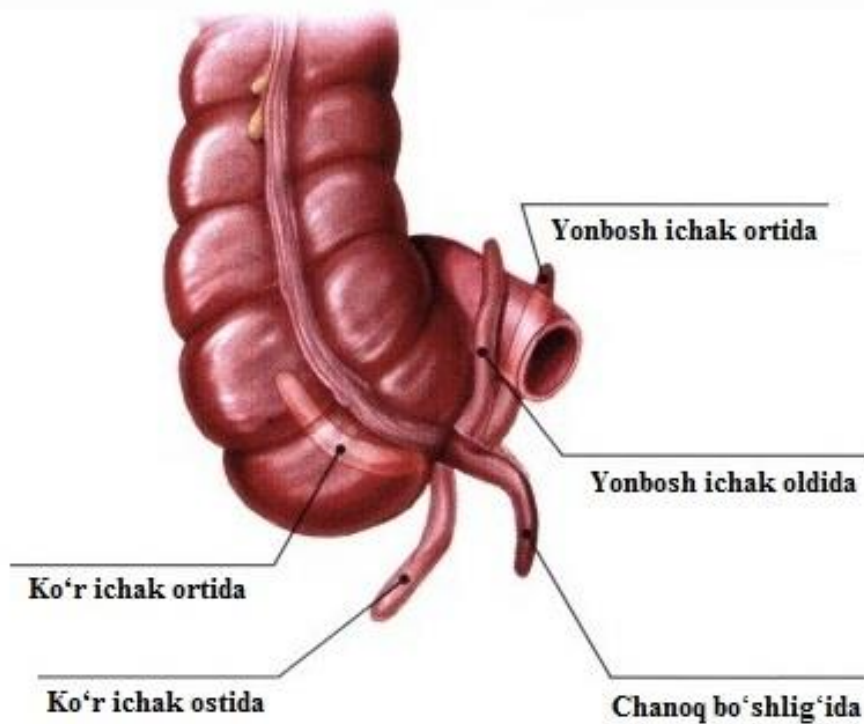
5. Bartome-Mixelson belgisi;
6. Rovzing belgisi;
7. Ivanov belgisi.

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

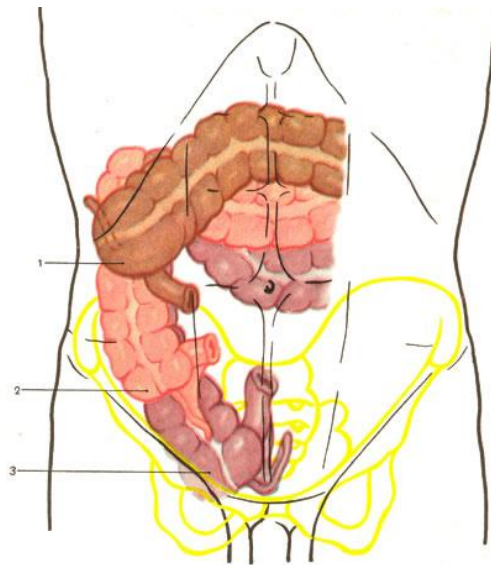
Ko'ylak sirpanishi belgisi faqat o'tkir appenditsit uchun xos bo'lgan belgi hisoblanadi. Bu belgi 1940 yil, V.M. Voskresenskiy tomonidan taklif etilgan. Bemor ko'ylagi bilan qorin devori yopiladi, so'ng o'ng qo'l barmoqlari uchi bilan o'ng yonbosh sohasidan chapga yuzaki va keskin o'tkazilsa, og'riq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



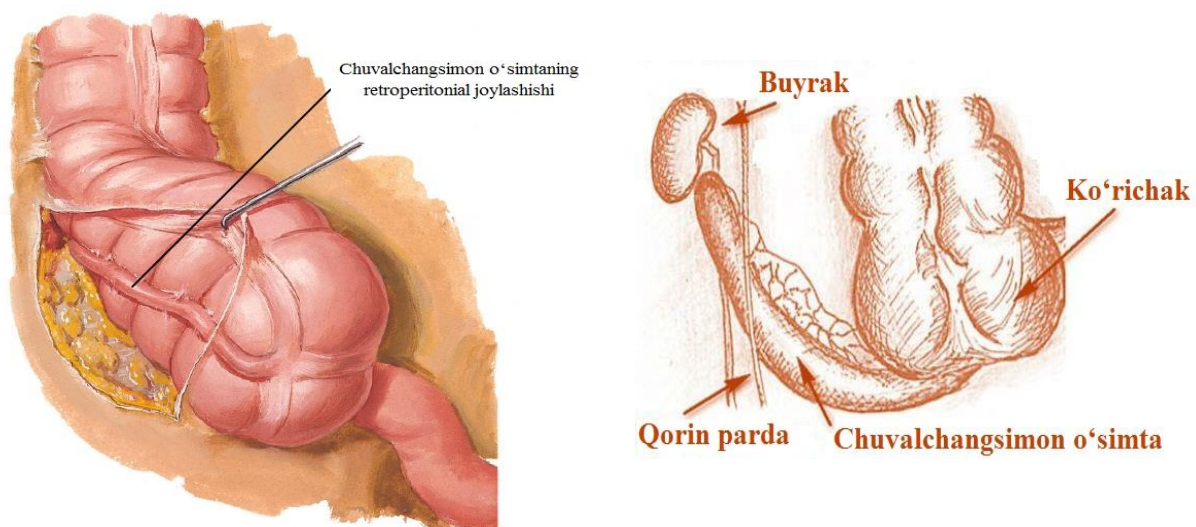
1.1.1-rasm. Ko'richak va Chuvalchangsimon o'simtaning qorin bo'shlig'i o'ng yonbosh chuqurchasida joylashishi



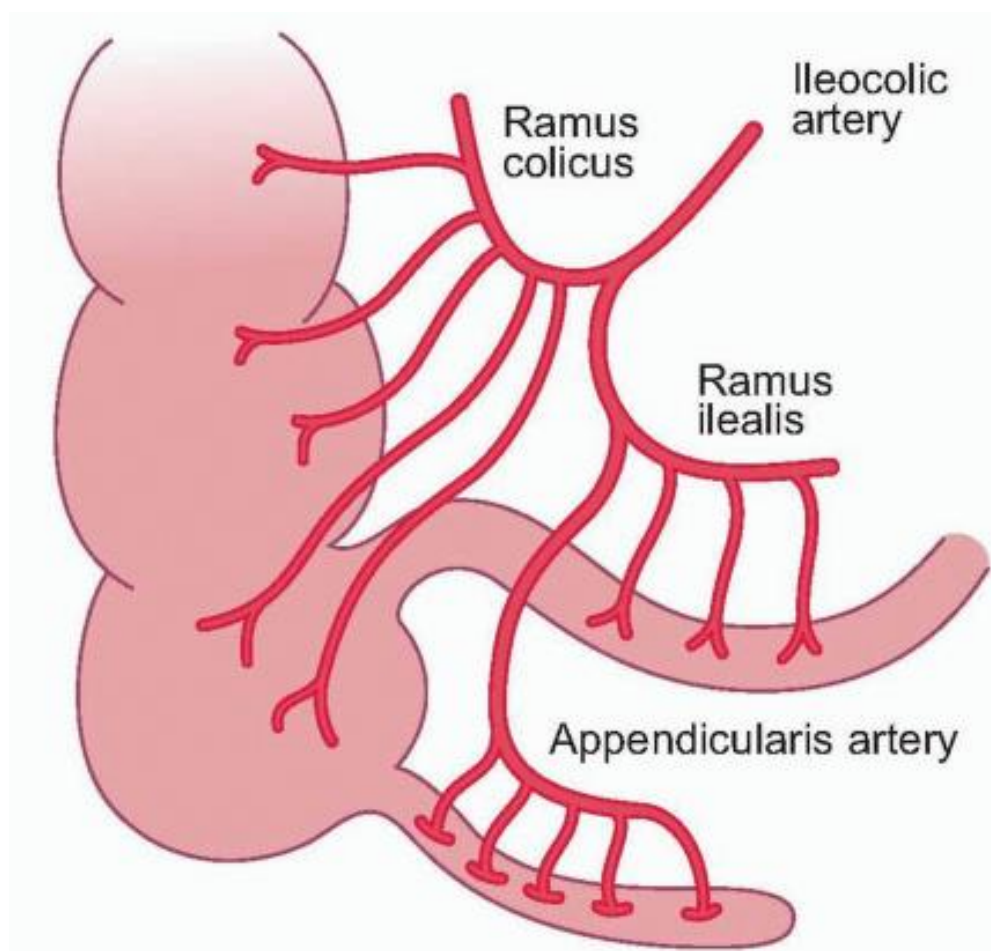
1.1.2-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning joylashish turlari



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



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



1.1.5-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning qon bilan ta'minlanishi:

1 - a. Iliocolica; 2 – a. Appendicularis



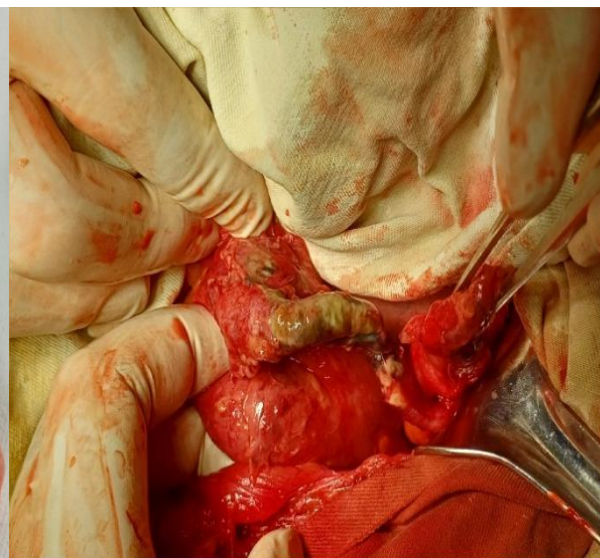
1.1.6-rasm. Chuvalchangsimon
o'simtaning odatdagi
ko'rinishi



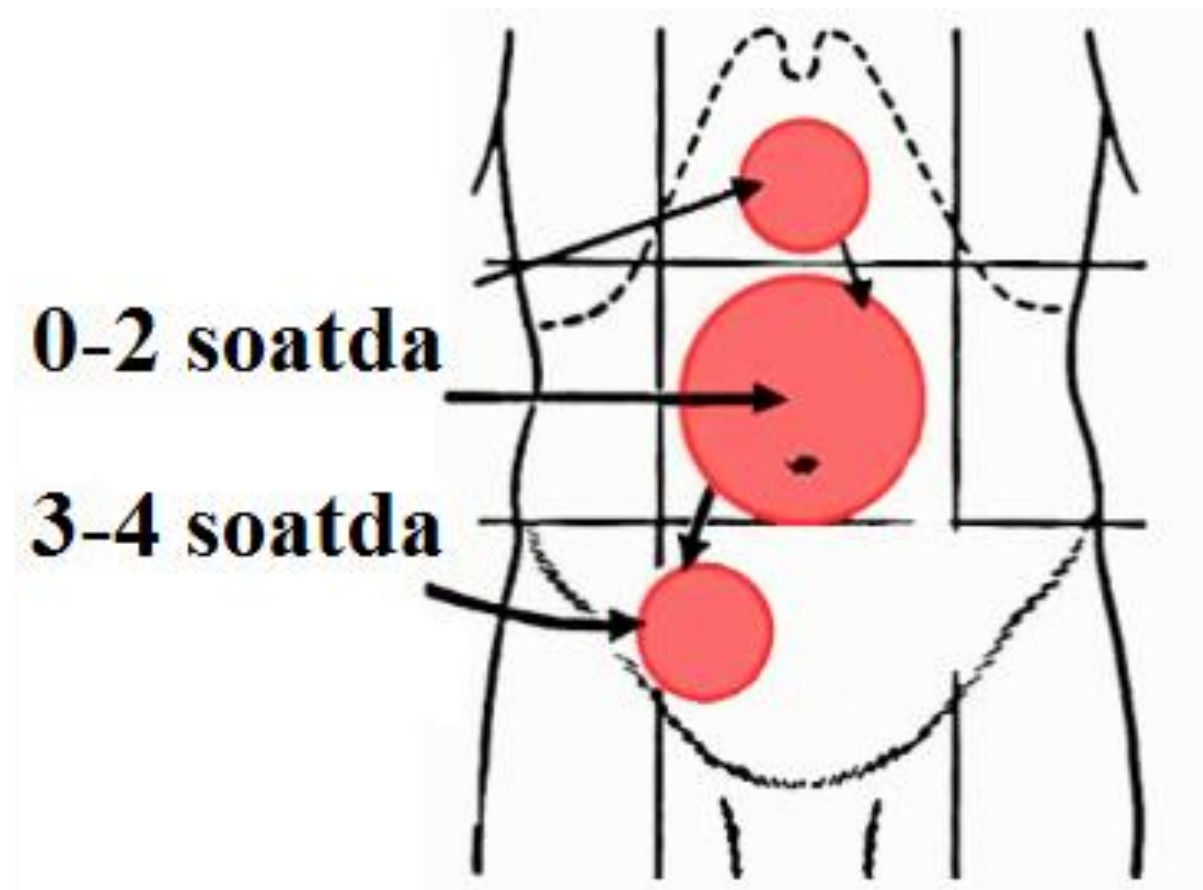
1.1.7-rasm.
Chuvalchangsimon
o'simtaning kataral
yallig'lanishi



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



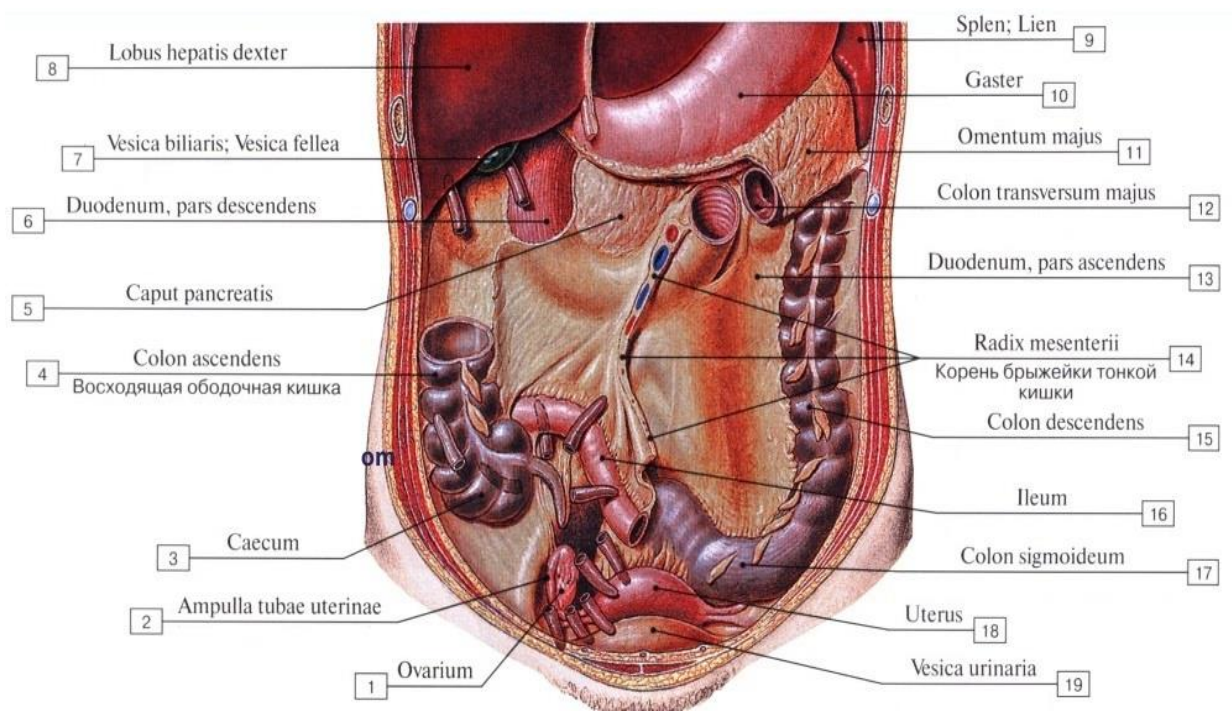
1.1.9-rasm.
Chuvalchangsimon
o'simtaning gangrenoz
yallig'lanishi



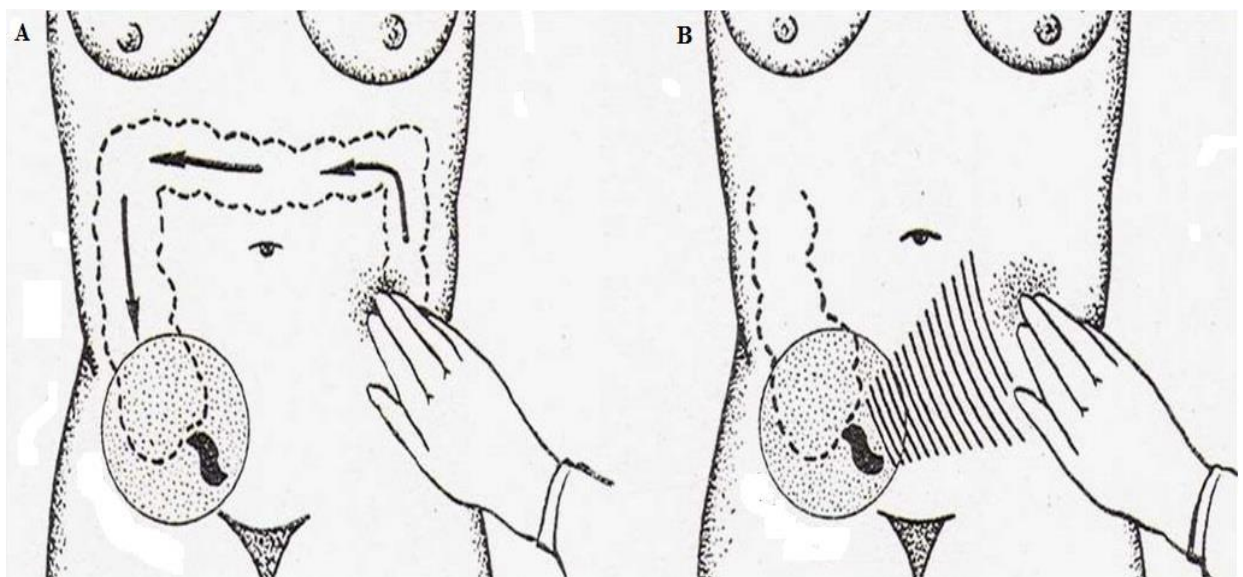
1.1.10-rasm. Koxer-Volkovich simptomi: 1-og‘riqning birlamchi lokalizatsiyasi;

2-3-4 soatdan keyin og‘riq o‘ng yonbosh sohaga ko‘chadi.

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



1.1.11-rasm. Yallig‘langan Chuvalchangsimon o‘simtaning qo‘shni a‘zolar devoriga tegib turishi.

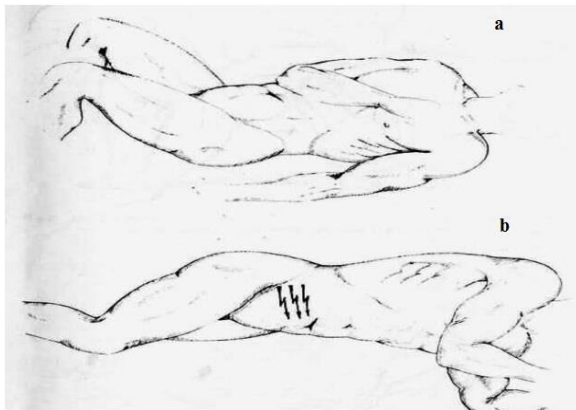


a.

b.

1.1.12-rasm. Rovzing simptomini aniqlash:

- a. sigmasimon ichak sohasida qo‘lning turtkisimon harakati;
- b. yo‘g‘on ichakda gazlarning retrograd harakati natijasida o‘ng yonbosh sohada og‘riqning paydo bo‘lishi



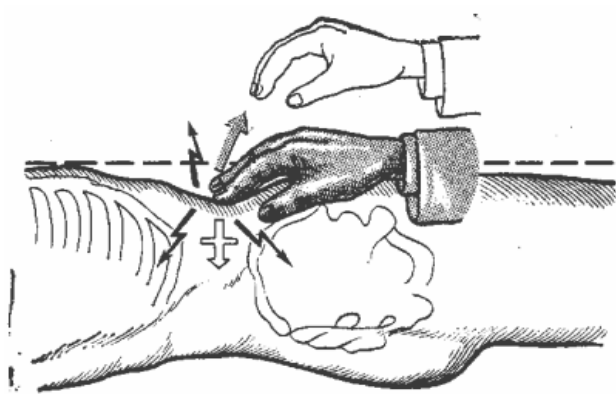
1.1.13-rasm.

Sitkovskiy simptomini aniqlash: chalgancha holatdan (a.) chap yonboshga yotganda (b.) o'ng yonbosh sohada pastga tortuvchi og'riqlar seziladi.

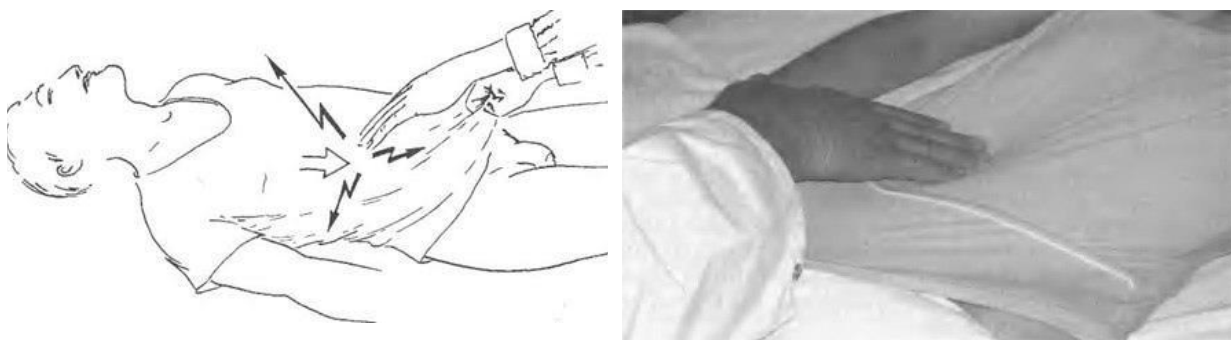


1.1.14-rasm. Bartom'e-Mixel'son simptomi:

bemor chap yonbosh holatida yotib, o'ng yonbosh soha paypaslanganda shu sohada og'riqning kuchayishi.



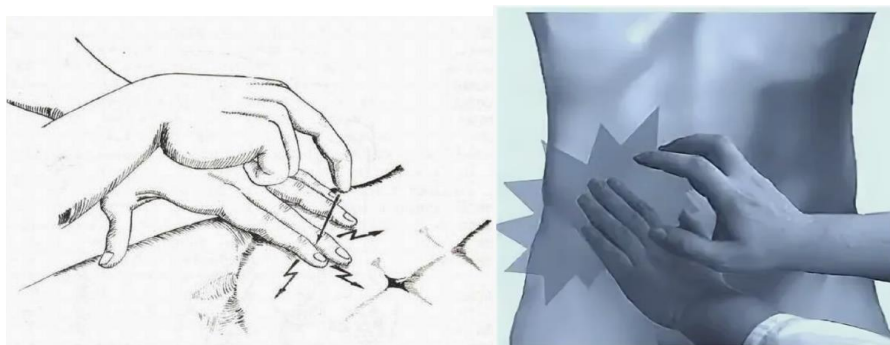
1.1.15-rasm. Shchyotkin-Blyumberg simptomi. Chuqur pal'patsiya qilinganda qo'l birdaniga olinsa yallig'langan o'choqda kuchli og'riq seziladi



1.1.16-rasm. Voskresenkiy simptomi.

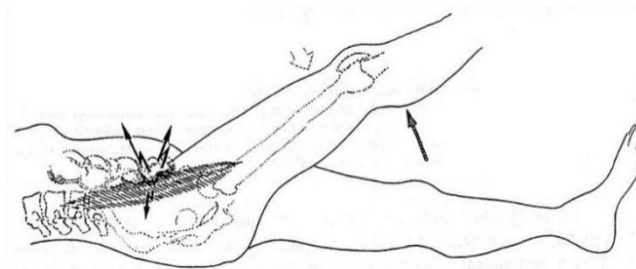
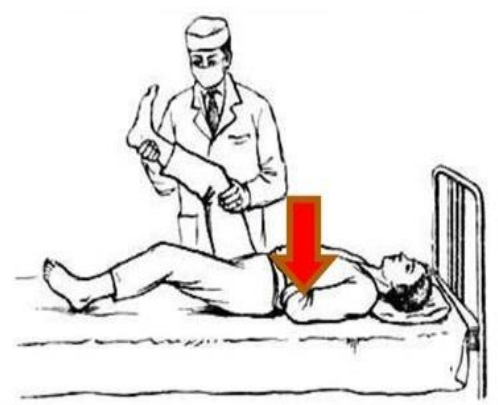
Qorinning oldingi devorida bemor ichki kiymi ustidan qo'l bilan sirpantiriladi.

Bunda o'ng yonbosh sohada og'riq kuchayadi.



1.1.17-rasm. Razdol'skiy simptomi.

O'ng yonbosh soha perkussiya qilinganida kuchli og'riq seziladi



1.1.18-rasm. Obraztsov simptomi.

Yotgan holat o'ng oyoq 90° gacha kutariladi va o'ng yonbosh soha chuqur pal'patsiya qilinadi shu sohasida og'riq kuchayadi.

Kasallik yaqqol ko'rinib to'rgan bo'lsa o'ng yonbosh sohani chuqur pal'patsiya qilish ancha qiyinchiliklar tug'diradi. SHuning uchun buni bajarish shart emas. Rovzing, Sitkovskiy, Bartome-Mixelson, Razdol'skiy simptomlari o'z ahamiyatini saqlagan bo'ladi. Tana harorati $38-38.5^\circ\text{S}$ gacha, leykotsitlar soni esa $12 \times 10^9 - 20 \times 10^9$ l gacha yetishi mumkin.

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

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

Keksa yoshdagi bemorlarda birlamchi gangrenoz appenditsit uchrashi mumkin. Bu chuvalchangsimon o'simta arteriyalarida birlamchi qon aylanishining buzilishi oqibatida (ateroskleroz yoki tromboz tufayli) buning oqibatida chuvalchangsimon o'simta infarkti bo'ladi va to'g'ridan-to'g'ri gangrenoz appenditsitga o'tadi. Kataral va flegmonoz appenditsit bo'lmasdan turib klinik ko'rinishlari oddiy gangrenoz appenditsitnikidan farq qiladi. Birlamchi gangrenoz

appenditsit boshlanish davrlarida o'ng yonbosh sohada chuvalchangsimon o'simta infarkti tufayli kuchli og'riqlar bilan xarakterlanadi. Og'riqlar tez so'nadi, chunki nerv tolalari o'lishga ulgiran bo'ladi.

Diagnostikasi

O'tkir appenditsit tashxisi quyidagilarga asoslanib quyiladi:

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

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

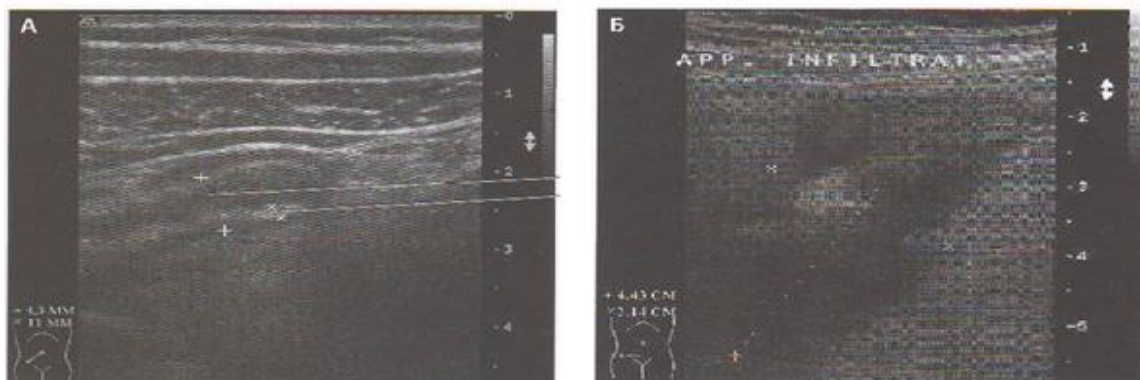
O'tkir appenditsit diagnostikasida *rentgenologik tekshirish usulini* qo'llash maqsadga muvofiq emas. Qorin bo'shlig'i a'zolarini kontrastsiz obzor rentgenoskopiyasida chuvalchangsimon o'simta aniqlanmaydi. 80% bemorlarda bir yoki bir nechta kasallikning belvosita belgilari aniqlanadi: ko'richak va yonbosh ichak terminal qismida suyuqlik sathi, yonbosh ichak terminal qismi va yo'g'on ichak o'ng yarmida gaz to'planishi, ya'ni pnevmatoz, ko'r ichak medial konturining deformatsiyasi, yonbosh-bel mushagi (m.ileopsoas) konturining noaniqligi (19-rasm). Ayrim vaqtlarda appendikolitlarning soyalari aniqlanadi. Chuvalchangsimon o'simta perforatsiyasida ayrim vaqtlarda pnevmoperitoneum aniqlanadi.



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

O'tkir appenditsitda *ul'tratovush tekshirish (UTT)* usulining sezgirligi 85% ni tashkil qiladi, maxsusligi esa – 95%. Me'yorda Chuvalchangsimon o'simta UTT yordamida aniqlanmaydi, chunki vizualizatsiyada uning strukturasining o'zgarishi yallig'lanish jarayoni bilan ifodalanadi. O'tkir appenditsitda ul'tratovushli kriteriyalarga quyidagilar kiradi: chuvalchangsimon o'simta devorida shish bo'lishi, datchik yordamida uni bosish imkoniyatining yo'qligi, Chuvalchangsimon o'simta diametri 7 mm dan ziyot; o'simta kundalang kesimida «nishon» ko'rinishida bo'lishi, bu o'simta bo'shlig'ining gipoexogen kengayishi bilan ifodalanadi, ya'ni shiliq va mushak qavat aylanisiga giperexogen qalinlashadi. Tekshirib ko'rilganda yonbosh ichak terminal qismining atoniyasi va ko'richak devorining shishi aniqlanadi, agar ular suyuqlik bilan to'lgan bo'lsa. O'tkir appenditsit rivojlanib borgan sari o'simta devori strukturasida qavatma-qavat bo'lishi yo'qoladi, o'simtaning gangrenoz o'zgarishi rivojlanishi natijasida uning konturlari yo'qoladi, yallig'lanish jarayoni chuvalchangsimon o'simtadan tashqariga tarqalganligi hisobiga yonbosh ichakdan ko'richakka o'tish joyi proektsiyasida (ileotsekal burchak) suyuqlik to'planadi, gaz pufakchalari bilan quyuq suyuqlik saqllovchi va

qalin rigid devorga ega bo'lgan absstessning shakllanishi. UTT boshqa kasalliklar (mezadenit, Kron kasalligi, xoletsistit va h.) belgilarini aniqlash imkoniga ega (20-rasm).



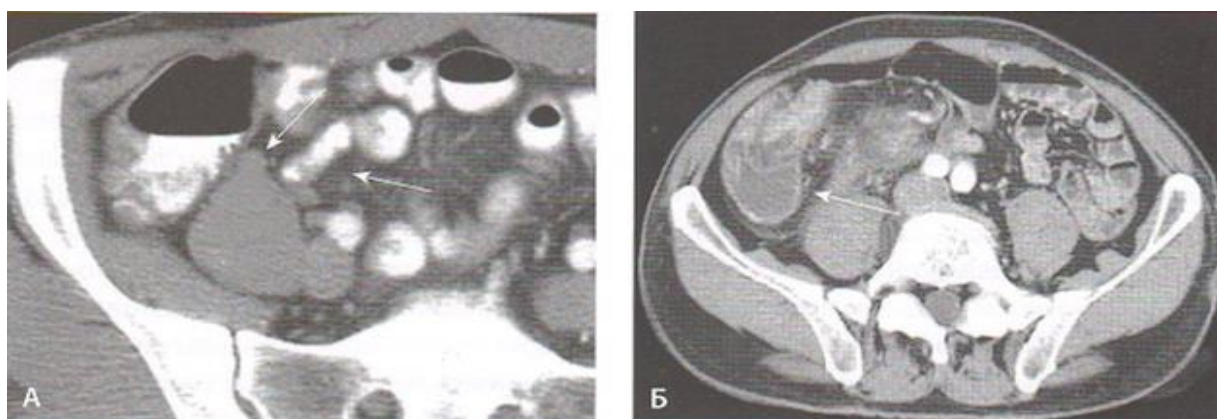
1.1.20-rasm. O'ng ileotsekal soha ul'trasonogrammasi: A-o'tkir appenditsit: appendiks diametrining kattalashishi – 11 mm (1); chuvalchangsimon o'simta devorining qalinlashishi – 4,3 mm (2); B-appendikulyar infil'trat (anexogen soha – chuvalchangsimon o'simta atrofida suyuqlik yig'ilishi)

Yallig'langan chuvalchangsimon o'simta va uning to'qimalari atrofida qon aylanishining kuchayishini hisobga olganda *rangli doplerografiyaning* o'tkir appenditsitga tashxis qo'yishda imkoniyatlari yuqori ekanligini e'tirof etsa bo'ladi. Ma'lum bo'lishicha, gangrenoz appenditsitdan tashqari, chuvalchangsimon o'simtaning boshqa hamma yallig'lanishlarida o'simta devorida qon aylanishi kuchayadi, bu esa unda va uning atrofidagi to'qimada yallig'lanish jarayoni kechayotganligidan darak beradi.

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

Amaliyotda ayrim vaqtlarda klinik belgilar, ul'tratovush va rentgenologik tekshirish natijalari shubhali bo'lganda, o'tkir appenditsitga tashxis qo'yishda ko'pincha *komp'yuter tomografiya (KT)* qo'llaniladi. O'tkir appenditsit borligini ifodalovchi komp'yuter diagnostikasi kriteriylari sifatida chuvalchangsimon o'simtadagi yallig'lanish o'zgarishlari yoki appendikolit (chuvalchangsimon o'simta

bo'shlig'ida toshlarning bo'lishi) bilan birgalikda peritsekal yallig'lanishlar bo'lishi mumkin. Kontrast moddalar diagnostik ahamiyatni oshiradi (tekshirishdan bir soat oldin vena ichiga kontrast yuboriladi). KT da zararlangan chuvalchangsimon o'simta nay tuzilishiga ega bo'lib, diametri 4 dan 20 mm gacha borib yetadi va devori qalinlashadi; peritsekal reaksiya qovushqoqligi yoki ko'richak atrof chegarasining noaniqligi bilan kechadi; shuningdek appendikolitlar aniqlanishi mumkin.

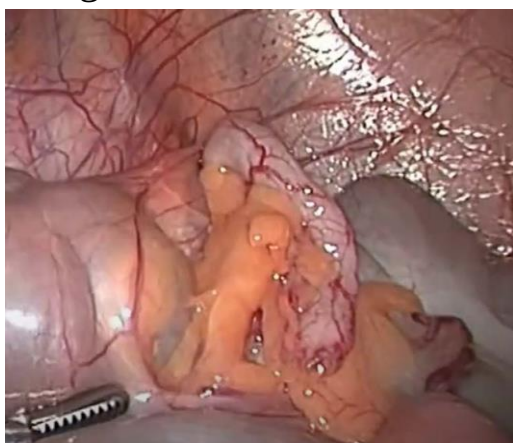


1.1.21-rasm. O'tkir appenditsit diagnostikasida qorin bo'shlig'i multispiral komp'yuter tomografiyasini qo'llash: A – o'tkir appenditsit: chuvalchangsimon o'simtaning qalinlashishi (strelka), periappendikulyar kletchatkaning yallig'lanishi (uzlukli strelka); B – o'tkir appenditsit: peritsekal yallig'lanish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

Peritsekal yallig'lanish o'zgarishlarini differentsial diagnostikasida KT muhim ahamiyatga ega, xususan flegmonalar yoki abstsesslarni farqlashda. Asoratlangan appenditsitda KT muvafaqqiyatli qo'llaniladi, aynan appendikulyar infil'tratni ko'r ichak o'smasidan differentsial diagnostika qilish maqsadida (21-rasm).

Differentsial diagnostika natijalari shubhali bo'lganda, laparoskopik diagnostika va hattoki diagnostik laparotomiyani qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi (Koup qoidasi – kasallik boshlangganidan 6 soat davomida va simptomatika saqlanib qolganda diagnozni aniqlash imkoni bo'lmaganida laparotomiya bajarish). Hozirgacha «sharsimon kateterni»

yuborgan holda laparotsentez ham o'z diagnostik ahamiyatini yo'qotmagan.



1.1.22-rasm. O'tkir appenditsitning laparoskopik diagnostikasi.

Laparoskopiya o'tkir flegmonoz appenditsit, mahalliy chegaralanmagan seroz peritonit aniqlandi

O'tkir appenditsitning laparoskopik belgilari bevosita va bilvosita belgilarga bo'linadi. Bevosita belgilariga quyidagilar kiradi: chuvalchangsimon o'simta devorining taranglashishi, vistseral qorin pardaning giperemiyasi, o'simta seroz qavatida kichik nuqtali qon quyilishlarining bo'lishi, fibrin bilan qoplanishi, chuvalchangsimon o'simta tutqichining infil'tratsiyasi. Kasallikning bilvosita belgilariga quyidagilar kiradi: qorin bo'shlig'ida xira suyuqlikning bo'lishi (ko'pincha o'ng yonbosh chuqurchada va kichik chanoq bo'shlig'ida), o'ng yonbosh sohada parietal qorin pardaning giperemiyasi, ko'richak devorining giperemiyasi va infil'tratsiyasi. O'tkir appenditsitda laparoskopiyaning diagnostik aniqligi 95-98% tashkil qiladi (22-rasm).

Differentsial diagnostikasi

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

O'tkir xoletsistit o'tkir appenditsitdan farqli ularoq, og'riq o'ng qovurga yoyi ostida o'tkir boshlanib, o'ng yelka va kurakka tipik

irradiatsiya beradi. Bu o'tkir xoletsistitning boshlang'ich davri bo'lib, o't (jigar) sanchig'i nomi bilan mashhurdir va ko'proq ko'p marotabali ovqat va safroli qusish bilan birga kechadi.

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

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

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

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

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

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

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

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

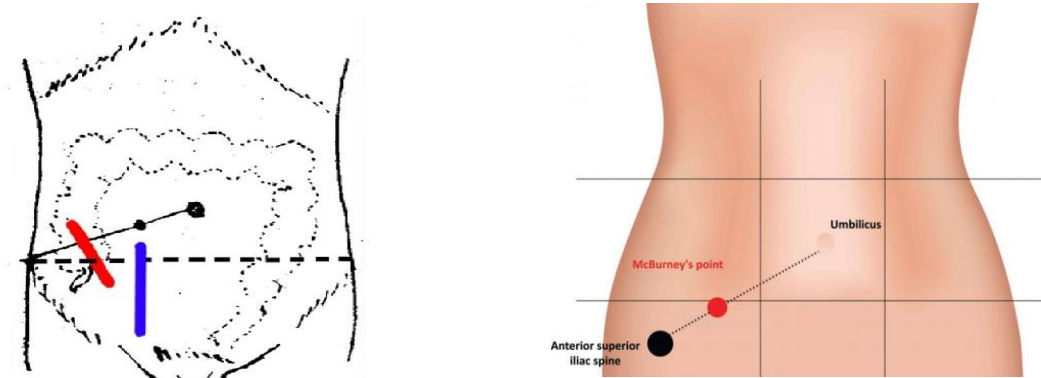
Davolash taktikasi

O'tkir appenditsitga biroz bo'lsa ham shubha tug'ilganida, kasallik klinik kechishining tez rivojlanib borishini va kasallik asoratlarini oldini olish maqsadida xirurgik muolajani o'z vaqtida bajarish muhim ekanligini hisobga olgan holda bemorni xirurgiya bo'limiga zudlik bilan yotqizish zarur. Diagnostika shubha bo'lganida ko'p marotaba klinik ko'riklar, laborator tahlillar (leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi), ul'tratovush tekshirish va hattoki kerak bo'lsa laparoskopik diagnostika qilib bemorni aktiv kuzatish kerak. «O'tkir appenditsit» diagnozi quyilganidan so'ng urgent tartibda appendektomiya operatsiyasini bajarish zarur. Operatsiya qanchalik erta bajarilsa, shunchalik u xavfsiz va samarali kechadi. Diagnostika quyilganidan so'ng 2 soatdan kechikmasdan operatsiya bajarilishi kerak (kasallik tarixida albatta bemorni shifoxonaga yotqizilgan vaqti va diagnostika quyilgan vaqti yozilishi shart). Ayrim vaqtlarda ob'ektiv sabablarga (bemor terminal

holati, operatsiyadan oldin tayyorgarlik zarurligi va h.) ko‘ra diagnoz quyilganidan so‘ng operatsiya bajarilishini kechiktirish mumkin, bu ham albatta kasallik tarixida yoritilishi kerak. Laparoskopik diagnostika vaqtida ehtiyotlik bilan «instrumental pal‘patsiyada» o‘tkir destruktiv appenditsit bo‘lib, abstsess belgilari bo‘lmagan appendikulyar infil’trat bilan asoratlanib to‘qimalarni ajratish imkoni bo‘lmaganda istesno tariqasida shoshilinch ravishda operativ muolaja bajariladi.

O‘ng yonbosh sohada Mak-Burne nuqtasidan, qiyshiq Volkovich-D’yakonov kesmasi – klassik appendektomiyani bajarish uchun ishonarli kesim hisoblanadi (1.1.24-rasm). Differentsial diagnostikada shubha bo‘lsa yoki o‘tkir appenditsitning asoratlari bo‘lganida appendektomiya Lenander kesimi yoki o‘rta laparotomiya orqali bajariladi.

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



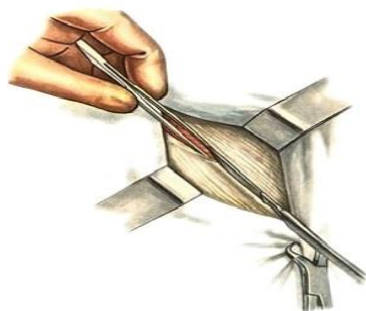
1.1.23-rasm. Appendektomiya uchun qo‘llaniladigan xirurgik kesmalar:

qizil rangda Volkovich-D’yakonov kesmasi, ko‘k rangda Lenander kesimi.

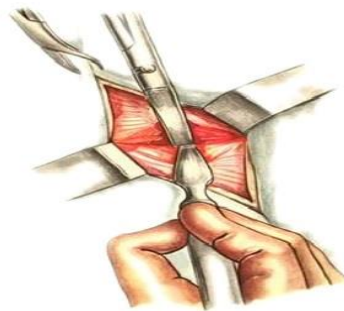
Appendektomiya urgent abdominal xirurgiyada tarqalgan operatsiya ekanligini hisobga olsak, uning har xil klinik holatlarda, shuningdek

o'tkir appenditsitga xatolik bilan diagnoz qo'yilganda bajarilish usulini va xususiyatlarini aytib o'tish joyiz.

Volkovich-D'yakonov usulida teri kesimini bajarish uchun qo'yidagi mo'ljallardan foydalaniladi: kindik va o'ng tomonlama yonbosh suyak oldingi yuqori o'sig'ini birlashtiruvchi chiziq uchta bir xil qismlarga bo'linib, tashqi va o'rta uchlikdagi chegarada (Mak-Burne nuqtasi) 10-12 sm uzunlikdagi kesim qilinadi, bunda kesimning 1/3 qismi ta'kidlab o'tilgan chiziqdan yuqorida va qolgan 2/3 qismi chiziqdan pastda bo'ladi. Teri va teri osti yog' qavati kesilgandan so'ng batamom qon ketishi to'xtatiladi, tashqi qiyshiq mushak aponevrozi uning tolalari yo'nalishda kesiladi va jarohatning yuqori burchagida mushakkacha yetadi yoki kerak bo'lsa mushak ham o'z tolalari yo'nalishida travmatizatsiyani kamaytirish maqsadida kesiladi (24-rasm). Bundan keyin ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarda kichik ko'ndalang kesim qilinadi va ular kengaytirgichlar yordamida yon tomonlarga tumtoq yo'l bilan teridagi kesimga nisbatan perpendikulyar ravishda suriladi (1.1.25-rasm). Aytib o'tilgan mushaklar ochilganidan so'ng odatda ularga yopishib turgan ko'ndalang fastsiya va qorin parda aniqlanadi. Qorin pardaga yopishib turgan ichak qovuzloqlarini jarohatlab qo'yishni oldini olish maqsadida uning ochilishi alohida ehtiyotlik bilan amalga oshiriladi.



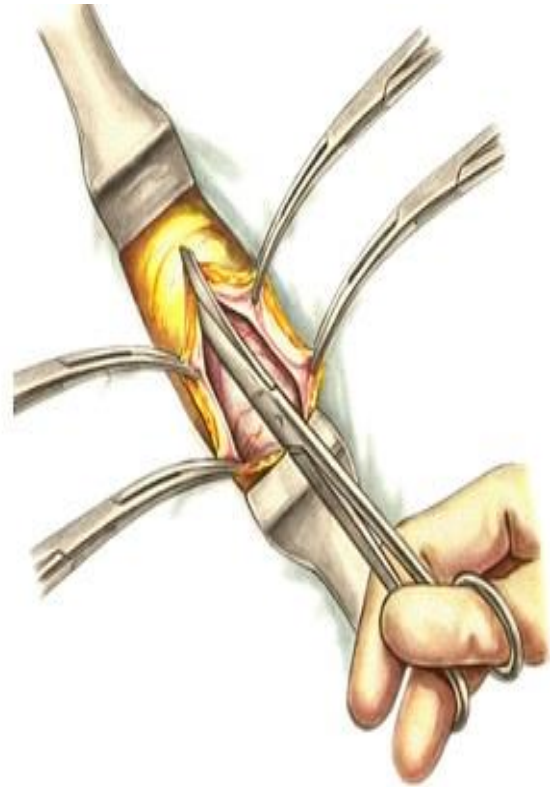
1.1.24-rasm. Tashqi qiyshiq mushak aponevrozini kesish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)



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

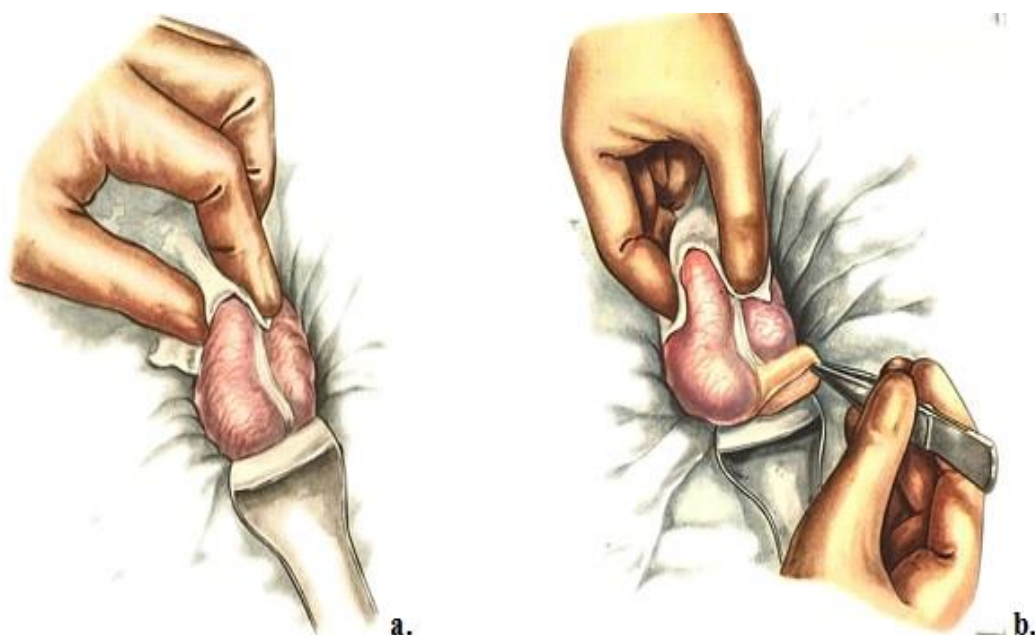


1.1.26-rasm. Ikkita pintset orasida qorin pardani kesish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)



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

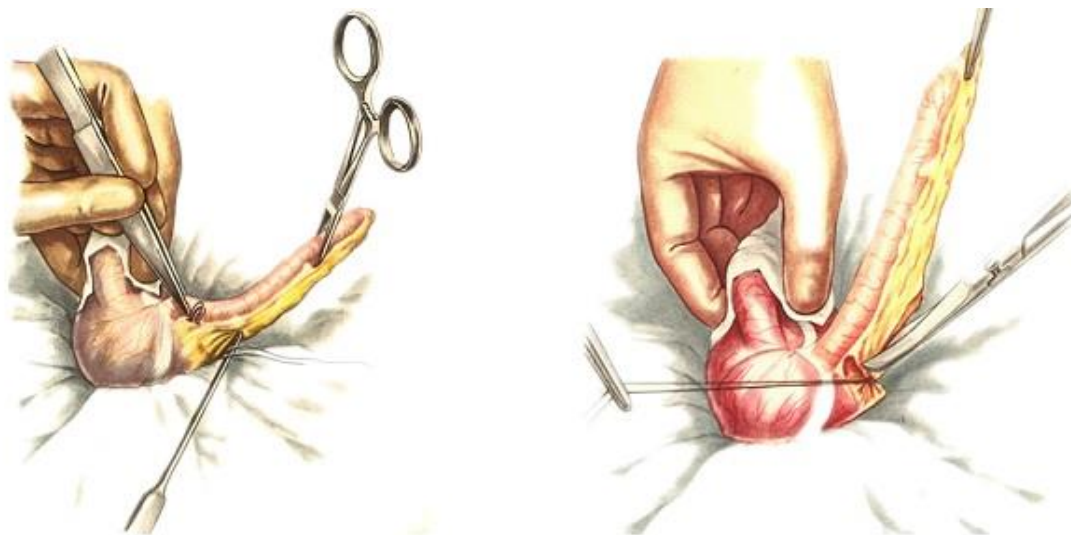
Bu maqsadda qorin parda pintsetlar bilan ushlanib (1.1.26-rasm), uning tagiga qaychi branshalari yaqinlashtiriladi, ular qorin parda qavatlari orasidan yaxshi ko'rinishi kerak, bu esa kesim mo'ljallangan joyda ichak qovuzloqlari yo'qligidan darak beradi va qorin parda kesiladi (qorin parda kesimining uzunligi 2-3 sm) (1.1.27-rasm). Qorin bo'shlig'ida patologik suyuqlik bo'lsa, marleli tupfer yordamida bakteriologik tekshirish bajarish uchun suyuqlik olinadi, keyinchalik suyuqlik evakuatsiya qilinadi. Antiseptik eritmalarda namlangan salfetaklar yordamida qorin bo'shlig'i operatsion jarohatdan chegaralanadi. Qorin bo'shlig'iga kirib ko'richakni topishga harakat qilinadi, topilgandan so'ng u imkoniyati boricha chuvalchangsimon o'simta bilan birgalikda jarohatga chiqariladi (1.1.28-rasm).



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

Ko‘richak ingichka ichakdan ko‘ndalang lentalari (*teniae coli*) borligi bilan farqlanadi. Agar bitishmalar hisobiga uni jarohatga chiqarish imkoni cheklangan bo‘lsa, ularni ehtiyotlik bilan ajratishga urinib kurish zarur. Qorin bo‘shlig‘iga yopishgan va jarohatga chiqarib olish imkoni bo‘lmagan chuvalchangsimon o‘simta bo‘lsa, uning asosiga qalin ip o‘tkaziladi, ko‘richakning gumbazi esa qorin bo‘shlig‘iga to‘g‘rilanadi. Keyin esa, ipni tortgandan so‘ng o‘simta mobilizatsiyasiga qiyinchilik tug‘dirayotgan bitishmalar aniqlanadi va ular o‘tkir va o‘tmas yo‘llar bilan ajratiladi, bu bilan chuvalchangsimon o‘simtani kuch bilan tortib, uzib olishni oldini olish mumkin. Chuvalchangsimon o‘simtani jarohatga chiqarib olish imkoni bo‘lmaganda appendektomiya retrograd usulda bajariadi.

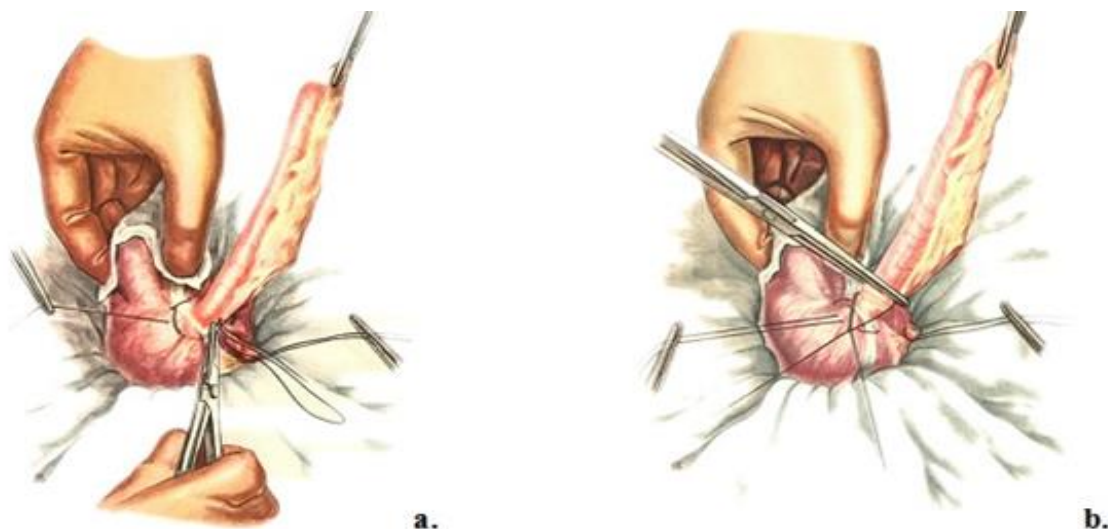
Chuvalchangsimon o‘simtani jarohatga chiqarib olish imkoni bo‘lgan holatlarda klassik *antegrad appendektomiya* bajariladi. Chuvalchangsimon o‘simta asosidan ip o‘tkazilib, o‘simta tutqichi bog‘lanadi va u ipdan yuqoriroqda kesiladi.



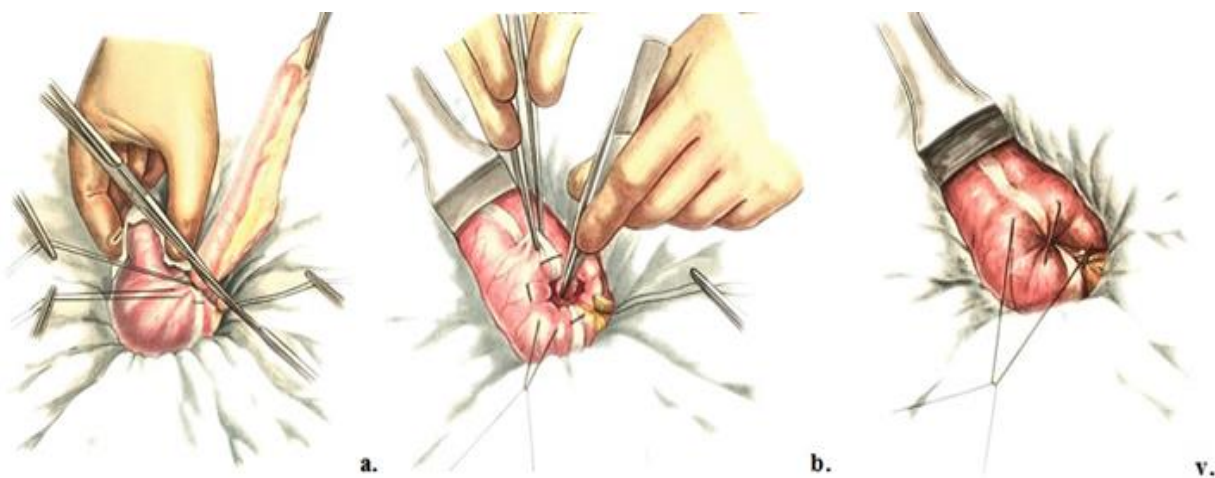
1.1.29-rasm. Chuvalchangsimon o'simta tutqichini bog'lash va kesish
(V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)

Bunda chultoq uzunligi 0,3-0,4 mm bo'lishi kerak, ya'ni *a.appendicularis* ham bog'langanligiga ishonch hosil qilish kerak (1.1.29-rasm). O'simta tutqichi uzun bo'lganida, ya'ni bir martadan uni bog'lab, kesib olish imkoni bo'lmasa, qisqichlar yordamida bosqichma-bosqich qisilib, kesiladi va bog'lanadi. O'simta tutqichi siyrak to'qimadan iborat bo'lsa u tiqilib, bog'langanligi maqsadga muvofiqdir. O'simta butun bo'yi bo'ylab tutqichi ajratilgandan so'ng, uning asosida qisqich qo'yiladi, o'simta qisqich qo'yilgan joydan pastroqda ketgut, vikril yoki boshqa biron bir suriluvchi materialdan iborat bo'lgan ip bilan bog'lanadi. Ajratilgan chuvalchangsimon o'simtani ko'tarib, uning asosidan 1-1,5 sm uzoqlikda kiset usulida seroz-mushak choki qo'yiladi (1.1.30-rasm). Bunda 3/0, 4/0 sintetik iplarni qo'llab atravmatik ignalardan foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi, shu bilan birga igna kirish chuqurligini ham nazorat qilish zarur, ya'ni igna ichak bo'shlig'iga tushmasligi kerak. Keyin qo'yilgan kiset chokdan 0,4-0,5 sm balandroqda o'simtaga qisqich qo'yiladi, o'simta asosi bog'langan ip va qisqich o'rtasidan chuvalchangsimon o'simta kesiladi. O'simta cho'ltog'i 5% yod eritmasi yoki boshqa antiseptik bilan ishlov berilib, kiset chok ichiga cho'ktiriladi, chokni xirurgning o'zi tortib bog'laydi. Bundan so'ng qo'shimcha ravishda o'sha usul bilan kiset chok

ustidan Z-simon chok qo'yiladi (1.1.31-rasm). Ko'richak qorin bo'shlig'iga to'g'rilanib yuboriladi.

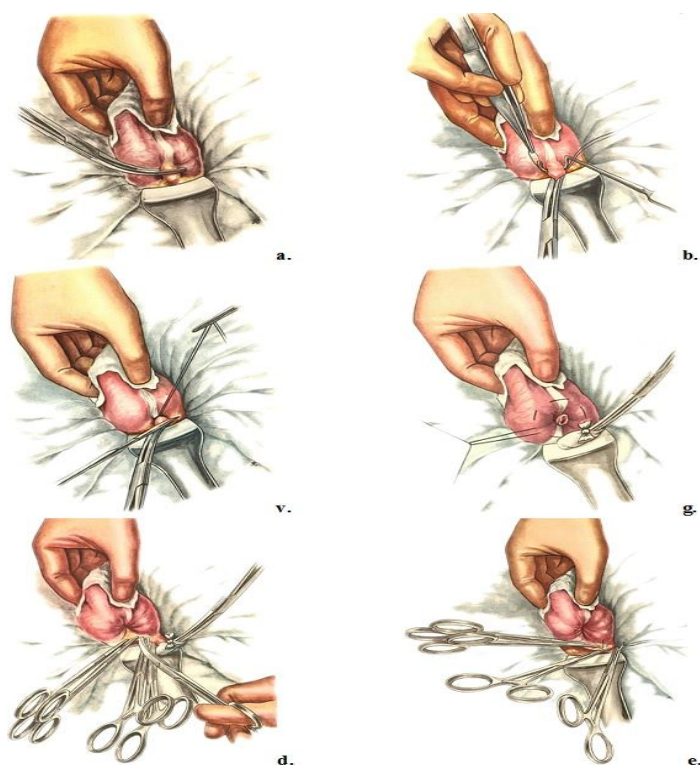


1.1.30-rasm. Chuvalchangsimon o'simta asosiga kiset chok qo'yish (a.), kiset chokdan yuqoriroqda o'simtani bog'lash (b.) (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha).



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

Chuvalchangsimon o'simta retrotsekal joylashib, uni jarohatga ko'richak bilan birgalikda chiqarib olish imkoni bo'lmasa, *retrograd appendektomiya* bajarish maqsadga muvofiq bo'ladi (1.1.32-rasm).



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

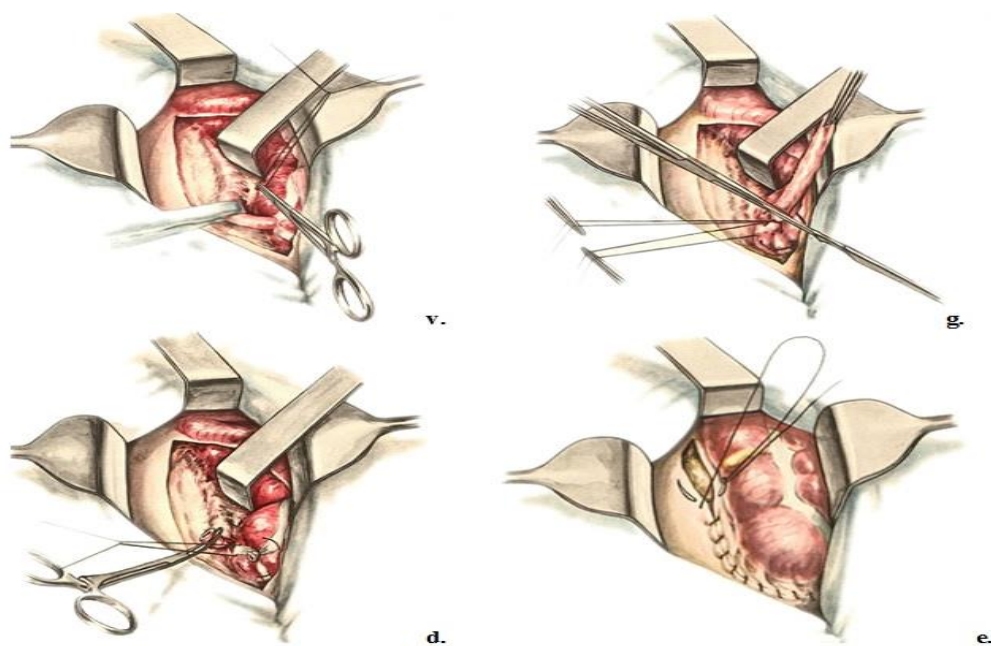
Chegaralangan peritonit bilan asoratlangan o'tkir appenditsitning destruktiv shaklida ko'richak gumbazi devorida yallig'lanish o'zgarishlari borligini inobatga olib, chuvalchangsimon o'simta gumbazini peritonizatsiya qilishda kiset chok emas, balki alohida seroz-mushak choklarida foydalanish maqsadga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

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

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

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

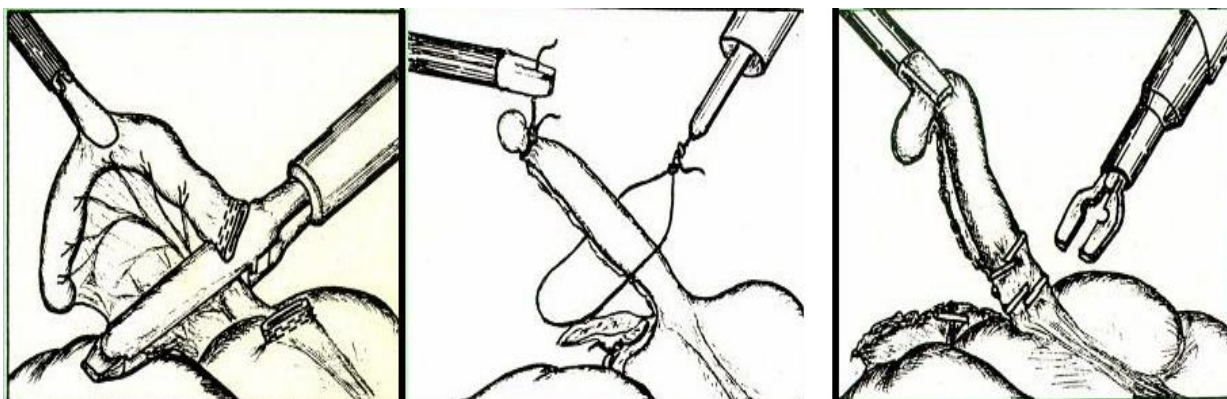
Ko'richak atrofidagi yog' kletchatkasiga o'tib, ehtiyotlik bilan butun uzunasi bo'ylab chuvalchangsimon o'simta ajratiladi. Bunda a.appendicularisni farqlab, uni bog'lash juda muhim. Shundan so'ng appendektomiya an'anaviy usulda davom ettiriladi (1.1.33-rasm).



1.1.33-rasm. Qorin parda ortida chuvalchangsimon o'simta joylashganida appendektomiyani bajarish: a. parietal qorin pardani kesish chizig'i; b. chuvalchangsimon o'simta asosining ostiga marlili tasmani o'tkazish; v. o'simtaga keladigan qon tomirlarni bog'lash; g.

o'simtani kesib olish; d. o'simta kesib olingan va o'simta chultog'i kiset chokka cho'ktirilmoqda; e. parietal qorin pardani tikish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha).

Hozirgi kun jarrohlik amaliyotiga, yangi texnologiyalar: tejamkor va kam invaziv usul, hamda uslublar shiddat bilan kirib kelmoqda, ularga alohida ahamiyat berilmoqda. Jarrohlik amaliyotida ularni qo'llash, nafaqat operatsiyalar jarayonida yuzaga keladigan jarohat darajasini kamaytirishga, bu bilan birga uning samaradorligini oshirishga va asoratlari sonini keskin kamaytirishga olib keladi. Shuning uchun, ushbu kasallikda, bugungi kunda tobora keng qo'llanilayotgan usul – laparoskopik appendektomiyaga to'xtalib o'tamiz (34-rasm).



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

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

O'tkir appenditsit asoratlari

Appendikulyar infiltrat (chegaralangan peritonit) – ingichka ichak qovuzloqlari, katta charvi, yo'g'on ichakning bir-biri va parietal qorin pardasi bilan qo'shilib ketgan birgalikdagi yallig'lanishi bo'lib, uning

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

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

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

Tarqalgan yiringli peritonit - o‘tkir appenditsitning kechishini 1% hollarda qiyinlashtiradi, ammo teshilgan appenditsitda asoratlar

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

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

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

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

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

Tarqalgan yiringli peritonit chuvalchangsimon o'simtaning teshilishi oqibatida yoki appenditsitdan keyin 2-lamchi kelib chiqqan

bo'lsa ham shoshilinch laparatomiya qilish tavsiya etiladi. Lekin juda og'ir bemorlarda operatsiya tavsiya qilingan bo'lsada, operatsiya shoshilinch ravishda qilinmaydi. Bunday bemorlarda operatsiyaga tayyorgarlik tavsiya etiladi, bemorlar energetik balansi tiklanadi. Bu buzilgan gomeostaz korrektsiyasida, birinchi navbatda gipovolemiyada, yurak funktsiyasi buzilganda, elektrolit buzilishlarda tavsiya etiladi. Bu maqsadda arterial bosim ko'rsatkichlari, imkon boricha elektrolitlar muvozanatini nazorati ostida kompleks infuzion terapiya o'tkaziladi. Appendikulyar kelib chiqishga ega bo'lgan tarqalgan yiringli peritonitda asosiy operativ yondashish bo'lib pastki o'rta laparatomiya hisoblanadi. Zaruriyat tug'ilganda kesmani yuqoriga yo'naltirib kindikni chap tomonidan aylantirib kesmani davom ettirish mumkin. Qorin bo'shlig'ini ochganda birinchi bo'lib yiringni quritish zarur, so'ngra appendektomiya qilinadi.

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

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

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

venalariga tarqaladi va 2-3 kun davomida darvoza venalariga keyin retrograd yoʻnalishda taloq va boshqa tutqich venalariga tarqaladi.

Appendektomiyadan keyin sodir boʻladigan pileflebitda hech qanday yorugʻ oraliq boʻlmaydi: kasallarda tana harorati operatsiyaning birinchi kunidan koʻplarda boshlanadi, tez rivojlanadigan xarakterdagi sistemali yalligʻlanish reaksiyasi yuzaga keladi. Qorinni koʻzdan kechirganda metiorizm aniqlanib, oʻng yarmida ogʻriq sezilib, qorin boʻshligʻida keskin rivojlanmagan simptomlarga ega boʻladi keyinchalik jarayonning jigar venalariga oʻtishi bilan sariqlik yuzaga keladi, jigar kattalashadi jigar va buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Kasallanishning 7-10 kunlarida letal holat kuzatiladi. Jigar venalari tromboflebetining sust rivojlanishida Kiari sindromi kartinasi yuzaga kelishi mumkin. (Jigar va taloqning kattalashishi astsitning yuzaga kelishi) Kasallik umumiy septik holatda koʻrinadi. Afsuski, antibiotiklarning katta dozasi letallikni oldini ololmaydi va natijada bemorda jigar abstsesslari hisobiga letal holat kuzatilishi mumkin. Yuqoridagilarga asosan, gangrenoz appenditsitni oldini olishda appendektomiya oʻtkazishda diqqatli boʻlish zarurdir. Agar chuvalchangsimon oʻsimta tutqichida pileflebit belgilari koʻrinsa (koʻk nekrotik koʻrinish tiniq boʻlmagan seroz qatlamining ichida yashil venalari koʻrinadi), bu holda yonbosh ichakning oxirida joylashgan tutqich ildizigacha olib tashlash zarur.

Homilador ayollar, bolalar va keksa yoshdagi odamlarda oʻtkir appenditsitning oʻziga xos kechishi

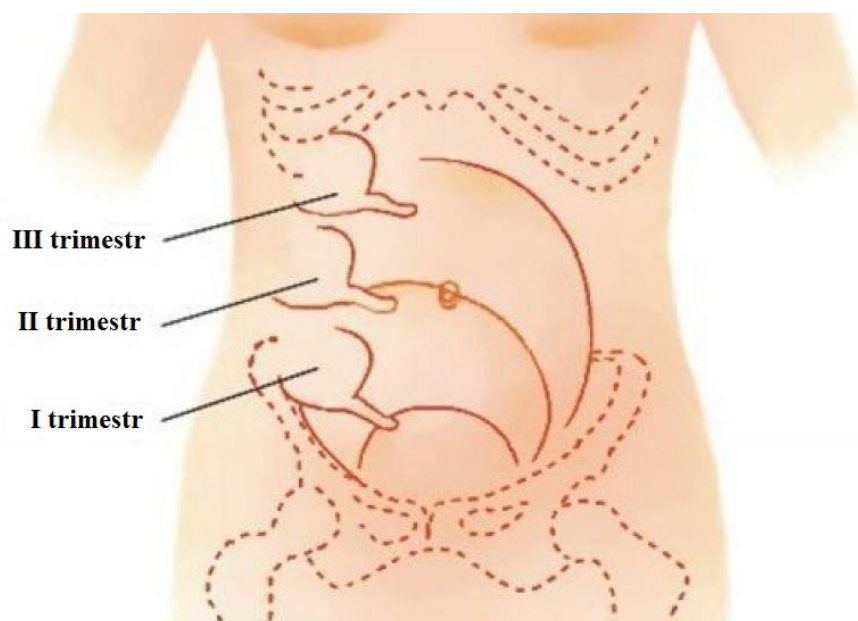
Oʻtkir appenditsit homilador ayollarda 0,7-1,2% hollarda uchraydi. Yaʼni aholining qolgan toifalariga nisbatan sezilarli tez uchraydi. Bu birqancha omillar bilan ifodalanadi, bular chuvalchangsimon oʻsimta yalligʻlanish jarayonini yuzaga keltiradi: bachadonning kattalashishi hisobiga koʻrichakning va chuvalchangsimon oʻsimtaning yuqoriga va tashqariga siljishi natijasida chuvalchangsimon oʻsimtaning bukilishi va uzayishi, uning bushashi, hamda chuvalchangsimon oʻsimtada organlararo anatomik joylashishi oʻzgarishi natijasida qon bilan taʼminlanishi yomonlashadi. Homiladorlikda qat boʻlib turishi, ichaklardagi floraning turib qolishi va virulentligi oshishining bu holda

ahamiyati kam. Homilador ayollar organizmida gormonal holatning o'zgarishi ma'lum ahamiyatga egaki, organizmda immunitetni pasayishiga olib keladi. Keltirilgan omillar ko'pchilik hollarda appenditsitning og'ir kechishiga asosan homiladorlikning ikkinchi yarmida olib keladi. O'z o'rnida destruktiv o'zgargan appenditsit homilaning nobud bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bu murakkablik homilador ayollarda 6% hollarda uchraydi.

Homilador ayollarda o'tkir appenditsit kechishini o'rganish muhimligi shundaki, ushbu kasallikda homiladorlik vaqtida uchrab turadigan belgilar (qorin og'riq, qayd qilish, leykotsitoz) bo'ladi, bu esa diagnostikasini qiyinlashtiradi. O'tkir appenditsitning klinik kechishi homiladorlikning birinchi yarmida, homiladorlikdan tashqari holatda farq qilmaydi. Appenditsitda sezilarli farq homiladorlikning ikkinchi davrida kuzatiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida, bachadonni birlashtiruvchi apparatning chuzilishi sababli og'riq sindromi kuzatilmaydi. Sinchkov surovlardan so'ng og'riq epigastral sohadan boshlanib, asta sekinlik bilan chuvalchangsimon o'simtaning joylashish sohasiga o'tganligi aniqlanadi (Koxer-Volkovich simptomi). Qayd qilish asosiy ahamiyatga ega emas, chunki homiladorlikda uchrab turadi. Qorin tekshirilganda chuvalchangsimon o'simtaning joylashishini aniqlash zarur, chunki u homilaning muddatiga qarab yuqoriga siljiydi (35-rasm), shunday qilib homiladorlikning ikkinchi yarmida o'tkir appenditsitda lokal og'riq kuzatiladi. Mushaklarning lokal zo'riqishi pasayadi, bunga sabab kattalashgan bachadon hisobiga qorin devorining chuzilganligini homiladorligini kech muddatlarida ko'richak va uning o'simtasi kattalashgan bachadon orqasida bo'lganda manfiy va qorining boshqa qo'zg'aluvchanlik simptomlari paydo bo'lishi mumkin. SHchyotkin-Blyumberg, Voskresenskiy va bosh. Bu davrda odatda Obratzsov va ayrim hollardagina Sitkovskiy va Bartom'e-Mixel'son simptomlari musbat bo'lishi mumkin.

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

Homiladorlikning ikkinchi davrida o'tkir appenditsit va o'ng tomonlama pielit taqqosiy tashhis ancha qiyinchilik tug'diradi, chunki bu kasalliklarining o'xshash hislatlari ko'p: og'riqning kuchsiz sindromi, og'riqning yuqorida bo'lishi, kayt qilish. Pielitga to'g'ri keladigan dizurik jihatlarga kelsak ular o'tkir appenditsitda ham bo'lishi mumkin. Bunga sabab chuvalchangsimon o'simta va o'ng buyrakning homiladorlikning kechki davrida bir biriga yaqin joylashishi bilan bog'liq.



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

Qorinni ob'ektiv tekshiruvida og'riqning yuqori joylashganligini ko'rsatadi, chunki bunda ileotsekal burchak kattalashgan bachadonni orqasida joylashgan. Qorinning qo'zg'aluvchan simptomlari ancha vaqt bilinmasligi mumkin. Kasallikning boshlanishi yaqqol ajralib turadi: bilamizki appenditsit har doim og'riq, harorat ko'tarilishi, qayt qilish bilan boshlanadi. Pielitda esa hammasi keskin darajada qayt qilish harorat ko'tarilishi, oxirida esa og'riq bilan boshlanadi. Ob'ektiv tekshirishda shuni aniqlash mumkinki pielitdagi maksimal og'riq homiladorlarda bel sohasiga yaqinroq bo'ladi. Appenditsitda esa qorinning yonbosh va oldingi devorida joylashadi. To'g'ri mo'ljalda

bemorni chap tomonga yotqizib, qorinni pal'patsiya qilish yordam beradi: chunki bu holda bachadonni qisman chapga siljishi natijasida chuvalchangsimon o'simta va buyrakni aniq paypaslash mumkin.

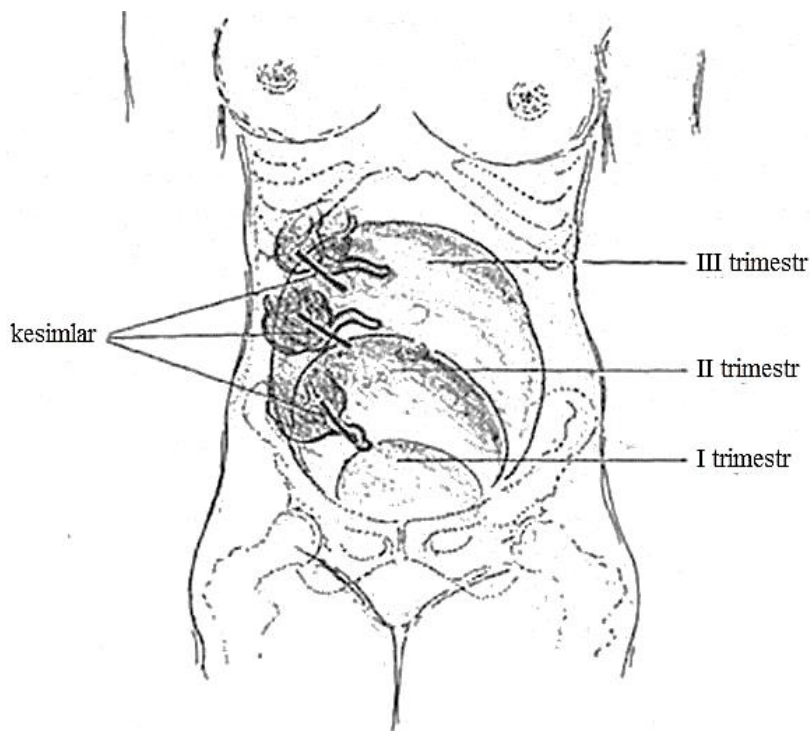
Peshob tahlili ham katta ahamiyatga ega (katetr yordamida olinganligi), chunki bunda piuriyani aniqlash mumkin. Yiringli pielonefritni belgisi tariqasida, shu qatori UTT da o'zgarishlar aniqlanadi. SHu bilan birgalikda ikkilanishlar bo'lsa bemorni operatsiya qilish ma'qul. Konservativ davolashda appendikulyar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

Homiladorlikning birinchi yarmida aniq tashxis qo'yilganda operativ yondashuvda Volkovich-D'yakanov kesmasidan foydalaniladi. Homiladorlikni ikkinchi yarmida bu yondashuv to'g'ri kelmasligi mumkin, shuning uchun uni qoida bo'yicha modifikatsiya qilinadi: homila muddati qancha katta bo'lsa kesma shunchalik yuqori bo'ladi. SHunday qilib homilaning oxirgi haftalarida qilinadi, bunga sabab ko'richak va chuvalchangsimon o'simtani ancha yuqoriga siljishi (1.1.36-rasm).

Homiladorlarda operativ taktika har qanday appenditsitning turida umumiy davolash printsiplaridan farq qilmaydi. Boshqacha qilib aytganda, bu erda operativ taktikaning xamma jihatlari va qorin bo'shlig'ini barcha drenaj usullari qo'llaniladi, appenditsitning hamma turlaridan qatt'iy nazar. Faqatgina kattalashgan bachadon oldidagi xarakterlarda maksimal ehtiyotkorlikni saqlash lozim.

Chunki uning shikastlanishi homilani tushib qolishi yoki vaqtdan oldin homila tushishiga sabab bo'ladi. Usha yukoridagi nuqtai nazardan qorin bo'shlig'ini tamponadasi quyidagi ko'rsatmalar asosida qilinadi.

- 1) Qorin bo'shlig'ini gemostaz qilish iloji bo'lmaganda.
- 2) Chegaralangan appendikulyar oldi abstsessi yorilganda.



1.1.36-rasm.
Homiladorlarda
o'tkir appenditsit
bo'lganda
xirurgik
kesmalarning
joylashishi

Operatsiyadan keyingi davrda odatdagi terapiyadan tashqari, homilani muddatidan oldin to'xtatishni oldini oluvchi davoni o'tkazish zarur. Buning uchun qatt'iy yotoq rejimi, 25% li Mg So_4 eritmasi sutkasiga 5-10 ml dan 2 maxal m/o ga, tokoferol atsetati 100-150 mg dozasida 10% li yogli eritmasi 1 maxal 1marta. Agar gormonal fonning lobarator kontrol aniq bo'lmasa, gormanal preparatlar (progesteron va bosh.) chetlatiladi. Chunki ularning predozirovkasi yomon hollarga olib kelishi mumkin. Bachadonni qisqarishiga olib keluvchi preparatlar sifatida qo'llaniladigan prozerinlar va natriy xloridning gepertonik eritmasini qo'llash qatiyan man etiladi. Shu sababli gepertonik klizmalar ham qo'llanilmaydi.

Homiladorlarda tarqalgan peritonitni davolash qiyin masala hisoblanadi. Bu asoratda o'lim yuqori ko'rsatgichga ega, har xil avtorlarning aytishicha 23-55% ona va 40-92% homila uchun o'lim bilan tugaydi, o'lim ko'rsatgichi ancha yuqori ayniqsa kech homila muddatlariga to'g'ri keladi. Tarqalgan yiringli peritonitning homiladorlikdagi salbiy natijalari xirurgik taktikaga nisbatan ishonchsizlik keltirib chiqargan. Quyidagi operativ aralashish shart deb hisoblanadi: qorin bo'shlig'i ochilgan, darrov shu vaqtning o'zida kesarcha kesish operatsiyasini qilish, so'ngra bachadonni amputatsiya

qilish, keyin appendektomiya, qorin bo'shlig'ini drenajlash. Hozirgi vaqtda turli antibakterial preparatlarning yordami bilan ko'pincha bunday hollarda kesar kesish qilinmaydi. SHunday ekan bachadon amputatsiyasi ham katta homila muddatidagi destruktiv appenditsit aralashishining xajmi va xarakteri xaqidagi savolni akusher ginekolog bilan birga hal etish kerak. Bundagi operativ aralashishda ularning ishtiroki zarur, hozirgi davr xirurgik taktikasini qisqa qilib shuni aytish mumkin: peritonit masalasida maksimal aktivlik, homiladorlikka nisbatan maksimal konservativizm o'tkaziladi.

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

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

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

Bolalardagi o'tkir appenditsitning o'ziga xos kechishi.

Bolalarda o'tkir appenditsit kattalarnikiga qaraganga nisbatan kam uchraydi. Kasallik paydo bo'lishi ko'pincha 5 yoshdan keyingi davrga to'g'ri keladi. O'tkir appenditsitning 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda kam uchrashini shu bilan tushuntirish mumkinki, chuvalchangsimon o'simta

bu davrda varonkasimon shaklda bo'ladi, hamda bu davrda chuvalchangsimon o'simtadagi limfatik apparat sust rivojlangan bo'ladi.

O'tkir appenditsit bolalarda kattalarga qaraganda og'ir kechadi. Bu bola organizmining infektsiyaga nisbatan kurashning sustligi bola qonining sust plastik jihatlari, to'liq rivojlanmaganligi uning chuvalchangsimon o'simtaga yetib bormasligi shu sababli chegara baryerida qatnashmasligi bilan tushuntiriladi.

Qorinda paydo bo'lgan og'riq o'zining sanchiqli xaraktereriga, aniq dinamikaga ega emasligi bilan kattalardagi o'tkir appenditsitdan ajralib turadi. Shuni aytish kerakki 10 yoshgacha bo'lgan bolalar og'riqning aniq lokalizatsiyasini ko'rsata olmaydi. Bu esa kasallikni aniqlashda qiyinchilik tug'diradi. Bolalarda qayt qilish ko'p marotaba bo'ladi, kichik bolalarda qayt qilish tez-tez kuzatiladi. Bolaning holatida xarakterli hisoblanadi. U o'ng biqiniga yoki orqasi bilan yotadi oyoqlarini qoringa tortgan holda va qo'llarini o'ng biqini sohasiga qo'yib, uni vrach qarashidan himoya qiladi. Sekin palpatsiya qilganda, bu yerda giperesteziyani hamda mushaklarning tarangligi va qattik og'riq sohasini aniqlash mumkin hatto kasallikni 1-chi soatlarida ham Shchyotkin – Blyumberg, Voskresenskiy, Bartomi Mixelson simptomlari aniqlanadi.

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

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

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

Gastroenterit taqqosiy tashxisida shuni inobatga olish kerakki, ushbu kasallik qorindagi og'riqdan emas balki qayt qilish va suvli ich

ketish paydo bo'lish bilan boshlanadi, og'riq o'tkir appenditsitga nisbatan qiyinroq boshlanadi. Og'riq bu kasallikda xurujsimon xarakterga ega, shundan so'ng katta tahoratga ehtiyoj seziladi. Ushbu kasallikda tana harorati yuqori xuddi appenditsitdagi singari lekin leykotsitlar soni normal yoki ancha pasaygan neytrofil siljishi aniq emas.

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

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

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

mumkinki bolalarda xirurgik taktikani kattalarga qaraganda ancha aktiv qilish kerak.

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

Shuning uchun bolalarning 1-2 yoshida ligaturali (amputatsiyali) appendektomiya usuli qo'llaniladi, bunda chuvalchangsimon o'simtaning chultog'i ketgut bilan emas sholk yoki boshqa so'rilib ketmaydigan ip bilan bog'lanadi, shilliq qavat elektrokoagulyator bilan kuydiriladi va shu holida qorin bo'shlig'ida qoldiriladi. Ko'pchilik klinik eksprementlar shuni ko'rsatadiki bu usul chuvalchangsimon o'simtani ishlov berish xavfsizligini ko'rsatadi, katta yoshdagi bolalarda kattalarnikidek cho'ltoq kisetli chok bilan tikiladi chunki bu ichak tutilishining sababi bo'lishi mumkin.

Operatsiyon jarohati tikish va zarur bo'lganda qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan tugatiladi. Bolalarda chuvalchangsimon o'simta qorin bo'shlig'ida erkin joylashgani uchun, laparoskopik appendektomiya qilishga katta imkoniyat beradi.

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

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

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

Teshilgan appenditsitning destruktiv holatlarida kuchli og'riq seziladi. Yoshga mansub bo'lgan qorin devorlarining relaksatsiyasi natijasida mushaklar tarangligi e'tiborga loyiq emas. Lekin Shchyotkin –Blyumberg simptomi musbat, ko'pincha Voskresenskiy, Sitkovskiy simptomlari musbat. Ayrim hollarda ichaklar parezi natijasida burttirilgan meteorizm kuzatiladi. Bu holat ayniqsa kasallikning destruktiv formalarida bo'ladi. Tana harorati biroz ko'tarilgan yoki normal holatda bo'ladi hatto destruktiv appenditsit bo'lganda ham leykotsitlar soni normal yoki unchalik yuqori emas, $10 \times 12 \times 10^9$ l mikdorda neytrofil siljishi sezilarsiz.

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

Qariyalardagi o'tkir appenditsitning o'ziga xosligi shundaki, operatsiyagacha o'tkir appenditsitning u yoki bu klinik formaga o'tishini aniqlash qiyin. Bu aktiv xirurgik taktika yuritish zarurligini ko'rsatadi,

bunga yana bir sabab shuki, qariyalarda appendektomiya xavfi baland bo'ladi.

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

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

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

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

Operatsiyaga qarshi ko'rsatma appendikulyar infil'tratning tinch kechishi hisoblanib, uning dinamikasida hosilaning aniq tendentsiyasi so'rilishi kuzatiladi.

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

Agar statsionardagi kuzatuvda bo'lgan bemorlarda qaytadan o'ng qovurg'a osti sohasida kuchli og'riq turib, sistemali yallig'lanish reaksiyasi kuchaysa (leykotsitoz, tana haroratining gektik xarakterda bo'lishi), bundau holatda abstsesslangan appendikulyar infil'tratga

shubxa qilsa bo‘ladi va bu gumon ul‘tratovush tekshiruvida aniqlanadi. Shakllangan periappendikulyar abstsess yumalok formadagi bo‘shliqli hosila bo‘lib, u bir qirrali gipo yoki anexogen massadan iborat qattik piogen kapsula bo‘lib, diametri 5-8 mm gacha qalinlikda bo‘ladi.

Bunday holatlarda xirurgik aralashuv ko‘rsatma hisoblanadi. Yiringlagan infil‘tratni ochish odatdagidek umumiy og‘riqsizlantirish va Volkovich – D‘yakonov kesimi bilan o‘tkaziladi. Qorin bo‘shlig‘i ochilgach juda xam extiyotkorlik talab qiladi, bu infil‘tratl原因 ichak kovuzlogini zararlanmaslik uchun qilinadi. Ushbu kovuzloklar va o‘nga yaqin to‘qimalarni ajratib, patologik o‘choq tomon kirib boriladi. SHundan keyin hosil bo‘lgan teshik yanada kengaytiriladi, yiringli o‘choq olinib, tozalanib, urni dioksidin eritmasi bilan yuviladi, bir yoki ikki qavatli perchatka-dokali tampon va drenaj trubkasi o‘rnatiladi. Appendikulyar infil‘trat yiringlagan holda lateral lokalizatsiyaga ega bo‘lsa, unda qorindan tashqari usul qo‘llaniladi. Buning uchun Pirogov dostupi (u Volkovich – D‘yakonov kesimiga qaraganda lateralrok jolashadi) qo‘llaniladi. Aponevroz ochilgandan so‘ng, bugik yo‘nalish bo‘ylab mushaklar chetga suriladi. Pal‘patsiya natijasida infil‘trat sohasi topilib, flyuktuatsiya sohasi yiringlagan joy ehtietlik bilan ochiladi.

Shuni bilish zarurki, yiringlagan appendikulyar infil‘tratni ochish bilan bevosita appendektomiyani qo‘llash mumkin emas. Yiringli o‘choq tozalangach destruktiv o‘zgarishli chuvalchangsimon o‘simtani olib tashlash xirurg uchun hech qanday kiyinchilik tug‘dirmasada, jaroxatga moyil bo‘lgan ichaklar, yiringli sohani chegaralab to‘rgan to‘qima baryerini shikastlashi va qaytmas asoratlarga sabab bo‘lishi mumkin: massiv qon ketish, ichaklarda oqma bilan tugaydigan chuqur zararlanishi va boshqalar. O‘simtani faqatgina shunday holda olib tashlash mumkinki bu jarrox uchun hech qanday texnik kiyinchilik tug‘dirmasin (bunda o‘simta abstsess bo‘shlig‘ida erkin yotgan bo‘lishi lozim). Operatsiyadan so‘ng bemorlarga dezintoksikatsion terapiya va keng ta’sirga ega bo‘lgan antibiotiklar qilinadi. Appendikulyar infil‘trat yiringlaganda chuvalchangsimon o‘simtaning to‘liq destruktitsiyasiga sabab bo‘ladi, bu esa uni yiringli ajralma ustida nekrozlangan massa ko‘rinishida to‘rgandek bo‘ladi. Ba’zan chuvalchangsimon o‘simtaning bir qismi

qolib ketishi o'tkir appenditsitga sabab bo'ladi. Agar appendikulyar infil'trat yiringlamasdan konservativ davolash natijasida so'rilib ketsa, bemorni statsionardan javob berilgandan 3-4 oy o'tganidan so'ng o'tkir appenditsitning retsidividan qochish maqsadida rejali ravishda appendektomiya operatsiyasini o'tkazish tavsiya qilinadi.

Qorin bo'shlig'ida joylashgan lokal abstsesslarga chuvalchangsimon o'simtaning anomal noto'g'ri joylashishi sabab bo'ladi, bundan tashqari yana qorin bo'shlig'i ichi gematomalari, chuvalchangsimon o'simta sohasidagi infil'trat jarayonlari sabab bo'ladi. Yuqorida keltirilganlardan eng ko'p uchraydigani bu chanoq abstsessidir. Bu birinchi o'rinda anatomik sabab bo'lib, kichik chanoq a'zolari pastda joylashganligi uchun u yerga tez-tez yallig'lanish ekssudatlari tushib turadi.

Teshilish atrof organlar to'qimalari bilan yopilgandan so'ng epigastral sohada qolib, ajinga, me'da suyuqligi tuplanishi kirib borishiga qarab qorinni yonbosh sohasiga kuchadi. Bunday yolg'ondakam Koxer-Volkovich simptomi o'tkir appenditsit borligi to'g'risida noto'g'ri xulosaga olib kelib, natijada xirurgik taktikada xatolik bo'lishi mumkin. Xatolik bo'lishi yana ham muqarrarli aytib o'tilgan vaziyatda o'ng yonbosh sohada mushak tarangligi va boshqa qorin parda ko'zg'alishi belgilari: Shetkin-Blyumber, Voskresenskiy va boshqalar aniqlanishi mumkin. Shundan kelib chiqqan holda yaqin va keyingi anamnezini yig'ish muhim rol o'ynaydi. Uzoq vaqt mobaynida me'da diskomfortiga yoki yara kasalligi borligiga, kasallikning epigastral sohada o'tkir og'riq bilan boshlanishiga shikoyatlar, qusish yo'qligi o'tkir appenditsit emasligidan darak beradi. Ikkilanish va shubhalar perkutor va rentgenologik tekshirilganda qorin bo'shlig'ida erkin gaz aniqlansa, shubhalar yo'qoladi.

Nazorat savollari.

- 1) O'tkir appenditsit uchun xarakterli simptomlarni ayting.
- 2) O'tkir appenditsitni davolashda jarroh taktikasi?
- 3) O'tkir appenditsitda qorinning oldingi devorini paypaslaganda nimalar aniqlanadi?

- 4) Appendikulyar infiltrat soʻrilish davrida nima hos boʻlad?
- 5) Appendikulyar infiltrat qachon paydo boʻladi?
- 6) Oʻtkir retrotsekal appenditsitga xos boʻlgan klinik belgi?
- 7) Oʻtkir tipik appenditsitga xos boʻlgan klinik belgi?
- 8) Appendikulyar infiltratning soʻrilishi fazasida davolash taktikasini?
- 9) Appendektomiyadan keyin qorin boʻshligʻini eng optimal drenajlash usuli?
- 10) Oʻtkir appenditsitda tozalovchi klizma qilish mumkinmi?
- 11) Oʻtkir appenditsitda patologik jarayon kelib chiqishi qayerdan boshlanadi?
- 12) Oʻtkir appenditsitda rivojlanishi mumkin boʻlgan asoratlar?
- 13) Appendikulyar infiltratda vrach taktikasi?
- 14) Pileflebit qayerdan boshlanadi?
- 15) Oʻtkir appenditsitning qaysi asoratida operativ davo oʻtkazilmaydi?
- 16) Appendikulyar infiltratning oqibatlari?
- 17) Qaysi sababga koʻra birlamchi gangrenoz appenditsit rivojlanadi?
- 18) Chuvalchangsimon oʻsimta yuqori joylashganda oʻtkir appenditsitni oʻtkir xoletsistitdan differensial diagnostikasida birinchi navbatda nima bajarilishi kerak?
- 19) Qaysi holat appendektomiyaga qarshi koʻrsatma hisoblanadi?
- 20) Qaysi holatda appendektomiya operatsiyasi mahalliy ogʻriqsizlantirish ostida bajariladi?
- 21) Oʻtkir appenditsitni asoratl原因an bachadondan tashqari xomiladorlikdan differensial diagnostikasida yaxshiroq informatsion tekshirish usuli nima?
- 22) Oʻtkir appenditsitning chanoq soxhasidan joylashuvida asosiy diagnostik usulni ayting?
- 23) Oʻtkir appenditsitda qilinadigan jarrohlik amaliyotining turlari?
- 24) Shoshilinch appendektomiya operatsiyasiga qarshi koʻrsatma?
- 25) Peritonitning eng koʻp etiologik sababini ayting?

II BOB. QORIN OLD DEVORI CHURRALARI

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

- churra darvozasi;
- parietal qorin pardadan iborat churra xaltasi;

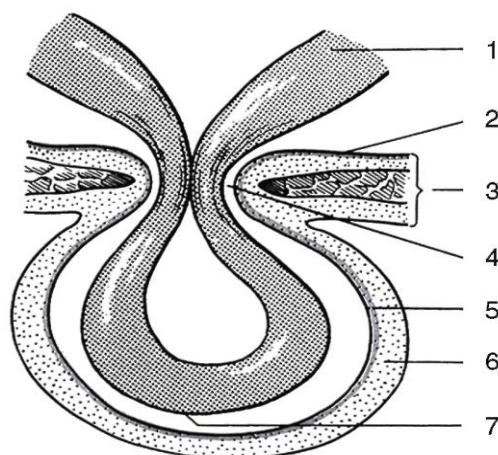
• churra elementi – qorin bo'shlig'i a'zolari. Ichki a'zolarning qorin pardaning butunligi buzilishi oqibatida, qorin parda bilan o'ralmagan holda teri ostiga chiqib qolishi teri osti eventratsiyasi, tashqariga chiqishi esa - tashqi eventratsiya deb ataladi.

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

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

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

joyiga to'g'rilash qiyinchilik tug'diradi, chunki avvalgi egallab turgan joyi kichrayishi mumkin.



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

Qorin tashqi churralari

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

Qorin tashqi churralari klassifikatsiyasi

A. Kelib chiqishiga ko'ra:

I. Tug'ma churralar.

II. Orttirilgan churralar.

1. Zo'riqishdan bo'ladigan churralar.

2. Darmonsizlikdan bo'ladigan churralar.

3. Operatsiyadan keyingi churralar.

4. Travmatik churralar.

5. Patologik churralar.

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

C. Klinik kechishiga ko'ra:

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

D. Rivojlanish bosqichlari bo'yicha:

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

Etiologiyasi va patogenezi

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

Moyillik tug'diradigan omillarga quyidagilar kiradi:

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

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

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

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

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

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

Orttirilgan churralarda churra xaltasi va elementi dastlab chov kanalining ichki teshigi orqali, keyinroq tashqi teshik orqali chiqadi.

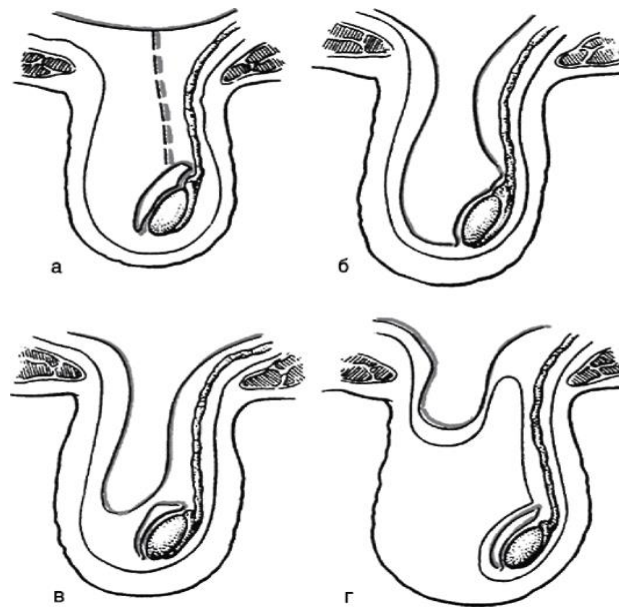
Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Kasallikning asosiy belgisi bemor tik turganda, yurganda, jismoniy zo'riqish paytida, yo'talganda churrali bo'rtma hosil bo'lishi va shu sohada og'riqning yuzaga kelishi. Bemorning gorizontal holatida, yoki yengil qo'l harakati bilan churrali bo'rtma kichrayadi, hatto qorin bo'shlig'iga to'liq to'g'rilanib ketishi ham mumkin. Qisman to'g'rilanmaydigan churralarda churrani qorin bo'shlig'iga to'liq to'g'rilashning imkoni bo'lmaydi.

Bemorlar vertikal va gorizontal holatda ko'rikdan o'tkaziladi. Vertikal holatda kichik o'lchamdagi va to'g'rilanadigan churralarni ko'rishimiz mumkin. Perkussiya qilganimizda churra elementi gaz saqlovchi a'zo bo'lsa timpanik tovush eshitiladi, gaz saqlamaydigan a'zo, masalan katta charvi bo'lsa to'mtoq tovush eshitiladi.

Paypaslab ko'rganimizda churra elementining konsistensiyasini aniqlashimiz mumkin.

Bemorning gorizontal holatida churraning to'g'rilanishi aniqlanadi. To'g'rilanish vaqtida katta churralarda churra elementi ichak bo'lsa quldurash eshitilishi mumkin.



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

Churra elementini barmoq bilan qorin bo'shlig'iga to'g'rilagandan so'ng churra darvozasining o'lchamini va shaklini aniqlash mumkin. Bemor yo'talganda barmoq uchiga churra elementi kelib uriladi, bu belgi yo'tal turtkisi belgisi deb aytiladi. Mazkur simptom asoratlanmagan (to'g'rilanadigan) churralar uchun xos. To'g'rilanmaydigan churralarda yo'tal turtki belgisi aniqlanmaydi, yaniy manfiy bo'ladi.

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

Davolash

Churralarni *konservativ* davolash bolalarda, kindik churralarini davolashda qo'llaniladi. Bunda ichki a'zolar chiqmasligi uchun bosuvchi bog'lam qo'yiladi. Ko'pchilik bolalarda, 5-6 yoshgacha kindik halqasi yopiladi va operativ davo talab qilinmaydi. Kattalarda churrali bo'rtmaning o'zi operativ davoga ko'rsatma hisoblanadi, chunki turli xil asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Dekompensatsiya bosqichidagi

hamroh kasalliklar operativ davoga qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda bandaj bog'lash tavsiya qilinadi. Bandaj ichki a'zoni chiqishini oldini oladi va faqat to'g'rilanadigan churralar uchun tavsiya etiladi.

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

Asoratlanmagan churralarda operatsiya ikki bosqichdan iborat bo'ladi: dastlab churrani bo'rtma ustidan kesim bajariladi, churra darvozasidan ajratiladi, churra xaltasi topiladi va ochiladi. Churra elementi qorin bo'shlig'iga to'g'rilanadi, churra xaltasi bo'yinchasidan tikiladi va bog'lanadi. Churra xaltasi kesib olinadi. Keyingi bosqichda qorin devori avto yoki alloplastika qilinadi. Operatsiya asosan umumiy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi.

Profilaktikasi

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

Chov churralari (hernia ingvinalis)

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

Embrional rivojlanishi

O'g'il jinsli homilaning rivojlanish jarayonining 3-oyidan boshlab moyakning pastga tushishi boshlanadi. Ichki chov halqasi sohasida parietal qorin parda bo'rtishi natijasida churra xaltasi paydo bo'ladi. Homila rivojlanishi davomida bo'rtma chov kanaliga qarab yo'naladi va yettinchi oyning oxirida moyaklar yorg'oqqa tushishni boshlaydi.

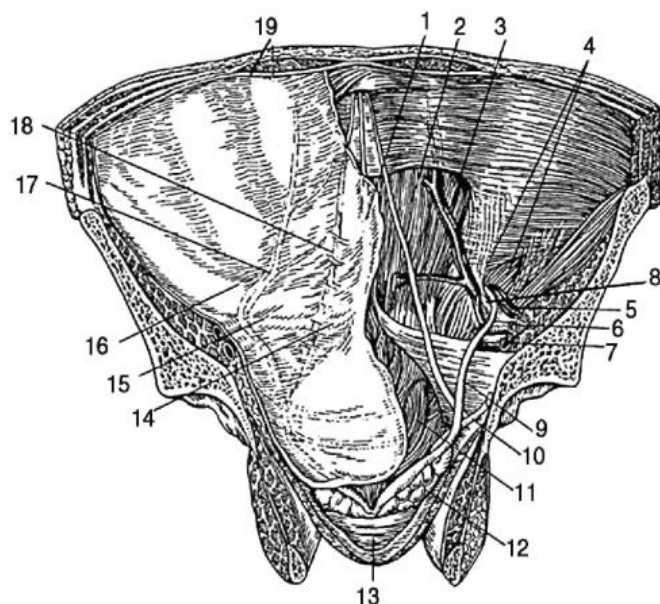
Chaqaloq tug‘ilgan paytida moyaklar yorg‘oqda bo‘ladi, qorin pardaning qin o‘simtasi esa bitib ketadi. Agar qorin pardaning qin o‘simtasi bitib ketmasa tug‘ma chov churrasi hosil bo‘ladi. Qorin pardaning qin o‘simtasi ayrim sohalarda bitmasligi sodir bo‘lsa, bu urug‘ tizimchasi istisqosi (funikulotsele) deyiladi.

Chov sohasi anatomiyasi

Qorin old devoriga ichkaridan, qorin bo‘shlig‘i tomondan qaralganda qorin pardaning beshta burmasi va chuqurchalarni ko‘rish mumkin va bu chuqurchalar churra chiqishi mumkin bo‘lgan joylar hisoblanadi. Tashqi chov chuqurchasi - chov kanalining ichki teshigi hisoblanadi, u chov boylamidan 1-1,5 sm yuqorida bo‘ladi. Normada chov kanali yoriqsimon bo‘lib, erkaklarda urug‘ tizimchasi, ayollarda bachadon yumaloq boylami joylashgan bo‘ladi. Chov kanali ichki teshikdan boshlanadi va tashqi chov teshigida tugaydi. Chov kanali erkaklarda 4-4,5 sm uzunlikda bo‘ladi.

Chov kanali devorlari: -oldindan: qorin tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi; -orqadan: qorin ko‘ndalang fassiyasi; -yuqoridan: qorin ko‘ndalang mushagi va ichki qiyshiq mushakning pastki erkin qirralari; -pastdan: chov boylami (lig. ingivinalis).

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



2.3-rasm. Qorin old devorining orqa yuzasi: 1 – qorin pardaning o‘rta, kindik burmasi; 2 – qorin to‘g‘ri mushagi; 3 – epigastral arteriya va vena;

4 – ichki chov halqasi; 5 – moyak qon tomirlari; 6 – tashqi yonbosh arteriya; 7 – tashqi yonbosh vena; 8 – chuqurchalararo boylam; 9 – urug‘ otuvchi yo‘l; 10 – siydik nayi; 11 – siydik pufagi; 12 – urug‘ pufakchalari; 13 – prostata bezi; 14 – siydik pufagi usti chuqurchasi; 15 – medial chov chuqurchasi; 16 – lateral chov chuqurchasi; 17 – lateral kindik burmasi;

18 – medial kindik burmasi; 19 – qorin parda.

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

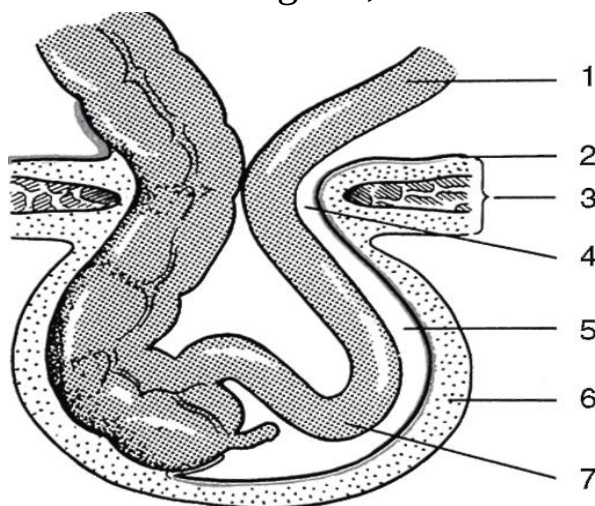
Orttirilgan chov churralari. Qiyshiq va to‘g‘ri chov churralari farqlanadi. Qiyshiq chov churrasi tashqi chov chuqurchasi orqali chiqsa, to‘g‘ri chov churrasi ichki chov chuqurchasi orqali chiqadi. Chov churrasining kanal shaklida churra xaltasining tubi chov kanali tashqi teshigigacha boragan bo‘ladi. Tizimcha shaklida churra chov kanali

tashqi teshigi orqali chiqadi va urug' tizimchasi elementlari sohasida joylashadi. Chov-yorg'oq shaklida churra yorg'oqqa tushadi.

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

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

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



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

Klinik ko‘rinishi va diagnostikasi

Churra haqiqatdan paydo bo‘lgan bo‘lsa uni aniqlash qiyinchilik tug‘dirmaydi. Anamnez yig‘ish kerak: jismoniy zo‘riqish paytida to‘satdan paydo bo‘lganligi yoki asta sekinlik bilan kattalashib kelganligi, bemorning vertikal holatida churraning paydo bo‘lishi, gorizontal holatda to‘g‘rilanishi kabi ma’lumotlar. Bemorlarni churra sohasida va qorinda og‘riq, yurganda noqulaylik hissi bezovta qiladi. Agar churra xaltasida siydik pufagi joylashgan bo‘lsa dizurik belgilar yuzaga kelishi mumkin.

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

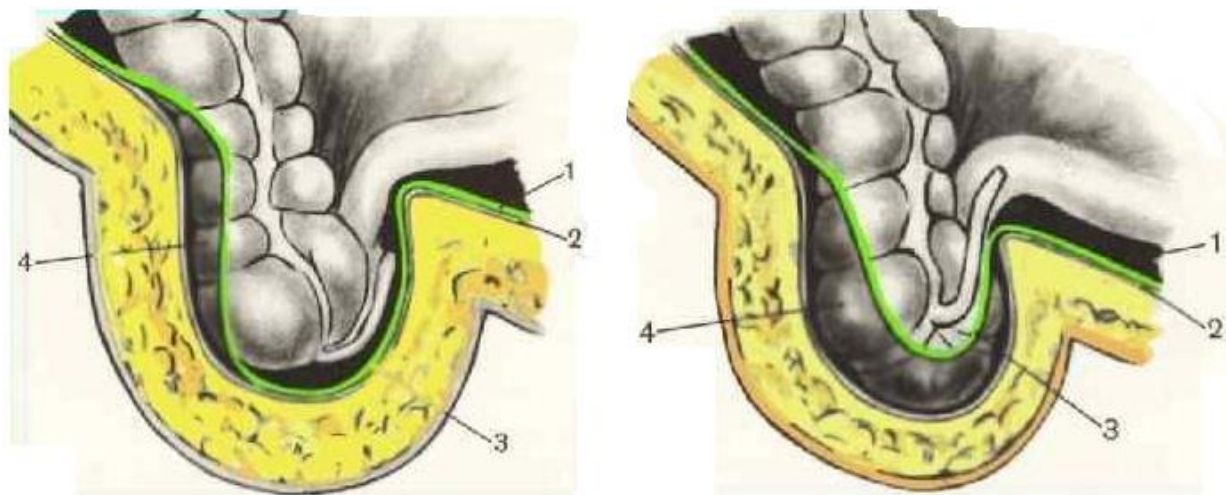
Ayollarda chov churrallari ko‘rik va paypaslash orqali aniqlanadi. Chov kanali tashqi teshigiga ayollarda barmoqni o‘tkazish qiyin. Ayollarda chov churrallari chov kanalida joylashgan bachadon yumaloq boylami kistalaridan differensial tashxislanadi. Churralardan farqli ravishda kistalar gorizontal holatda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

- **Qiyshiq chov churrasi** to‘g‘ri chov churrasidan farqli ravishda bolalarda va o‘rta yoshdagi odamlarda ko‘p uchraydi; bir tomonlama bo‘ladi va ko‘p hollarda yorg‘oqqa tushadi. Unchalik katta bo‘lmagan qiyshiq chov churralarida chov kanali orqa devori yaxshi rivojlangan bo‘ladi, katta churralarda orqa devor sustlashgan bo‘ladi, yo‘tal turtki belgisini aniqlash barmoqdan lateralda seziladi. Churra xaltasi urug‘ tizimchasi elementlari orqali o‘tadi, shuning uchun churra bor tomonda ob‘ektiv ko‘rik paytida urug‘ tizimchasi qalinlashganligi aniqlanadi.

- **To‘g‘ri chov churrasi** kekxa yoshdagi odamlarda ko‘p uchraydi. Churali bo‘rtma yumaloq shaklda bo‘ladi, chov boylamidan medial

joylashadi. Churra deyarli yorgʻoqqa tushmaydi, odatda ikki tomonlama boʻladi, obʻektiv koʻrganda chov kanali orqa devori sustlashgan boʻladi. Yoʻtal turtki belgisi toʻgʻridan toʻgʻri chov kanali tashqi teshigida, barmoqdan medial tomonda aniqlanadi. Churra xaltasi urugʻ tizimchasidan ichkarida joylashadi.

- **Sirpanuvchi chov churrasining** oʻziga xos belgisi yoʻq. Odatda keng churra darvozasiga ega katta churra hisoblanadi. Asosan keksa yoshdagi bemorlarda uchraydi. Sirpanuvchi churrada yoʻgʻon ichak boʻlsa irrigoskopiya aniqlanadi. Sirpanuvchi churrada siydik pufagi boʻlsa bemorlarda dizurik belgilar yuzaga keladi, shuningdek ikki lahzali siyish yuzaga keladi: dastlab bemor siydik ajraladi, keyin churra bosilganda yana siyish hissi paydo boʻladi va bemorda yana siydik ajraladi. Sirpanuvchi churrada siydik pufagi ekanligiga shubha boʻlganda bemorning kateterizatsiya qilinadi va sistografiya qilinadi. Bunda siydik pufagi churrasi shakli, oʻlchami, unda tosh bor-yoʻqligi aniqlanadi.



2.5-rasm. Koʻrichak sirpanuvchi churrasi.

1 – peritoneum; 2 – fascia transversalis; 3 – churra qopchasi;
4 – koʻrichak devori.

Differensial diagnostikasi

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

Yorgʻoqning kattalashishiga sabab boʻlgan toʻgʻrilanmaydigan chov churralari gidrotselega oʻxshash koʻrinish berishi mumkin. Gidrotsaleda moyakning xususiy qavatlar orasiga suyuqlik toʻplanadi, buning natijasida yorgʻoq kattalashadi. Gidrotselening toʻgʻrilanmaydigan chov churrasidan farqi shundaki, u yumaloq yoki oval shaklda boʻlib, noksimon shaklda boʻlmaydi, elastik konsistensiyali, yuzasi silliq boʻladi. Hosila paypaslanganda moyakni uning ortigʻi chegarasidan ajratib boʻlmaydi. Katta oʻlchamdagi gidrotsele paypaslaganda chov tashqi halqasidan yaqqol ajralgan boʻladi. Perkutor tovush gidrotsaleda toʻmtoq boʻladi, churrada esa timpanik boʻlishi mumkin. Diafanoskopiya asosiy tekshirish usuli hisoblanadi. Bu tekshirish qorongʻu xonada yorgʻoqqa maxsus yorugʻlik tarqatuvchi yoritgich orqali nur oʻtkazishga asoslangan. Gidrotsele boʻlsa yorgʻoqda qizgʻish rang paydo boʻladi va nur oʻtkazadi, churra boʻlsa yorugʻlik nuri oʻtmaydi.

Chov churrasini varikotsele bilan differensial diagnostika qilganda quyidagilarga eʼtibor berish kerak. Varikotseleda bemorda vertikal holatda yorgʻoqda simillovchi ogʻriq, yorgʻoqning kattalashishi kuzatiladi. Paypaslaganda urugʻ tizimchasining venalari ilonsimon kengayganligi aniqlanadi. Yorgʻoqni yuqoriga koʻtarganda kengaygan venalar oson boʻshab qoladi.

Qorin old devori lipomasi paypaslaganda ogʻriqsiz, harakatchan, yumshoq konsistensiyali boʻlib, ulʼtratovush tekshiruvda aniq diagnoz qoʻyish imkoni mavjud boʻladi.

Son churrasi asosan paypaslaganda chov boylamidan pastdan chiqqanligi aniqlanadi.

Davolash

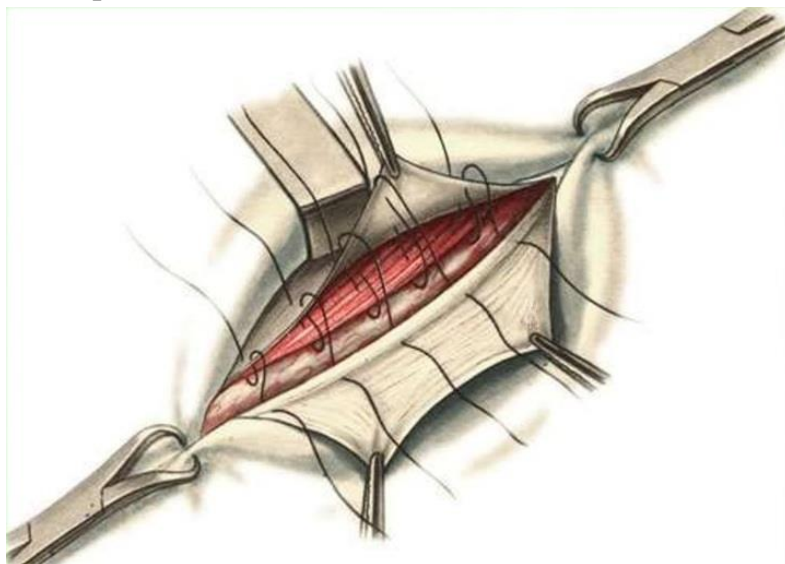
Asosiy usul – xirurgik davolash. Operatsiyaning asosiy maqsadi chov kanalini plastika qilishdan iborat. Operatsiya bir nechta bosqichlardan iborat. *Birinchi bosqich* – chov kanaliga yoʻl ochish. Chov sohasida chov boylamiga parallel va undan yuqorida qiyshiq kesim bajariladi. Qorinning tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi kesiladi: yuqori laxtagi ichki qiyshiq va koʻndalang mushakdan ajratiladi, pastki laxtagi urugʻ tizimchasidan ajratiladi. *Ikkinchi bosqich* – churra xaltasini ajratish va olib tashlash. *Uchinchi bosqich* – chov kanali ichki teshigini normal

o'lchamgacha tikish (diametri - 0,6-0,8 sm). *To'rtinchi bosqich* – chov kanali plastikasi.

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

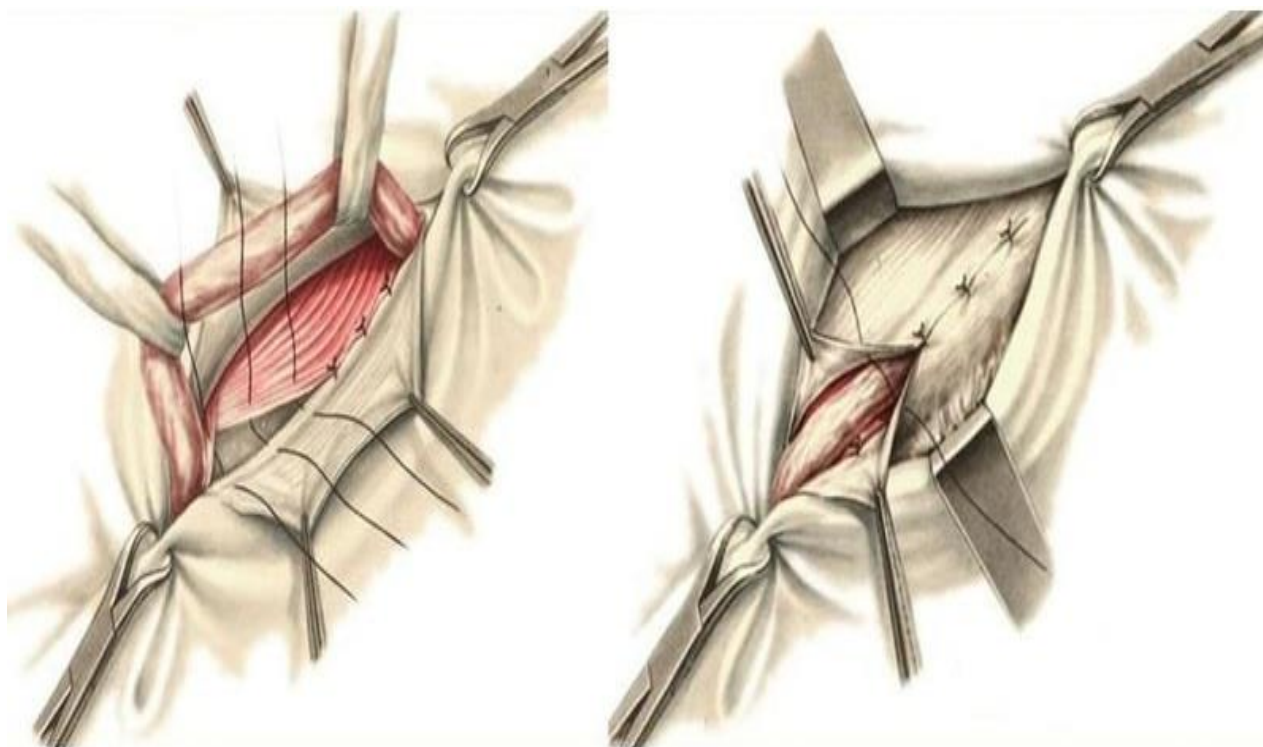
Bobrov-Jirar usuli chov kanalini oldingi devorini mustahkamlashga asoslangan. Urug' tizimchasi ustidan dastlab qorinning ichki qiyshiq mushagi va ko'ndalang mushagi, keyin alohida choklar bilan tashqi qiyshiq mushagi aponevrozining yuqori laxtagi chov boylamiga tikiladi. Aponevrozning pastki laxtagi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

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



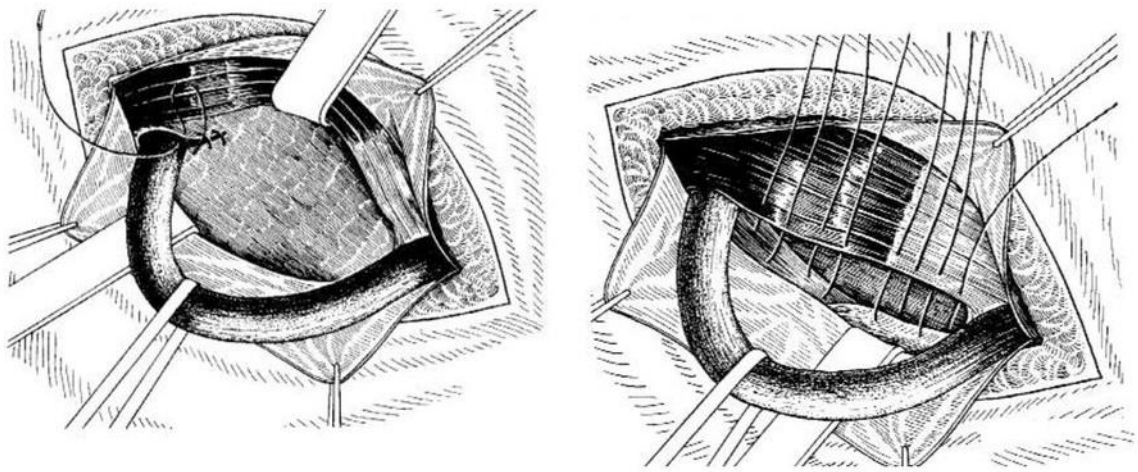
2.6-rasm. Jirar-Spasokukoskiy usulida Kimbarovskiy choklari bilan chov kanali oldingi devori plastikasi.

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



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

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



2.8-rasm. Postempski usulida chov kanali plastikasi

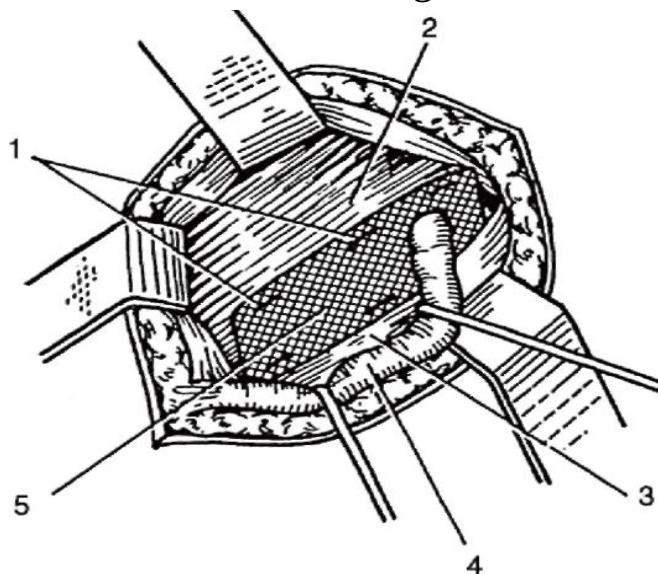
Oxirgi yillarda chov kanalini plastika qilishda Shouldays usuli va Lixtenshteyn usulidagi alloplastika keng qo'llanilmoqda.

Shouldays usuli – Bassini operatsiyasining modifikatsiyasi hisoblanadi. Uning maqsadi churrani kesish va churra xaltani kesib olgandan so'ng uzluksiz chok yordamida ko'ndalang fassiyadan duplikatura hosil qilishdan iborat. Shu chok yordamida ichki qiyshiq mushak va ko'ndalang mushak chov boylamiga tikiladi. So'ngra urug' tizimchasi ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozi duplikatura hosil qilinadi. Shu usulda muallif rahbarligida bajarilgan 200 000 operatsiyalardan 1% dan ko'p bo'lmagan asoratlarni kuzatilgan.

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

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

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



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

Son churrasi (hernia femoralis)

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

Son kanali anatomiyasi.

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

Muskul lakunasi orqali m. iliopsoas va n. femoralis, tomir lakunasi orqali a. et v. femoralis o'tadi, qov suyagi gorizontaal tarmog'i periostidan m. pectineus bilan qoplangan fascia pectinea chiqadi. Fascia pectinea va Pupart boylami o'rtasidagi burchak biriktiruvchi to'qima plastikasi – lig. lacunare Gimbernati bilan to'lgan. Jimbernati boylami bilan son venasi o'rtasidagi bo'shliq, yog' kletchatkasi va Pirogov-Rozenmyuller chuqur

chov limfa tuguni bilan to'lgan va son halqasi (anulus femoralis) deyiladi. Oldingi tomondan u chov boylami, orqadan esa taroqsimon boylam va shu nomli fastsiya bilan chegaralangan. Churra ochib boradigan yo'l normada bo'lmaydigan son kanali deb ataladi.

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

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

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

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

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

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

Diagnostikasi

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

sirpanuvchan bo‘ladi. Joyiga kiritib bo‘lmaydigan churra ichida ko‘pincha charvi bo‘ladi.

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

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

Davolash

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

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

Joyiga kiritib bo‘lmaydigan katta o‘lchamli son churralarida T-simon kesmalardan kam foydalaniladi.

Chov tomonidan o‘tkaziladigan operatsiyalar.

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

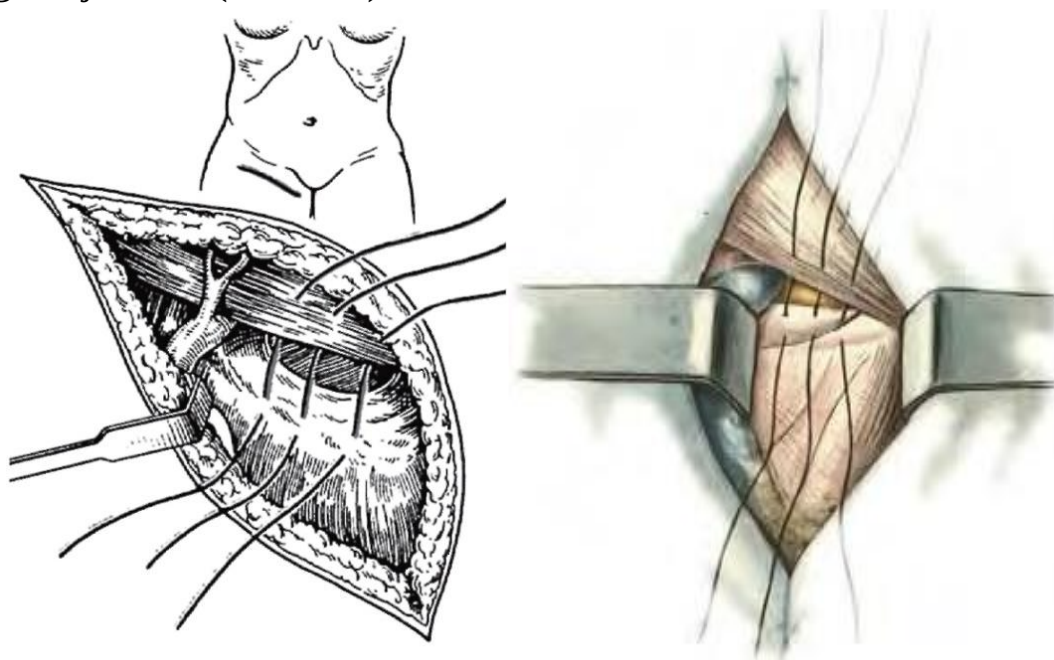
Chov kanali devorining butunligi tiklanadi.

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

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

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

Son tomondan qilinadigan operatsiyalar. Lokvud-Bassini usuli – son halqasi plastikasini chov boylamini qov suyagi usti pardasiga tikish hisobiga bajariladi (10-rasm).



2.10-rasm. Lokvud-Bassini usulida son halqasini plastikasi.

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

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

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

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

Transplantatni tomir qiniga va taroqsimon muskulga qo'shimcha mahkamlanadi.

Kindik churralari

Kindik halqasi orqali o'tadigan churralarga kindik churralari deyiladi. Kindik churralari hamma churralarning 6-8 foizini tashkil qiladi. *Quyidagilar farq qilinadi:*

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

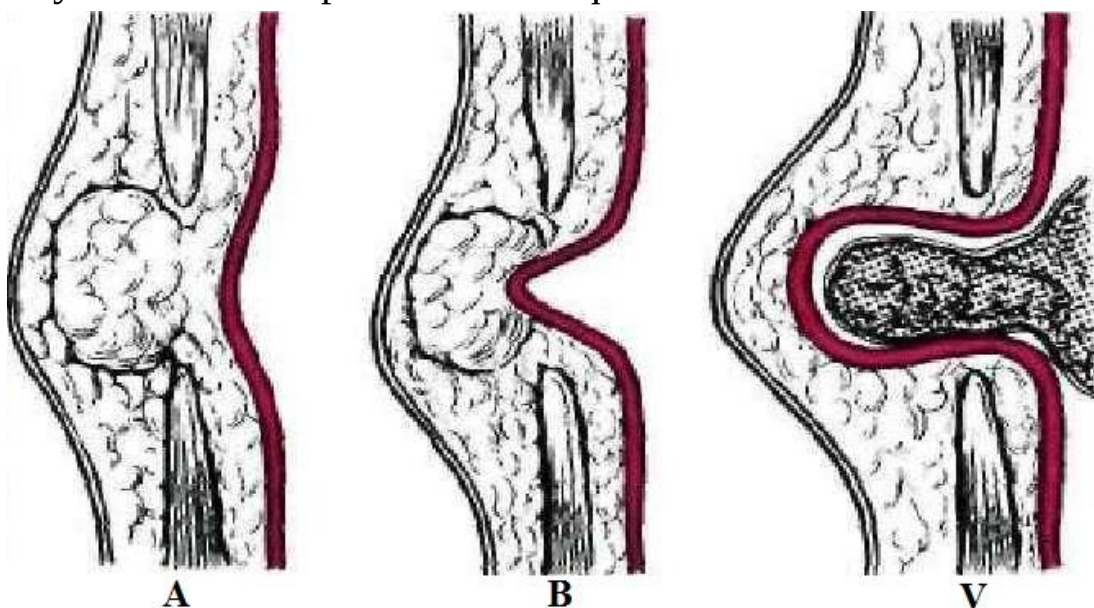
Anatomik ma'lumotlar.

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

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

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

Kindik tizimchasi churrasi yoki kindik churrasi (omphalocele) rivojlanish nuqsonidan iborat bo'lib, bunda bola tug'iladigan fursatda qorin bo'shlig'i qisman qorin pardasidan tashqarida – amnion, Vartanov liqildog'i va birlamchi oddiy qorin pardasidan tashqil topgan kindik pardalarida joylashadi (ichakning aylanish jarayoni buzilishi natijasida, qorin bo'shlig'ining o'sib etilmaganligi yoki qorin oldingi devorining yopilishi buzilishidan). Qorin oldingi devori rivojlanishining to'xtash vaqtiga ko'ra kindik churralarining 2 turi – embrional va fetal churralar tafovut qilinadi. Embrional churralarda jigarda Glisson kapsulasi bo'lmaydi va u kindik pardalari bilan qo'shilib ketadi.



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

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

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

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

Tug'ilishdan keyin dastlabki soatlarda churra xaltachasini hosil qiladigan kindik pardalari yaltiroq, tiniq, oqimtir rangli bo'ladi. Biroq

birinchi sutka oxirida ular quriydi, loyqa tortadi, so'ngra infektsiyalanadi va fibrin qatlamlari bilan qoplanadi. Pardalar yupqalashganda va yirtilganda eventeratsiya yuz beradi.

Davolash

Davolash operativ va konservativ usullarda bo'ladi.

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

Go'daklarda kindik churralari hayotining dastlabki oylarida rivojlanadi yoki keyinchalik hosil bo'ladi. Bolalarda kindik churralari ular yig'laganda, qattiq yo'talganda va fimozda doimiy kuchanganda, ariqlab ketganda vujudga keladi. Bolalarda kindik churralari odatda katta o'lchamli bo'lmaydi va oson joyiga tushadi. Qisilib qolish hollari kamdan-kam uchraydi.

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

Kengaygan kindik halqasi yopilishiga quyidagi tadbirlar imkon beradi:

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

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

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

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

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

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

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

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

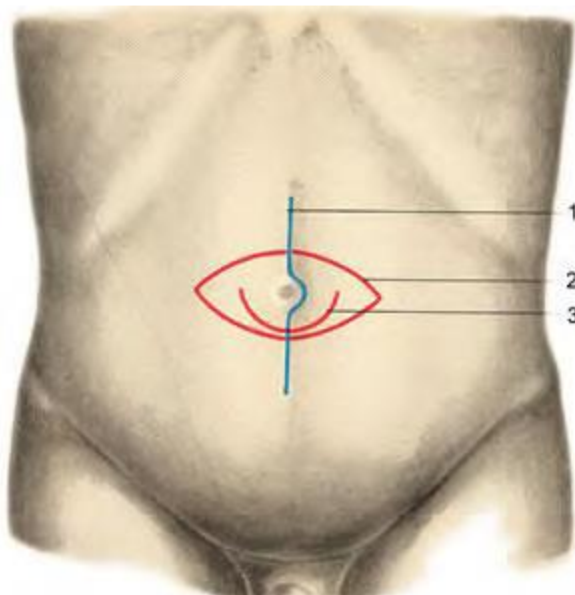
Shunday qayta yallig'lanishlar natijasida churra xaltachasi ichida bitishmalar hosil bo'ladi va churra joyiga tushmaydigan, ya'ni to'g'rilanmaydigan bo'lib qoladi.

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

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

Bolalardagi kichik churralarda churra darvozalari plastikasi Lekser bo'yicha o'tkaziladi: teshik atrofiga aponevrozga ipak ip bilan kiset

choki solinadi, u tortilgandan keyin xalkani bekitadi. Keyinchalik aponevrozga ko‘ndalang yo‘nalishda tugunli ipak choklar solinadi.



2.12-rasm. Kindik churralarida operatsiya kesmalari:

1- Sapejko usuli, 2- Lekser usuli, 3- Meyo usuli.

Meyo usuli churra darvozalarini yaxshi bekitish uchun katta kindik churralarida qo‘llaniladi. Kindik halqasini ikkala tomonda 1 sm dan kesiladi. Aponevrozning pastki chekkasini bir necha II-simon choklar yordamida yuqori chekkasi ostiga tortiladi va o‘sha yerda duplikatura holida mahkamlanadi; aponevroz laxtagining yuqori chekkasini tugunli choklar qatori bilan aponevrozning pastki uchastkasi sathiga tikiladi.

Sapejko usuli – Meyo usulidan qorin devori aponevrozini churra teshigi ustidan vertikal yo‘nalishda ikki marta oshirish bilan farq qiladi. Sapejko usulida fakat tugunchali choklar qo‘yiladi.

Qorin oq chiziq churralari (hernia liniae alba)

Oq chiziq churralari (hernia liniae alba) yoshi ulg‘aygan va keksa odamlarda ko‘proq uchraydi.

Anatomiya.

Qorinning oq chizig‘i o‘rta chiziq bo‘ylab ichki qiyshiq, va ko‘ndalang muskullar aponevrozlarining biriktiruvchi to‘qima tolalaridan hosil bo‘ladi.

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

Qorin to'g'ri muskullari qinini hosil qiladigan aponevrozlar oq chiziqqa o'tayotganda qiya yo'nalib, bir biri bilan kesishadi va ayrim kishilarda birmuncha kattalashib ketadigan va churra chiqadigan joy bo'lib xizmat qiladigan yog'li kletchatka bilan to'lgan yoriqsimon bo'shliqlar hosil qiladi.

Qorin to'g'ri muskullari kindikdan pastda deyarli tegib turadi. Bunday joylashgan churralarning nihoyatda kam uchrashi shu bilan izohlanadi.

Qorin usti sohasi anatomik strukturasida (epigastrium) ham churra bo'rtmalari hosil bo'lishiga shart-sharoitlar mavjud. Bu sohada qorin to'g'ri muskullari dastalari orasidagi yoriqlarni nazarda tutish lozim. Bu dastalarning bir qismi V-VII qovurg'alarga, boshqalari esa hanjarsimon o'simga yopishadi.

Muscul-aponevrotik tuzilmalar tonusi buzilganda va qorin ichidagi bosim oshganda bu yoriqlarga qorin pardasi oldidagi yog', shuningdek qorin pardasi kirib qolishi mumkin: me'da kasalligi bularning qisilib qolishiga sabab bo'lishi mumkin.

Oq chiziq churralari joylashuviga ko'ra kindikdan yuqorida joylashgan qorin usti churralari (herniae epigastricae), kindik oldida joylashgan kindik oldidagi (hernia paraumbilicalis) va kindik pastida joylashgan qorin pastidagi (herniae hypogastricae) churralarga bo'linadi.

Qorin ichidagi bosimning talaygina ko'tarilishi ta'siri ostida aponevrozdagi yoriq orqali (normada undan tomirlar, nervlar o'tadi) avvaliga qorin pardasi oldidagi yog' bo'rtib chiqadi, u ba'zan qorin devori muskullari taranglashtirilganda yumaloq zichlashma (qorin pardasi oldidagi lipoma deb ataladigan) ko'rinishida paypaslanadi. Keyinchalik lipomadan keyin qorin pardasi ham bo'rtib chiqadi va haqiqiy churra hosil bo'ladi.

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

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

Davolash – operatsiya usulida.

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

Qorinning yonbosh churralari

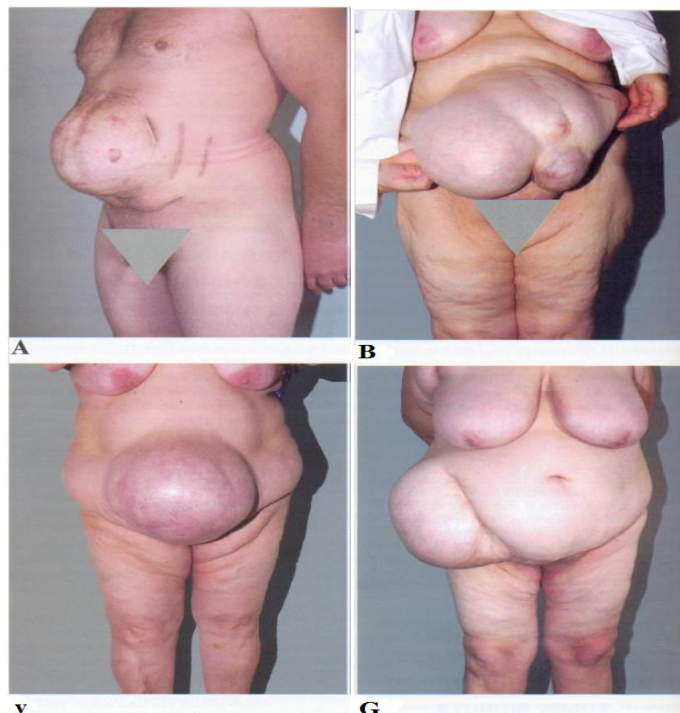
Kam uchraydi, ular shikastlardan, kesilgan abstsesslardan keyin, mahalliy muskul falaji zaminida hosil bo'lishi mumkin va odatda qorin ko'ndalang muskulining muskul qismi aponevrozga o'tayotganda spigeliy chizig'ida hosil bo'ladi. Aponevroz to'g'ri muskullar qini devorlari tarkibiga o'tayotganda o'yiqli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

Travmatik va operatsiyadan keyingi churralar

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

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

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



2.13-rasm. A. Bemor 49 yoshda operatsiyadan (yuqori-o‘rta laparatomiyadan) keyingi katta churra. B. Bemor 64 yoshda.

Operatsiyadan keyingi gigant churra. V. Bemor 63 yoshda operatsiyadan (pastki-o‘rta laparatomiyadan) keyingi katta churra. G. Bemor 59 yoshda. Qorin yon devori operatsiyadan keyingi churra.

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

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

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

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

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

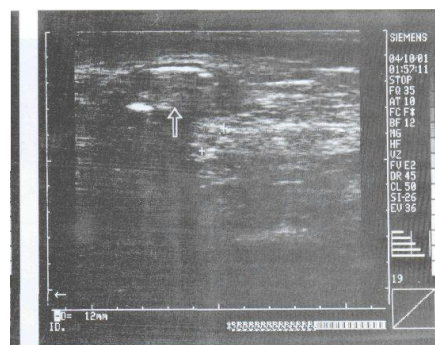
Diagnostikasi:

Churralarni diagnostika qilishda asosan instrumental tekshirishlarga murojaat qilinib jumladan ul'tratovush tekshiruvi, kompyuter tomografiya shuningdek churrani qisilishiga shubha qilinganda qorin bo'shlig'i a'zolari rentgenografiyasi bajariladi.

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



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



2.15-rasm. Bemorda ul'tratovush tekshiruvida churra xaltasida bitishma kasalligi aniqlanganligi strelka yordamida ko'rsatilib qo'yilgan.

Davolash. Operatsiyadan keyingi churralarni konservativ davolash qorinni mahkam tutib turadigan belbog'-bandaj tayinlashdan iborat. Davolashning bu usuli ba'zan katta eventratsiyali semiz bemorlarni

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

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

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

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



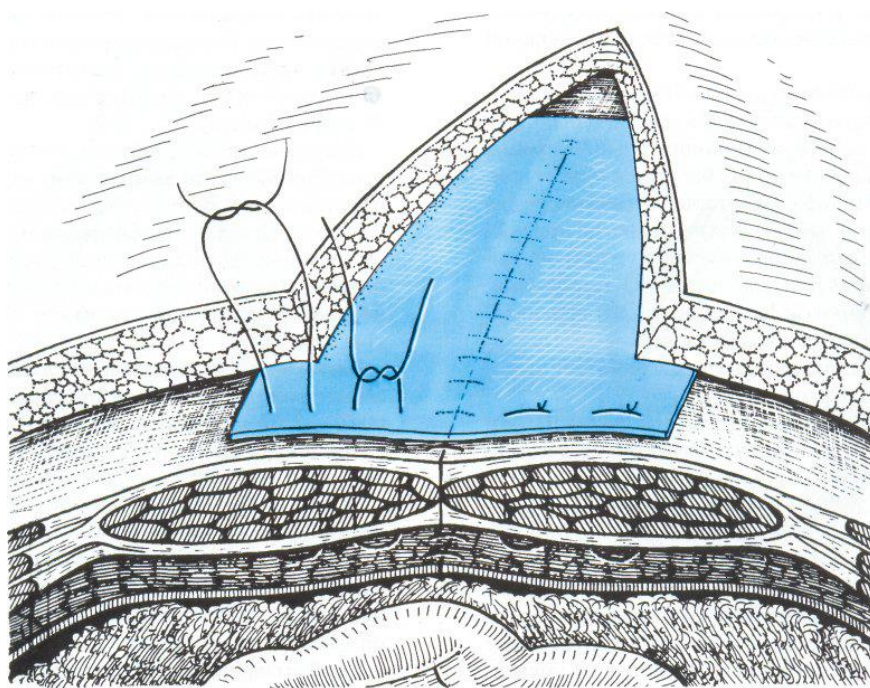
2.16-rasm. Amaliyotdan keyingi churralarda Voznesenskiy usulida plastika qilish.

Qorin old devorining operatsiyadan keyingi qaytalangan va qaytalanuvchi churralarida asosan alloplastika operatsiyalari bajariladi. Bu operatsiya ham o'z navbatida allotransplantatni

joylatirilishiga ko'ra 3 ga bo'linadi. Agarda allotransplantat (setka) aponevroz ustidan qo'yilsa On-lay, aponevroz ostidan qo'yilsa Sub-lay yoki bevosita qorin parda ichidan qo'yilsa In-lay usulida alloplastika operatsiyasi bajarilgan hisoblanadi.

Operatsiyaga ko'rsatma:

1. Churra retsidiv yoki retsidivlanuvchi bo'lsa
2. Churra katta o'lchamda bo'lib qorin old devori kuchsiz va mushaklar, fatsiya hamda aponevroz atrofiyasi bo'lsa.
3. Churra darvozasi ko'p sonli bo'lganda
4. Gigant churralar qorin old devoridagi defekt 250 sm² va undan katta bo'lib autoplastika qilishni imkoni bo'lmaganda.



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

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

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

Ichki va kam uchraydigan churralar

Ichki yoki intraabdominal churralarga qorin choʻntaklari churralari va diafragmal churralar, shuningdek joylashuviga koʻra kam uchraydigan: qorinning yonbosh churralari (spigeliy chizigʻining), Pti uchburchagining bel churralari va Lesgaft-Gryunfeld toʻrtburchagi churralari: yopqich, quymich va oraliq churralari kiradi.

Anatomik maʼlumotlar. Qorinning ichki churralari ichki aʼzolar qorin boʻshligʻi aʼzolarining teshiklaridan biriga (foramen epiploica Winslovi), boylam yoki qorin choʻntaklari recessus iliococalis, intersigmoideus; flexura duodenojejunalis dan biriga yoki diafragma teshiklariga kirganda vujudga keladi.

Maʼlumki, diafragma muskul va pay qismlardan tashkil topgan. Koʻkrak boʻshligʻi tomonidan u parietal plevra bilan, qorin boʻshligʻi tomonidan parietal qorin pardasi bilan qoplangan. Diafragmaning muskul qismida 3 boʻlim: partes sternalis, aortalis, lumbalis farq qilinadi. Diafragmaning bel qismi har qaysi tomondan 3 ta oyokcha: medial, oʻrta va lateral oyoqcha hosil qiladi. Diafragma bel qismining medial oyoqchalari (oʻng va chap) 8 raqami koʻrinishidagi kesishma hosil qilib, ikkita teshik *hiatus aortcus hiatus oesophagus* ni chegaralab turadi. Keyingisi adashgan nervlar bilan qiziloʻngachni oʻtkazadi. Qiziloʻngachni oʻrab turgan muskul tolalari qizilungach sfinkteri *m. sphincter oesophagi* ni hosil qiladi. Sfinkter borligiga qaramay, qiziloʻngach teshigi orqa koʻks oraligʻi diafragmal churralar chiqadigan joy boʻlib xizmat qilishi mumkin, churra ichida odatda meʼdaning kardial qismi boʻladi. Diafragmada muskul tolalari boʻlmaydigan va koʻkrak ichi va qorin ichi fastsiyalari tegib turadigan uchastkalar boʻladi. Diafragmaning bu «kuchsiz uchastkalari» baʼzan diafragmal churralar chiqadigan joylar boʻlib xizmat qiladi. Diafragmaning toʻsh va qovurgʻa qismi orasida, hanjarsimon oʻsimtadan chapda uchburchak oraliq trigonum sternocostalis boʻladi, uni yana Larrey nishoni ham deb ataladi (shu joyda perikardni Larrey usulida teshiladi).

Oraliqda kletchatka bilan oʻralgan vasa thoracica interna boʻladi, hanjarsimon oʻsimtaning oʻng tomonidagi xuddi shunday oraliq Maʼzoi

yorig'i deyiladi. Diafragmaning qovurga qismi va bel qismining tashqi oyoqchasi o'rtasida trigonum lumbocostalis bo'ladi, ularni Boxdalek yoriqlari deb ataladi.

Bel sohasida kam joylashadigan churralar Pti uchburchagi yoki Lesgaft-Gryunfeld rombasimon bo'shlig'i orqali chiqadi:

1) orqaning serbar muskuli chekkasining yonbosh qirrasi va qorin tashqi qiyshiq muskuli yaqinida tarqaladi va uchburchak shaklidagi bo'shliq, trigonum lumbale (Pti uchburchagi) hosil qiladi. Ba'zan shu joydan bel churralari chiqadi;

2) bel bo'shlig'i – spatium lumbale Lesgaft-Gryunfeld uchburchagi yoki rombasi.

Uchburchak tomonlari quyidagilar: yuqoridan – pastki tishsimon muskulning pastki chekkasi, pastdan – ichki qiyshiq muskulning orqa (erkin) chekkasi, medial – orqa yozuvchi muskulning lateral chekkasi. Ba'zan uning hosil bo'lishida yuqoridan XII qovurga qatnashadi, bu holda bo'shliq to'rtburchak shaklida bo'ladi. Bu oraliqning tubi qorin ko'ndalang muskuli aponevrozidan hosil bo'ladi. Ustki tomonidan faqat orqaning serbar muskuli bilan yopilgan va shunga ko'ra qorin orqa devorining eng yumshoq sohasi sanaladi.

Ba'zan Lesgaft-Gryunfeld uchburchagi bel churralari chiqadigan joy bo'lib xizmat qiladi.

Simptomatikasi va davosi. Ichki churralarning shunday xususiyati borki, ular qisilmagan vaktida, diafragmal churralarni istisno qilganda muayyan klinik simptomlarga ega bo'lmaydi va aniqlanmaydi. Ular qisilganda xronik (qisilishgacha) yoki o'tkir strangulyatsion ichak tutilib qolishi simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Shuning uchun ichki churra diagnozi faqat operatsiya vaqtida qo'yiladi.

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

Yopqich churra yopqich kanali orqali shu nomdagi nervlar va tomirlar bilan birga chiqib kanaldan o'tadi va m. peelneum ostida joylashadi. Suning uchun churra o'smasi deyarli konturlanmaydi

(ko‘rinmaydi) va yaxshi paypaslanmaydi. Kamdan kam, faqat kattalarda, deyarli faqat ayollarda, asosan yoshi ulg‘aygan (60-70 yoshdagi) odamlarda uchraydi.

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

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

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

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

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

Churra darvozalari fastsiya yoki muskul bilan to‘ldiriladi.

Oraliq churrasi teri ostiga chanoq tubining muskul qismi orqali m. levator ani, m. coecygeus yoki m. levator ani tolalari orasidagi bo‘shliqqa chiqadi. U chanoq fastsiyasini bo‘rttirib, isheorektal chuqurgacha kiradi va oraliq yoki to‘g‘ri ichak oldingi devori, qin devori yoki katta lab pastki qismi terisini bo‘rttiradi. Aksariyat to‘g‘ri ichakning tushishi bilan birga keladi. Ko‘pincha ayollarda, to‘g‘ri ichak operatsiyasidan keyin

uchraydi. Uning ichida qovuq yoki uning divertikuli, ayol tanosil a'zolari, ichak, charvi bo'lishi mumkin.

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

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

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

Nazorat savollari

1) Churrani kesish operatsiyasi vaqtida siydik qopi shikastlanishi ko'pincha qaysi churralarda kuzatiladi?

2) Asoratlanmagan qiyshiq chov churrasida va prostata bezi II darajali adenomasida birinchi navbatda qaysi operatsiyani tavsiya etish lozim?

3) Qorinning tashqi churralari aholining nechi foizida uchraydi?

4) Qorin tashqi churralari kelib chiqishiga ko'ra turlari?

5) Qorin pardasining churra darvozalari orqali chiqadigan va ichki a'zolari qoplab turadigan parietal varag'i nima deyiladi?

6) Asoratlangan churralarni davolash qanday olib boriladi?

7) Asoratlanmagan churralarda operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar?

8) Larrey churrasi qayerdan chiqadi?

9) Erkin to'g'rilangan qisilgan churralarda jarroh taktikasi?

10) Qaysi usulda urug' tizimchasi va uning elementlari teri ostida qoladi va chov kanali bartaraf qilinadi?

11) Chov churrasida soxta Brokk qisilishiga xos bo'lgan belgilar?

12) Kindik churralarida asosiy klinik simptomlari?

13) Son churralarining farq qiluvchi umumiy belgilarini sanab bering.

14) Skarpov uchburchagi yuqori qismida joylashgan lipomaning to'g'rilanadigan son churrasidan farq qiluvchi solishtirma tashxis belgilarini?

- 15) Son churrasi ko‘proq qaysi jins vakillarida uchraydi?
- 16) Qorin oq chizig‘i churrasi bor bemorga nima uchun oshqozon rentgenoskopiyasi qilinishi lozim?
- 17) Siydik qopi hisobiga hosil bo‘lgan sirpanuvchi churra tashxisi qaysi tekshiruvga asoslanib qo‘yiladi?
- 18) Son churralarining umumiy farq qiluvchi belgilari sanab bering.
- 19) Siydik qopi hisobiga hosil bo‘lgan sirpanuvchi churraning belgilari?
- 20) Siydik qopining sirpanuvchi churrasida operativ davo maqsadi?
- 21) Operatsiyadan keyingi churralarga olib keluvchi asosiy omillar.
- 22) Qorin ichki bosimi oshishiga olib keluvchi omillar?
- 23) Statistika bo‘yicha ko‘proq uchraydigan churra turlari?
- 24) Tug‘ma qiyshiq chov churrasining belgilari?

III BOB. QORIN OLD DEVORI CHURRALARINING ASORATLARI

Churraning qisilishi

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

Etiologiyasi va patogenezi

Kelib chiqish mexanizmiga ko‘ra elastik, axlatli, aralash yoki kombinatsiyalashgan qisilish bo‘lishi mumkin.

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

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

Patologoanatomik ko‘rinishi

Qisilgan a‘zoda qon va limfa aylanishi buziladi, venoz dimlanish natijasida ichak devoriga, uning bo‘shlig‘iga va churra xaltasiga transsudat to‘planadi. Ichak sianotik ko‘rinishga ega bo‘ladi, churra suyuqligi tiniq holda bo‘ladi. Nekrotik o‘zgarishlar ichak devorining shilliq qavatidan boshlanadi. Zararlanish ko‘proq strangulyatsion halqa sohasida rivojlanadi, chunki ichak devori shu sohada ko‘proq qisiladi.

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

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

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

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Klinik ko'rinishi qisilish turiga, qisilgan a'zoga, vaqtiga, asorat rivojlangandan keyingi o'tgan vaqtga bog'liq.

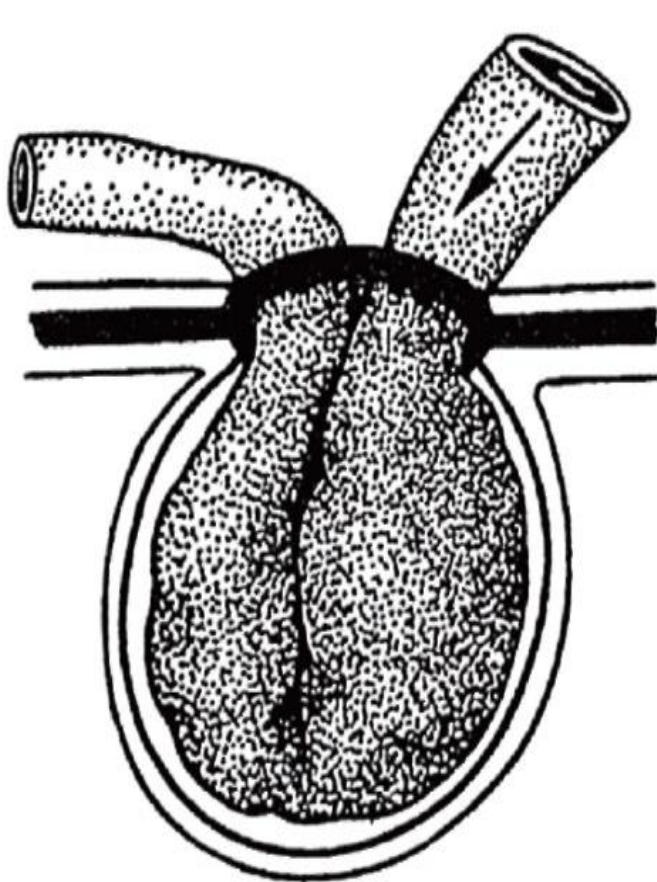
Qisilgan churraning asosiy simptomi-churra sohasida og'riq va avval to'g'rilanib turgan churraning to'g'rilanmay qolishi.

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

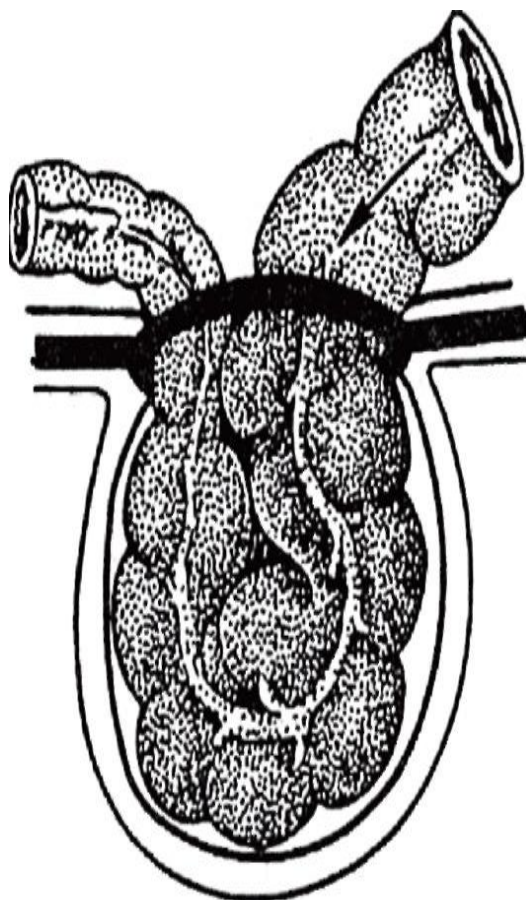
Elastik qisilish. Bu asoratning rivojlanishi qorin ichki bosimining oshishi (jismoniy zo'riqish, yo'tal, defekatsiya vaqtida kuchanish) natijasida rivojlanadi. Ichak qisilishiga ichak tutilish belgilari ham qo'shiladi. Qisilgan ichak devorida qon tomir va nervning qisilishi natijasida to'lg'oqsimon og'riq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

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

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



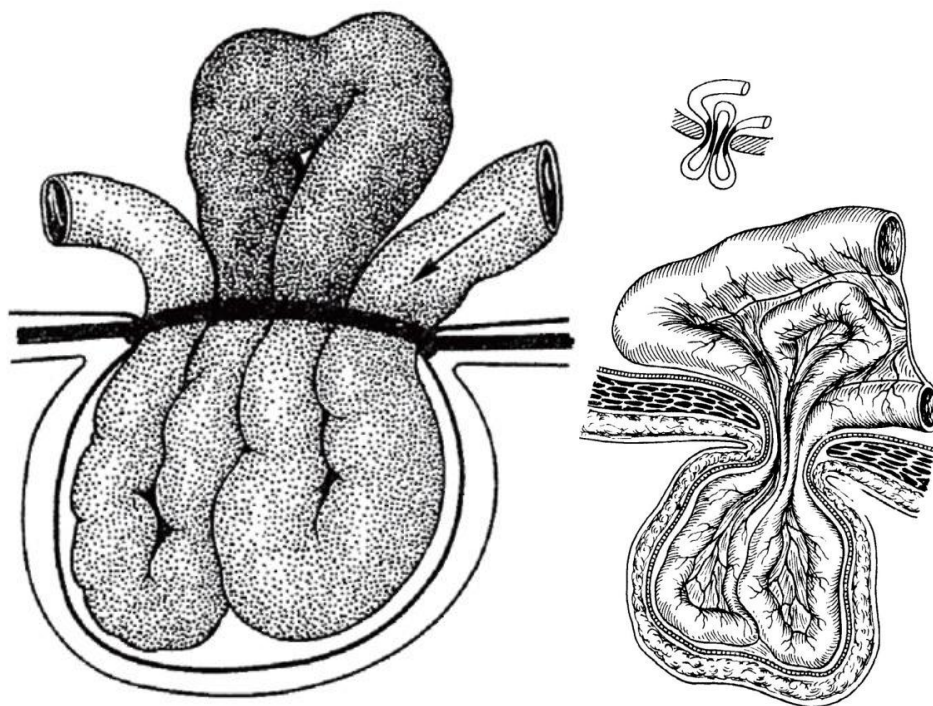
3.1-rasm. Churraning elastik qisilishi.



3.2-rasm. Churraning axlatli qisilishi.

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

Operatsiyaga diagnoz qo'yish qiyinchilik tug'diradi. Operatsiya vaqtida churra xaltasida 2 ta ichak qovuzlog'i aniqlansa, xirurg qisilgan halqani kesib qorin bo'shlig'idagi ichakni ham reviziya qilishi shart.



3.3-Rasm. Churraning retrograd (Ichakning W-simon) qisilishi.

Agar retrograd qisilish o'z vaqtida aniqlanmasa bemorda bog'lovchi ichak qovuzlog'ining nekrozi natijasida peritonit rivojlanishi mumkin.

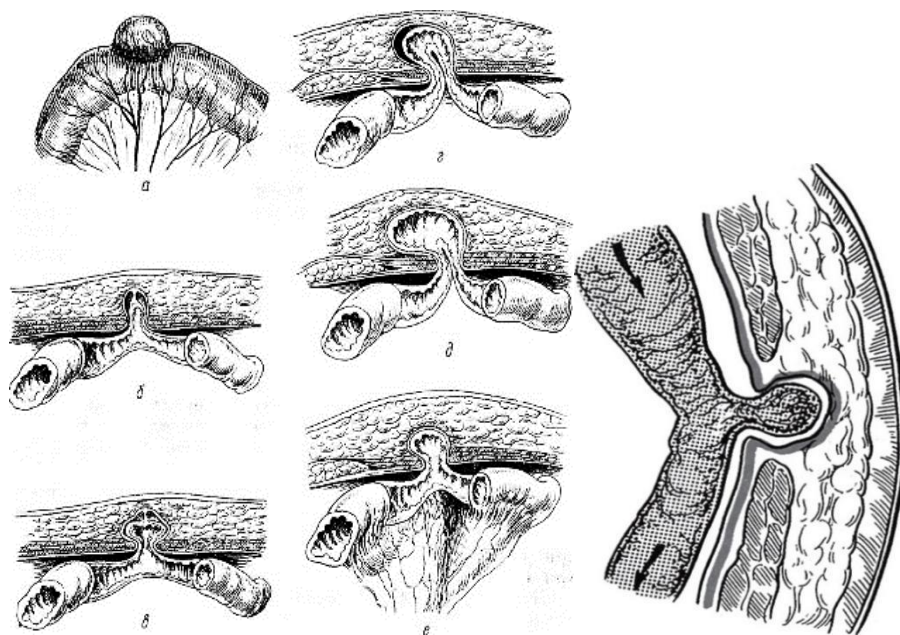
Rixter qisilishi. Agar ichak devorining kichik halqada qisilishi yuzaga kelsa rivojlanadi. Ko'proq chov va son churralarida ba'zan kindik churralarida kuzatiladi. Ichakning qisilgan qismida qon va limfa aylanishining buzilishi destruktiv o'zgarishlarga, nekroz, ichak perforatsiyasiga olib keladi.

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

Bemorning umumiy ahvoli dastlab qoniqarli bo'lishi mumkin, keyinchalik churra flegmonasi va peritonit rivojlanishi natijasida yomonlashadi.

Diagnoz operatsiya vaqtida asoslanadi. To'qimalar kesilib churra xaltasi ochilganda ichak devorining qisilgani aniqlanadi.

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



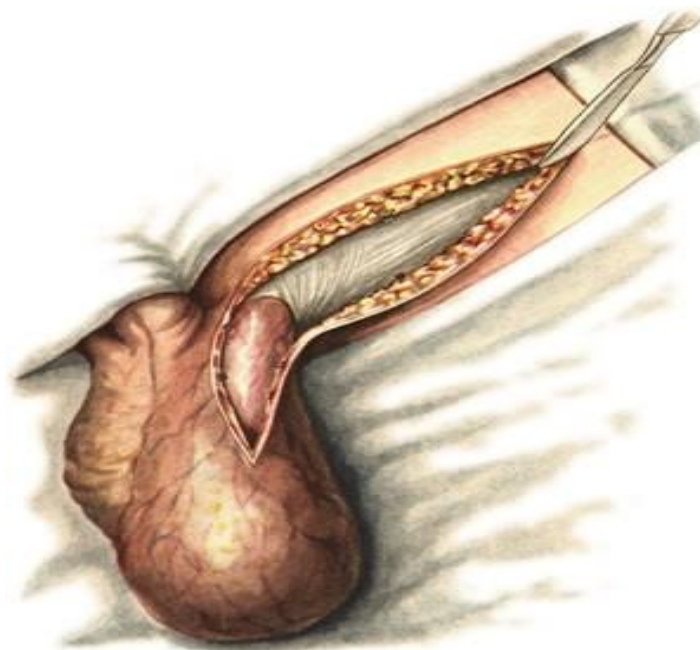
3.4-rasm. Rixter qisilishining yuzaga kelish jarayonlari.

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

Davolash

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

- **Birinchi bosqich** –aponevrozgacha to'qimalarni qavatma-qavat ochish va churra xaltasini ajratishdan iborat.



3.5-rasm. Qisilgan chov-yorg‘oq churrasida operatsiya. Teri kesimi.

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



3.6-rasm. Qisilgan chov-yorg‘oq churrasida operatsiya. Churra xaltasini ajratish.



3.7-rasm. Qisilgan chov-yorg‘oq churrasida operatsiya. Churra xaltasini ochish.

- **Uchinchi bosqich** – Qisilgan halqani vizual nazorat ostida qorin bo‘shlig‘i tomondan yopishgan a‘zoni zararlamasdan ochish kerak.

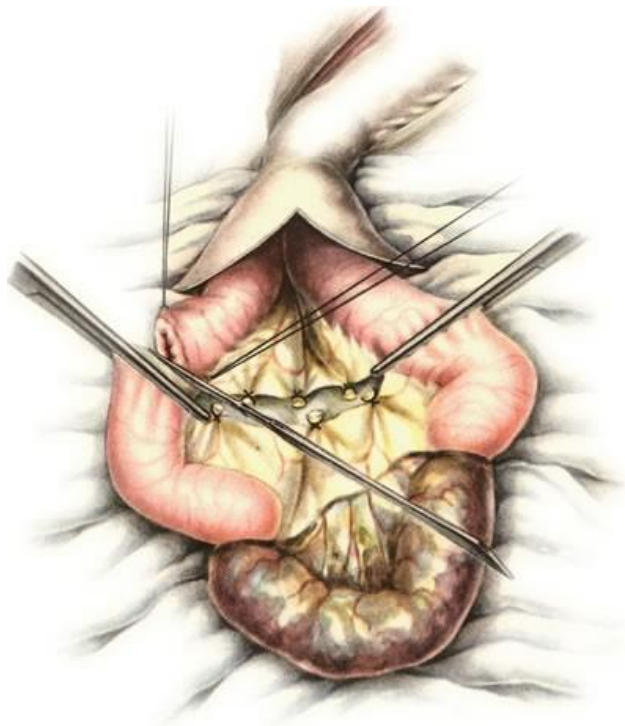


3.8-rasm. Qisilgan chov-yorg‘oq churrasida operatsiya. Qisilgan halqasini ochish.

- **To‘rtinchi bosqich** – Qisilgan a‘zoni hayotiyligini aniqlash. Bu operatsiyaning eng muhim bosqichidir. Ingichka ichakning hayotiyligini

belgilovchi asosiy tamoyillar – ichakning rangining qayta tiklanishi, ichak tutqichi qon tomirlarida pulsatsiya borligi, strangulyatsion halqa va subseroz gematoma yo‘qligi, ichak peristaltikasining borligi. Shubhasiz ichakning hayotiy emasligini ko‘rsatuvchi belgilar – ichak qora tusda, seroz qobiqning xiraligi, ichak devori ilvillagan, ichak peristaltikasi va qon tomirlarda pulsatsiya yo‘qligi.

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



3.9-rasm. Qisilgan chov-yorg‘oq churrasida operatsiya.
Ichak qovuzlog‘i rezeksiyasi.

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

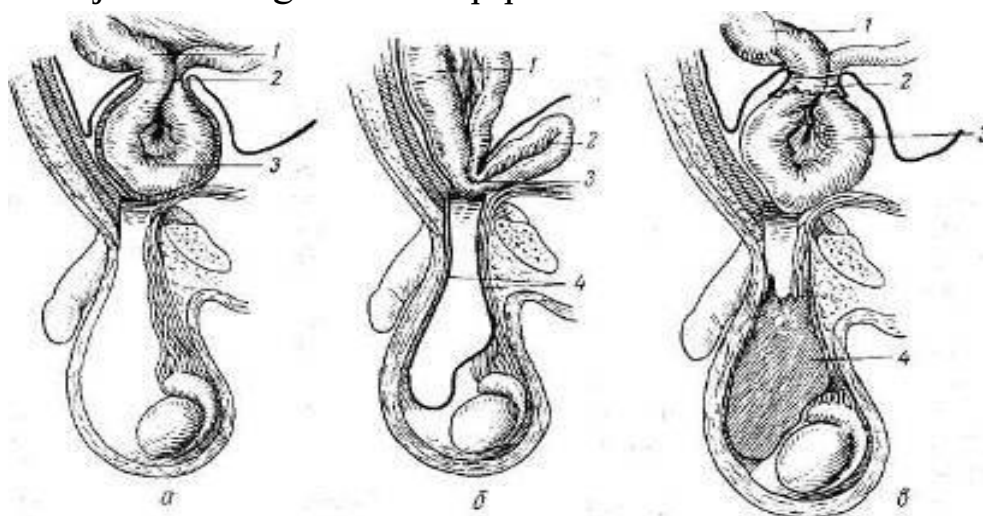
Bemorlarni kompleks davolashning asosiy mezonini umumiy va mahalliy antibiotikoterapiya o'tkazishdan iborat.

Oqibati

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

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

Bemorlarda qisilgan churra mustaqil to'g'rilanib ketsa ham xirurgik statsionarga yotqizilishi kerak. Mustaqil to'g'rilanib ketgan ichak peritonitga yoki ichki qon ketishga sabab bo'lishi mumkin. Hozirgi zamonda qisilgan churralarni bemorlar tomonidan majburlab to'g'rilash holatlar deyarli uchramaydi. Davolash muassasalarida ham qisilgan churralarni majburlab to'g'rilash ta'qiqlanadi.



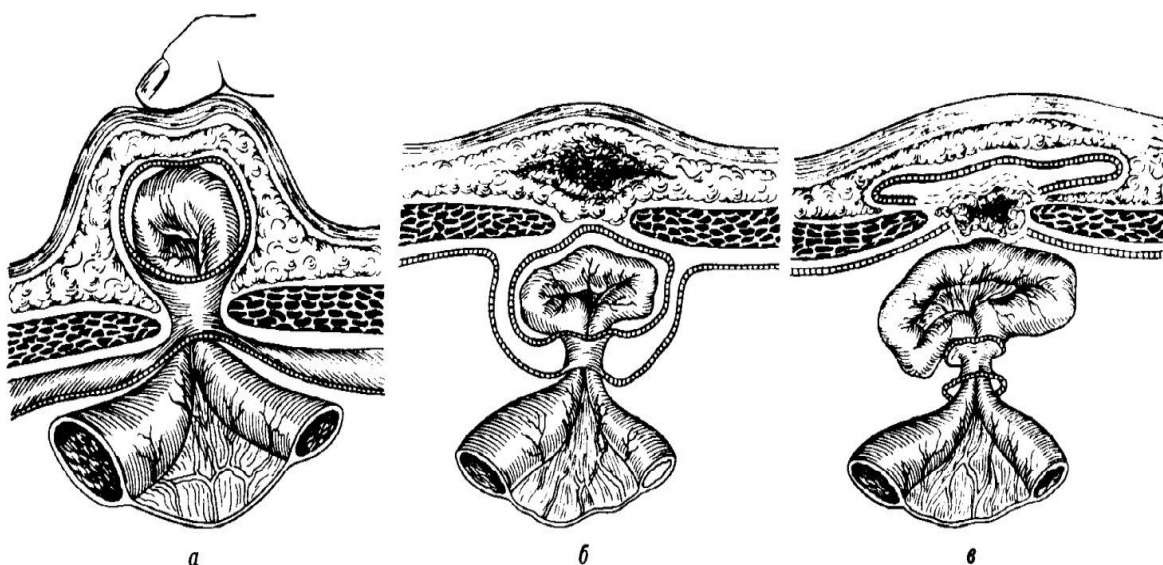
3.10-rasm. Qisilgan chov churralarini majburlab to'g'rilaganda kuzatiladigan asoratlar.

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

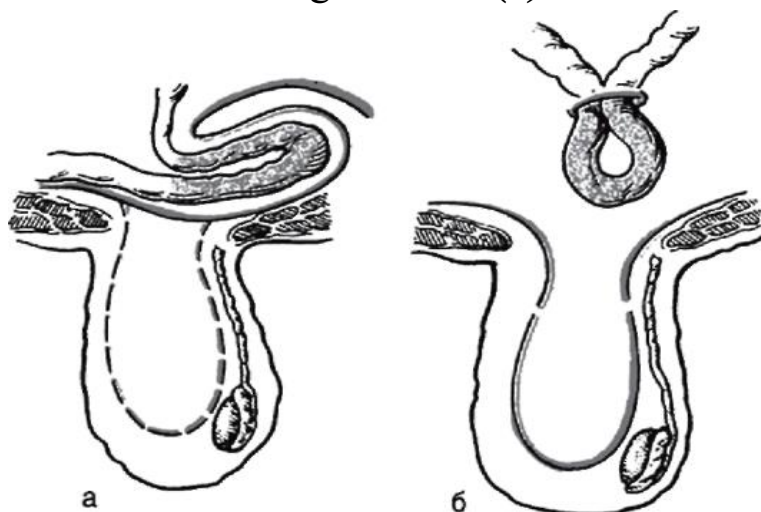
Kuzatishlardan ma'lumki, mustaqil to'g'rilangan yoki operatsiya qilingan qisilgan churralarda bemorlarda turli xil shikoyatlar paydo bo'ladi. Ulardan eng ko'p kuzatiladigan shikoyatlarga qorindagi og'riq, meteorizm, qorin quldirashi bo'lishi mumkin. Yuqoridagi klinik belgilar qisman ichak tutilishiga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

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

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



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



3.12-Rasm. Churraning yolg‘on to‘g‘rilanishi: a – churra xaltasi qisilgan a‘zo bilan qorin parda oldi bo‘shlig‘iga siljishi; b – churra xaltasi bo‘yicha sohasida parietal qorin pardaning uzilishi, qisilgan a‘zoning qorin bo‘shlig‘iga siljishi.

Churraning to‘g‘rilanmasligi

Churraning to‘g‘rilanmasligi churra xaltasida churra elementining o‘zaro yoki churra xaltasi bilan aseptik yallig‘lanish hisobiga yopishib qolishiga aytiladi. Churraning to‘g‘rilanmasligi qisman bo‘lishi mumkin. Bunda churra elementining bir qismi qorin bo‘shlig‘iga to‘g‘rilangan bo‘ladi. Uzoq vaqt bandaj taqib yurish ham churra to‘g‘rilanmasligiga

sabab bo'lishi mumkin. Churraning to'g'rilanmasligi ko'proq kindik, son va operatsiyadan keyingi churralarda kuzatiladi. Ko'p kamerali bo'lishi mumkin. Ko'p kameralar bo'lishi va bitishmali jarayon rivojlanishi churra elementi qisilishiga yoki ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Koprostaz

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

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

Churra yallig'lanishi

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

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

Nazorat savollari

1) Qisilgan son churrasi bo‘yicha operatsiya paytida jarroh qisib turuvchi xalqani lateral tomonga kesdi va kuchli qon ketish paydo bo‘ldi, shu holatda qaysi tomir shikastlandi?

2) Kindik churrasidagi churra qopi flegmonasida qaysi operatsiya bajariladi?

3) Rixter qisilishi nima?

4) Bemorda o‘tkir miokard infarkti va qisilgan churra. Sizning taktikangiz.

5) Qisilib mustaqil to‘g‘rilangan churrada qaysi holat operatsiyaga mutloq ko‘rsatma hisoblanadi?

6) Chov churrasi qisilgandan so‘ng ko‘p vaqt o‘tgan bo‘lsa qaysi muolajani birinchi darajali deb hisoblaysiz.

7) Qisilgan churra tashxisi bilan operatsiya qilish vaqtida, churra qopi ochilgach 100 ml miqdorda xira rangli suyuqlik chiqdi, lekin churra elementi topilmadi. Qisilishni qaysi turi to‘g‘risida o‘ylash kerak:

8) Qisilgan churralarga xos bo‘lgan belgilar?

9) Qisilgan chov-yorg‘oq churrasini boshqa qaysi kasalliklardan qiyosiy farqlab bo‘lmaydi?

10) Qisilgan son churrasini asosan qaysii kasalliklar bilan difdiagnostika qilinadi?

11) Chov churrasida Brokk yolg‘on qisilishida qanday lokal belgi kuzatiladi?

12) Churra xaltasi yallig‘lanishida kuzatilmaydigan belgilarini ayting?

13) Qisilgan ichakning hayotchanligini ko‘rsatuvchi asosiy mezonlarni?

14) Qisilgan ichaklarning hayotga layoqatsizligini bildiruvchi belgi? aniqlang:

15) Churrada ichakni devori qisilishida tashxis qo‘yish qiyinligiga

sabab?

- 16) Churralarda qaysi holatda yoʻtal turtki belgisi manfiy boʻladi?
- 17) Churraning yalligʻlanish sabablarini?
- 18) Eventratsiyada churra elemenlarining qaysi biri qatnashmaydi?
- 19) Retrograd churra qisilishining oʻziga hosligi nimadan iborat?
- 20) Qisilgan churralarda oʻlim koʻrsatkichi nechi foiznini tashkil

etadi?

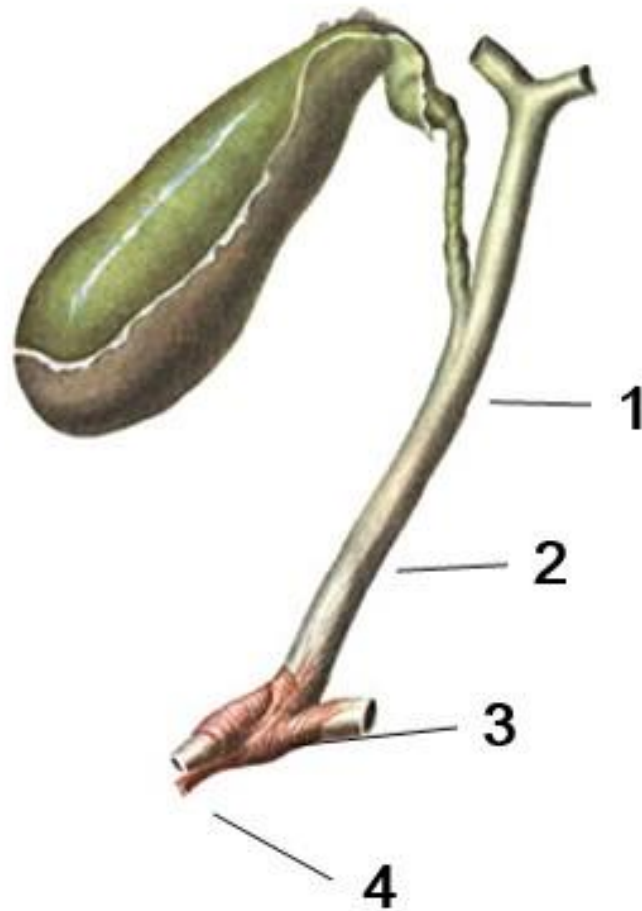
IV BOB: O‘T-TOSH KASALLIGI

O‘t ajratuvchi yo‘llar anatomiyasi

O‘t ajratish tizimi xususiy devorga ega bo‘lmagan (kontaklashgan gepatotsitlar yuzidagi o‘ziga xos xujayralar), o‘zaro keng anastomozlashgan kichik o‘t kanalchalardan boshlanadi. Ular segmentar o‘t yo‘llariga o‘tadi. Keyinchalik segmentar o‘t yo‘llari o‘ng va chap jigar yo‘llarini, ularning qo‘shilishi esa umumiy jigar yo‘lini hosil qiladi. Umumiy jigar yo‘li va o‘t pufagi yo‘li qo‘shilib umumiy o‘t yo‘liga o‘tadi. O‘t ajratish tizimining (jigar ichi va jigardan tashqari o‘t yo‘llari) umumiy uzunligi 6-8 sm dan oshadi.

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

Endoskopik va intraoperatsion xolangiografiya umumiy o‘t yo‘lining diametri 10–11 mm dan oshmaydi, bu diametrdan keng bo‘lsa safro gipertenziyasidan darak beradi. Teri orqali ul‘tratovush tekshirishida (UTT) normada uning diametri kichik, 3–6 mm-ni tashkil qiladi. Magnit-rezonansli xolangiografiya (MRXG) natijasiga ko‘ra umumiy o‘t yo‘lining dimetri 7 - 8 mm.



4.1-rasm. Umumiy o't yo'lining qismlari:

- 1) supraduodenal 2) retroduodenal 3) retropankreatika 4) intramural.

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

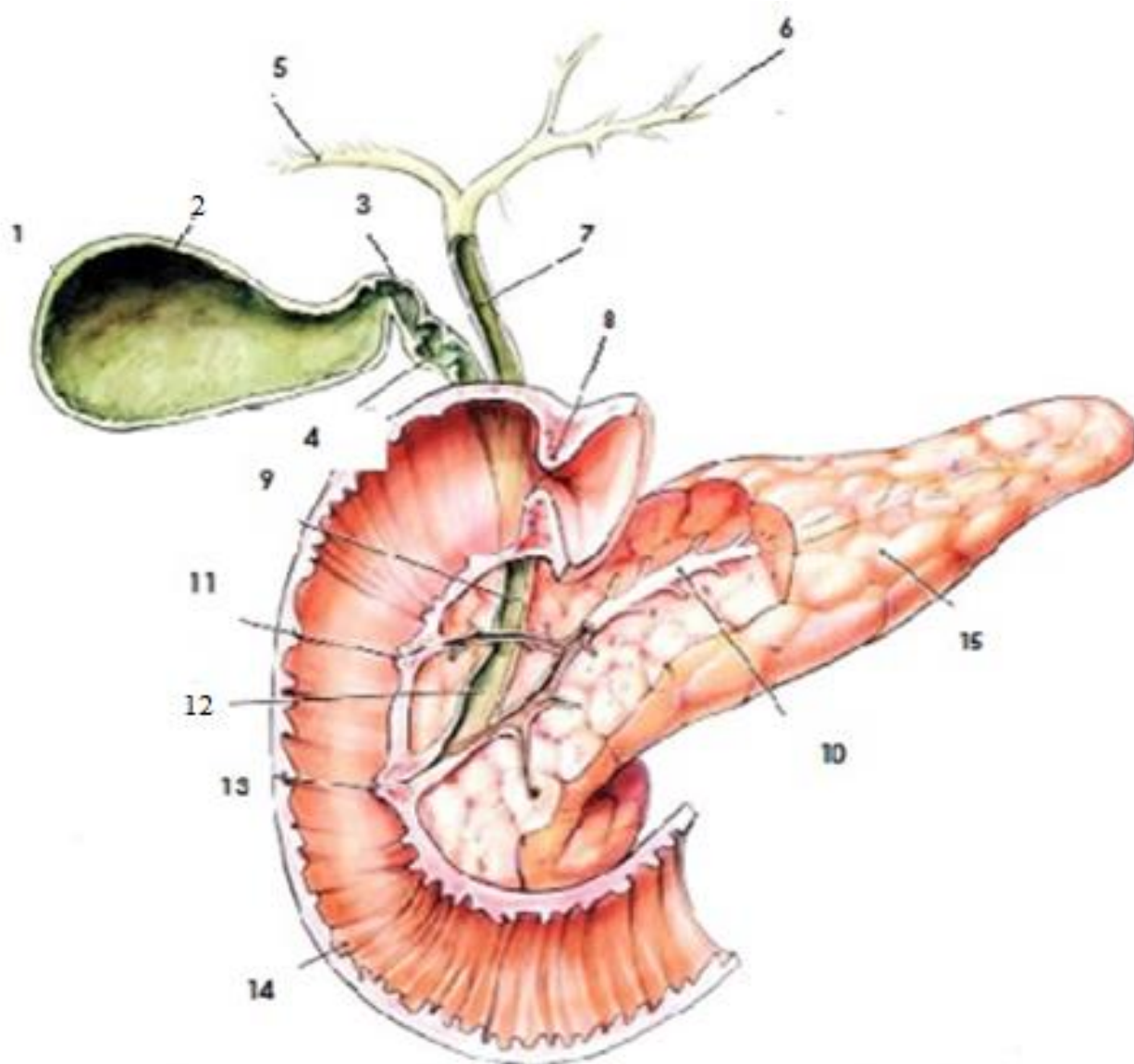
Umumiy o't yo'li umumiy jigar arteriyasi, darvoza venasi, limfa tomirlari, limfa tugunlari va nervlari bilan birga jigar – o'n ikki barmoq

ichak boylami tarkibiga kiradi. Boylamning asosiy anatomik elementlari quyidagi ketma – ketlikda joylashadi: lateral tomondan boylam qirrasida umumiy o‘t yo‘li; undan medial tamonda umumiy jigar arteriyasi o‘tadi; ularning orasida, dorsal (chuqurroq) sohada darvoza venasi joylashadi. Jigar – o‘n ikki barmoq ichak boylami ning taxminan yarmida umumiy jigar arteriyasi o‘ng va chap jigar arteriyalariga bo‘linadi. Bunda o‘ng jigar arteriyasi umumiy jigar yo‘lining ostidan o‘tib, ularning kesishish joyida o‘t pufagi arteriyasi tarmog‘ini beradi.

Umumiy o‘t yo‘li o‘zining oxirgi qismida (duodenal) me‘da osti bezi yo‘li bilan qo‘shiladi va jigar – me‘da osti ampulasini (ampulla hepatopancreatica) hosil qilib, katta duodenal so‘rg‘ich (papilla duodeni major) cho‘qqisida o‘n ikki barmoq ichak bo‘shlig‘iga ochiladi. 5 – 10 % kuzatishlarda me‘da osti bezi qo‘shimcha yo‘li o‘n ikki barmoq ichak kichik so‘rg‘ich (papilla duodeni minor) cho‘qqisida alohida ochiladi. Umumiy o‘t yo‘lining o‘n ikki barmoq ichakga quyilish joyi har xil, lekin 65 – 70% kuzatishlarda u o‘n ikki barmoq ichak pastga tushuvchi qismining orqa medial konturi bo‘ylab o‘rta uchligida quyiladi. Ichak devorini surib, umumiy o‘t yo‘li o‘n ikki barmoq ichakda bo‘ylama bukilmani hosil qiladi.

Shuni ta’kidlash kerakki, umumiy o‘t yo‘li o‘n ikki barmoq ichakga quyilishidan oldin torayadi. Aynan shu joy ko‘pincha konkrementlar, safro quyqalari, shilliq tiqinlar va boshqalar hisobiga obturatsiyaga uchraydi.

Umumiy jigar yo‘li va umumiy o‘t yo‘li shilliq, mushak va adventitsia qavatlaridan iborat. Shilliq qavat bir qavatli silindrik (prizmatik, ustunli) epiteliy bilan qoplangan. Mushak qavat spiral ravishda joylashgan, juda yupqa va alohida miositlar tutamidan iborat. Mushak tolalarining orasi biriktiruvchi to‘qimaga to‘lgan. Tashqi (adventitsiya) qavatida qon tomirlar bo‘lib, siyrak biriktiruvchi to‘qimadan iborat. O‘t yo‘llari devorida bezlar bo‘lib, shilliq ishlab chiqaradi.



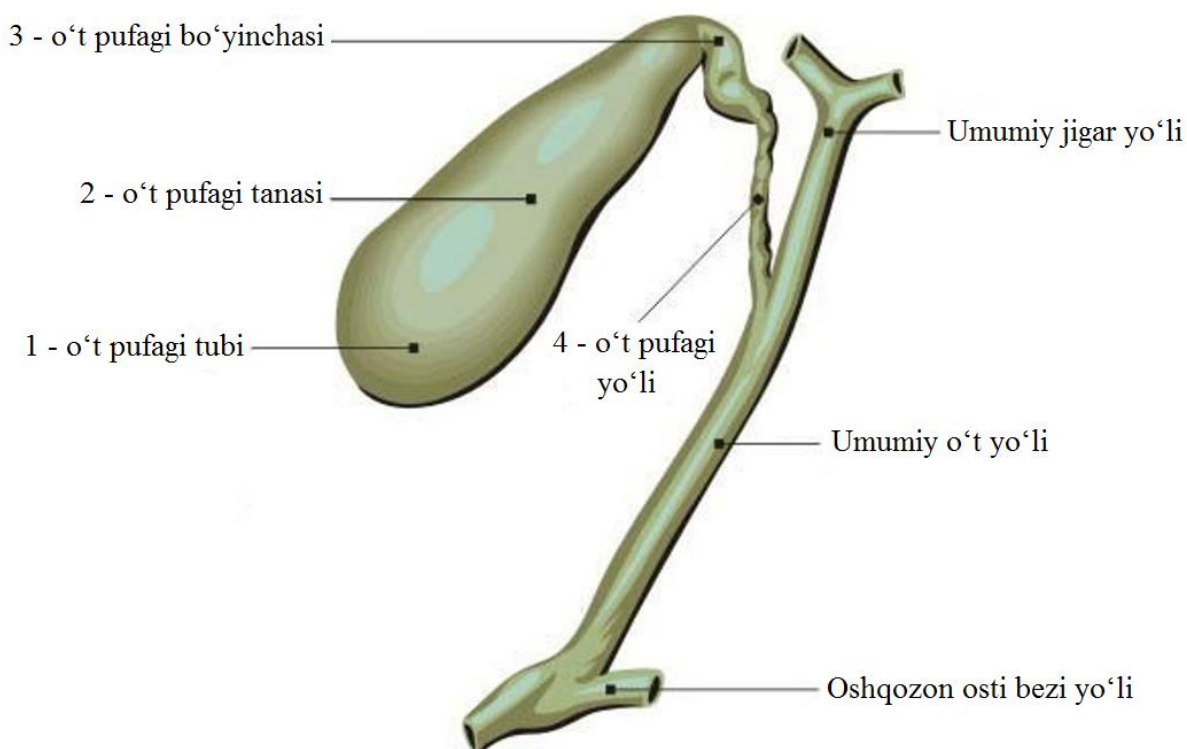
4.2 – rasm. O‘t ajratish tizimi, me‘da osti bezi va o‘n ikki barmoq ichakning tuzilishi.

1 – o‘t pufagi tubi; 2 – o‘t pufagi tanasi; 3 – o‘t pufagi bo‘yinchasi; 4 – o‘t pufagi yo‘lining spiral bukilmalari; 5 – o‘ng jigar yo‘li; 6 – chap jigar yo‘li; 7 – umumiy jigar yo‘li; 8 – me‘da pilorik qismi; 9 – umumiy o‘t yo‘li; 10 – me‘da osti bezi yo‘li; 11 – me‘da osti bezining qo‘shimcha yo‘li; 12 – Vater so‘rg‘ichi ampulasi; 13 – katta duodenal so‘rg‘ich;

14 – o‘n ikki barmoq ichak; 15 – me‘da osti bezi.

O‘t pufagi (vesica billiaris, vesica fellea) jigar o‘ng bo‘lagi pastki yuzasidagi maxsus yotoq (o‘t chuququrchasi)da joylashgan bo‘lib, yupqa devorli noksimon shaklda, 30 – 70 ml hajmdagi sig‘imdan iborat. Katta

yoshdagi odam o't pufagining o'rtacha uzunligi 7 sm, kengligi 3 sm, devorining qalinligi 1,5-2,0 mm. O't pufagining tubi, tanasi (keng qismlari), voronkasi va o't yo'liga o'tuvchi bo'yinchasi bor (4.3-rasm).



4.3-rasm. O't pufagining qismlari:

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

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

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

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

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

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

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

O't pufagining jigar yuzasida Nemis olimi tomonidan aniqlangan Lyushka (H. Luschka) yo'llari bor. Ko'pincha ular bevosita jigar ichi o't yo'llariga ochiladi. Ularning bo'lishi rivojlanish nuqsoni bo'lib,

xoletsistektomiya bajarilganidan so'ng operatsiyadan keyingi erta davrda o't safro oqishining sababchisi bo'lishi mumkin.

O't pufagi yo'li (ductus cysticus) normada 2-3 mm ni tashkil qiladi va gepatoduodenal boylam yog' kletchatkasining orasidan o'tadi. Agar o't yo'lining diametri ko'rsatilgan kattalikdan kichik bo'lsa, bu o't pufagidan safroning adekvat oqimiga tusqinlik qilib tosh paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. O't pufagi yo'lining uzunligi har xil bo'lib, o'rtacha 1-3 sm ni tashkil qiladi. Ammo, uning kalta (1 sm dan kichik), yoki umuman bo'lmasligi holatlari ham uchraydi, bunda o't pufagi va UJY o'rtasida keng teshik bo'ladi (kichik konkrementlarning ko'chish ehtimoli katta).

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

Sfinkter apparati. O'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qon bilan ta'minlanishi, limfa oqimi

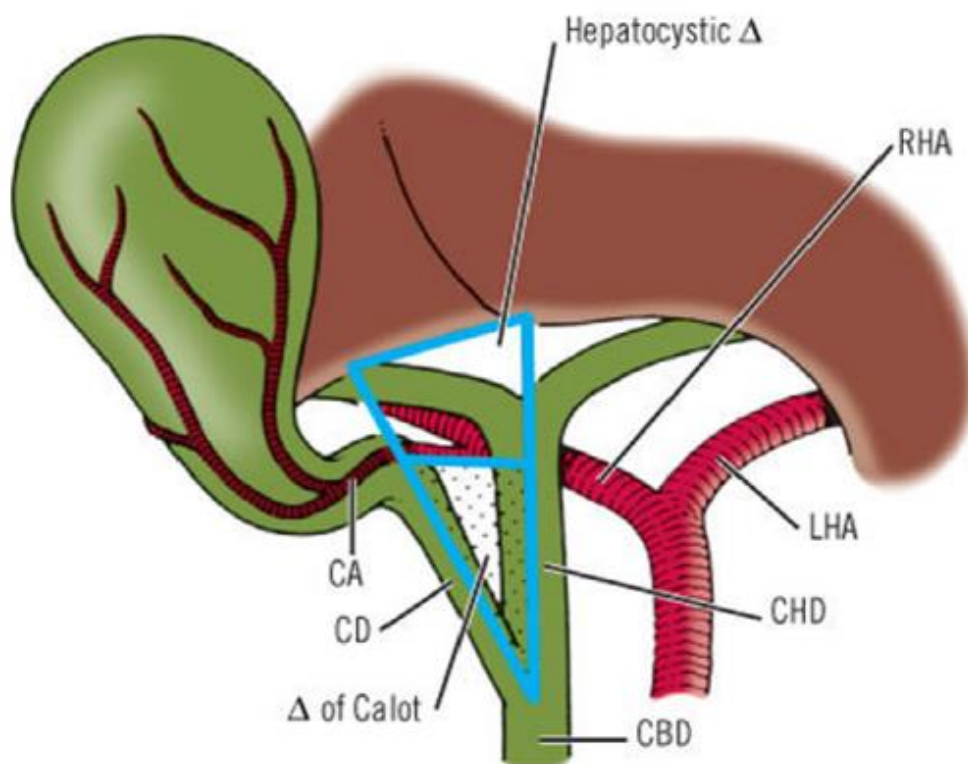
O'ng jigar arteriyasining tarmoqlari o't yo'llarini o'rab olgan to'r chigali hisobiga jigardan tashqari o't yo'llari arterial qon bilan

ta'minlanadi. O'ng jigar va gastroduodenal arteriya tarmoqlarining keng anastomoz to'ri UJY va UO'Yni qon bilan ta'minlaydi. Yuqorida sanab o'tilgan arteriya tomirlarining jarohatlanishi oqibatida o't yo'llari strikturasi rivojlanadi.

O't pufagi 90% holatlarda o'ng jigar arteriyasining tarmog'i bo'lgan o't pufagi arteriyasi (a. cystica) orqali qon bilan ta'minlanadi. Odatda o't pufagi arteriyasi o'ng jigar yo'lini orqa tomonidan kesib o'tadi. O't yo'li, UJY va o't pufagi arteriyasining o'zaro joylashishi Kalo uchburchagi deb ataladi (rasm 68). O't pufagi arteriyasi topografiyasining har xil turlari mavjud. Masalan, o't pufagi arteriyasi o'ng jigar arteriyasining yuqori qismidan ajralib, o't pufagi tanasi va hattoki, tubidan quyilishi (bunday holda operatsiya vaqtida o't pufagi bo'yinchasi sohasida o'ng jigar arteriyasini bog'lash xavfi yuqori bo'ladi); o't pufagi arteriyasining o't yo'lidan pastroqda ajralishi; chap jigar arteriyasi, jigar xususiy arteriyasidan ajralishi va boshqalar bo'lishi mumkin. Shuningdek, o't pufagi arteriyasi ikki va undan ortiq tarmoq bo'lib ajralishi ham mumkin.

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

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



4.4-rasm. Kalo uchburchagi (Δ of Calot) va jigar – o‘t pufagi (Musman zonasi) uchburchagi (Hepatocystic Δ).

RHA – jigar o‘ng arteriyasi; LHA – jigar chap arteriyasi; CA – o‘t pufak arteriyasi; CD – o‘t pufak yo‘li; CHD – umumiy jigar yo‘li; CBD – umumiy o‘t yo‘li.

O‘t pufagi arteriyasi tugallangan qon tomir bo‘lganligi uchun o‘t pufagida ishemik o‘zgarishlar, yallig‘lanish (qariyalar va keksa yoshdagilarda aterosklerotik o‘zgarishlar fonida), o‘sma, jigar arteriyasi orqali qon oqimining buzilishi va boshqalar natijasida nekrozga olib kelishi mumkin.

O‘t pufagidagi yallig‘lanish jarayonlarida qattalashgan limfa tugunlari UO‘Y bosishi (perixoledoxial limfadenit) va mexanik sariqlik yuzaga kelishi mumkin. Limfa tugunlarining metastatik zararlanishida ham obturatsion sariqlik kelib chiqishi mumkin.

Innervatsiyasi.

O‘t va magistral o‘t yo‘llarining innervatsiyasi jigar nerv chigallari, qo‘yosh chigali, adashgan nerv oldingi ustuni, pastki diafragma

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

O't hosil bo'lishi va o't ajralish fiziologiyasi

Hujayra va hujayralararo bo'shliq orqali sirkulyatsiyadagi qon tarkibida aktiv va passiv moddalarning (suv, glyukoza, kreatinin, elektrolitlar, gormonlar, vitaminlar va bosh.) transporti natijasida jigarda safro ishlab chiqiladi. Shuningdek gepatositlar tomonidan safro (o't kislotalari) komponentlarining aktiv sekresiyasi va o't pufagida hamda kichik o't yo'llarida ayrim moddalar va suvning qayta so'rilishi natijasida safro paydo bo'ladi. Bu jarayon katta fiziologik ahamiyatga ega. Safroga birinchi navbatda xazm qilish sekreti deb qaraladi (ularning ustunligi organik anionlar), chunki o't kislotalari yog'lar absorbsiyasida asosiy o'rin tutadi. Safro yog'larni emul'siyalaydi va ular yuzasini oshirib, lipaza ta'sirida ularning gidrolizini ta'minlaydi.

Safro ta'sirida yog'larning gidroliz mahsulotlari eriydi. U enterositlarda trigliseridlarning so'rilishi va resintezini ta'minlaydi. Safro MOB va ichak fermentlarining aktivligini (asosan lipaza) oshiradi, bundan tashqari oqsil va uglevodlarning gidroliz va so'rilishini kuchaytiradi.

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

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

Safro 80% suvdan va 20% unda erigan moddalardan iborat. Erigan moddalarga o't kislotalari va ularning tuzlari (65%ga yaqin), biliar fosfolipidlar (20% ga yaqin, asosan lesitin hisobiga), oqsillar (5%ga yaqin), xolesterin (4%), bog'langan bilirubin (0,3%), fermentlar, immunoglobulinlar, shuningdek ko'p miqdorda safro bilan ajraluvchi ekzogen va endogen moddalar (o'simlik stirollari, vitaminlar, gormonlardori preparatlari, toksinlar, mis, temir, kaliy, natriy, kal'tsiy, ruh, magniy, simob va bosh. metallarining ionlari) kiradi. Sutka davomida o'rtacha 600-700 ml safro sekresiya bo'ladi (250 dan 1500 ml gacha). Bunda umumiy hajmdan 500 ml/sut yaqini gepatotsitlar tomonidan va 150 ml/sutga yaqini o't yo'llar hujayralari tomonidan sekresiya qilinadi.

Safro tartibsiz ravishda sintez bo‘ladi (**xolerez**), safroning O‘Bga tushishi esa davriy ravishda (**xolikinez**) ro‘y beradi. ertalab nahorda safro och ichakka davriy faoliyat bilan tushadi. Tinch holatda safro o‘t tamon yo‘nalib, kontsentratsiyalanadi, o‘zining tarkibini bir oz o‘zgartirib zaxiraga o‘tadi. Suv va tuzlar bilan birga xolesterin va erkin o‘t kislotalari absorbttsiyalanadi. Shuning uchun jigar va o‘t safrosi farqlanadi.

Safro yuqori bo‘lmagan ferment aktivligiga ham ega; jigar safrosining pH 7,3-8,0 ni tashkil etadi. Ichak suyuqligidan farqli o‘laroq bakteriyalarga ega emas. Safro sterilligini qo‘yidagi faktorlar ta‘minlaydi: o‘t kislotalari (bakteriostatik ta‘sirga ega), ko‘pmiqdorda immunoglobulinlar, shilliq sekretsiyasi, safroning bakteriyalar uchun nisbatan oqish energetik substratda bo‘lishi.

Safro mitsellyar eritma xususiyatiga ega. Xolesterin suvda deyarli erimaydi, lekin safroning mitsellyar tuzilishi hisobiga unda xolesterin erigan holatda harakatlanadi. Bu jarayon kolloid erish – solyubilizatsiya deyiladi.

O‘t kislotalari o‘z-o‘zidan agregatsiya xususiyatiga ega bo‘lgan yuzaki-aktiv amfipatik molekulalar hisoblanadi. Shu bilan birga mitsellizatsiyaning kritik kontsentratsiyasi deb nomlangan juda tor kontsentratsion norma hisobiga oddiy mitsellalar hosil bo‘ladi. Mitsellalar lipidlarni eritish xususiyatiga ega bo‘lib, aralash mitsellalarni shakllantiradi.

Aralash mitsellalar tsilindrik tuzilishga ega deb hisoblanadi: tsilindrik ustun qutbli lipidlar bilan to‘lgan, o‘t kislotalarining molekulalari esa ularning gidrofilligini (suvda eruvchan) ta‘minlaydigan suv bilan uralgan gidrofil tomonli lipid molekulalarining qutbli uchlari orasida joylashgan.

Aralash mitsellalar qo‘yidagi asosiy kamponentlarga ega: tashqi tamondan joylashgan o‘t kislotalari, mitsellalar ichida joylashgan fosfolipidlar (asosan fosfatidilxolin – letsitin) va xolesterin.

Safro rangi – bilirubin borligi hisobiga sarg‘imtir-malla rangda. Bilirubinning ko‘pqismi diglyukuronid bilirubin va kam qismi

monoglyukuronid bilirubin ko‘rinishida. Bog‘langan bilirubin mitsellalar tarkibiga kirmaydi.

Biliar daraxtning xujayralar aro birikmasi suv uchun o‘tkazuvchan bo‘lganligi uchun o‘t va jigar safrosi izotonik.

O‘t safro hosil bo‘lishi (Biliar sekretiya).

O‘t kislotalari faqat jigarda hosil bo‘lib, biliar sekretiyaning asosiy komponentlari hisoblanadi. Gepatotsitlarda xolesterindan trigidroksixolevaya (xolievaya) va digidroksixolevaya (xenodezoksixolevaya) birlamchi o‘t kislotalari sintezlanadi. Ikkilamchi o‘t kislotalari (dezoksixolevaya va kam miqdorda –litoxolevaya) yo‘g‘on ichakda yadro gidroksil guruhning bakterial modifikatsiyasi (anaerob bakteriyalar nazoratida 7α -degidroksillanish) natijasida birlamchi o‘t kislotalaridan hosil bo‘ladi. Uchlamchi o‘t kislotalari (asosan ursodezoksixolevaya) ikkilamchi o‘t kislotalarining jigarda izomerlanish yo‘li bilan hosil bo‘ladi.

Xolesterindan o‘t kislotalarining sintezi manfiy qaytar jarayon mexanizmi hisobiga boshqariladi: portal qon bilan hepatotsitlarga o‘t kislotalarining kam miqdori qaytadi va bu yerda ularning biosintezi kuchayadi; o‘t kislotalari sintezining har qanday ko‘payishi hamrohida xolesterin hosil bo‘lishi mos ravishda oshadi.

O‘t kislotalari jigarda glitsin (80% ga yaqin) yoki taurin (20% ga yaqin) aminokislotalari bilan birikadi. Uglevodlarga boy mahsulotlar iste’mol qilinganda safroda glikoxolevaya kislota miqdori oshadi, oqsilga boy ovqatlar iste’mol qilganda esa – tauroxolevaya kislota oshadi. O‘t kislotalarining aminokislotalar bilan birikishi natijasida o‘t yo‘llarida va ingichka ichak boshlang‘ich qismlarida o‘t kislotalari so‘rilmaydi (faqat yonbosh ichak terminal qismiva yo‘g‘on ichakda). Bakteriyalar ta’sirida o‘t kislota tuzlari gidrolizlanish ehtimoli bor va o‘t kislota, glitsin yoki taurin hosil bo‘ladi.

O‘t kislota biosintezidan so‘ng, yuqorida aytilganidek ularning glitsin yoki taurin aminokislotalar karboksil guruhi bilan birikishi ro‘y beradi. Kimyoviy nuqtai nazardan bunday birikish natijasida kuchsiz kislota kuchli kislotaga aylanadi. Bog‘langan o‘t kislotalari bog‘lanmagan

o't kislotalariga nisbatan past pH-da eruvchan va kal'tsiy ionlari (Ca^{2+}) cho'kishiga bardoshli. Biologik nuqtai nazardan, birikish jarayonidan so'ng o't kislotalarining hujayra membranasidan utuvchanligi yo'qoladi. Shuning uchun o't kislotalari tashuvchi-molekulalar bo'lganda yoki bakteriyalar ta'sirida parchalanishi natijasida o't yo'llari yoki ingichka ichakda absorbttsiyalanadi. Glitsindigidroksi bog'langan o't kislotalarining yakka o'zi bu qoidadan istisno, chunki ular vodorod (N^+) ionlarini qabul qilib passiv absorbttsiyalanish xususiyatiga ega.

Ingichka ichakka safro bilan oqib kelgan o't kislotalarining ko'pchisi (85-90% ga yaqin) qonga so'riladi. Bunda ingichka ichakka sekretsia bo'lgan, bog'langan o't kislotalarining katta qismi zararsiz absorbttsiyalanadi. Kislotalarning kam qismi ingichka ichak distal qismida bakteriyalar ta'sirida parchalanadi. Ular passiv ravishda qonga so'rilib jigarga qaytadi, birikib safro bilan sekretsia bo'ladi. O't kislotalarining qolgan 10-15% organizmdan asosan to'g'ri ichak orqali axlat bilan ajraladi. O't kislotalarining kamaygan miqdori gepatotsitlarda sintez bilan to'ldiriladi.

Ichak bo'shlig'ida parchalanib, jigarga qayta so'rilish jarayoni o't kislota metabolizmining normal tarkibiy qismi hisoblanadi. Absorbttsiyaga uchramagan o't kislotalarining kam qismi yo'g'on ichakka o'tadi. Bu yerda parchalanish jarayoni yakunlanadi. Bundan tashqari yo'g'on ichakda anaerob bakteriyalar (yuqoriga qarang) ta'sirida ikkilamchi o't kislotalari hosil bo'ladi.

Dezoksixolevaya va litoxolevaya kislotalar yo'g'on ichakda qisman absorbttsiyalanib yana jigarga qon bilan boradi. Qaytgandan so'ng bu o't kislotalarining metabolizmi farq qiladi. Dezoksixolevaya kislota glitsin yoki taurin bilan birikib va birlamchi o't kislotalari bilan tsirkulyatsiyada bo'ladi. Shuni aytish kerakki, qariyalarda dezoksixolevaya kislota safro tarkibining asosiy O't kislotasi hisoblanadi. Litoxolevaya kislota nafaqat glitsin yoki taurin bilan birikadi, balki yana S-3 holatida qo'shimcha sul'fatlanadi. Bunday "ikkitalik" birikish natijasida ichaklarda so'rilishi kamayadi va litoxolevaya kislota tsirkulyatsiyadagi o't kislotalar tarkibidan tez yo'qoladi – safroda uning miqdori 5% dan oshmaydi. Katta odamlar safrosi tarkibiga kiruvchi o't kislotalarining katta qismini

(95%) xolevaya, xenodezoksixolevaya va dezoksixolevaya kislotalar tashkil etadi.

Gepatotsitlarda o't kislotalarining birikish jarayoni yaxshi amalga oshadi, shuning uchun biliar o't kislotalar to'liq bog'langan shaklda namoyon bo'ladi. Keyinchalik bakterial ta'sir natijasida va degidroksillanish oqibatida axlat tarkibidagi o't kislotalar bog'lanmagan holatda bo'ladi.

Yuqorida bayon etilgan birlamchi o't kislotalarning degidroksillanish jarayoni ularning suvda eruvchanlik qobiliyatini pasaytiradi. Ikkilamchi o't kislotalarning odamlarda hosil bo'lishi hayvonlardan farqli fiziologik ahamiyatga deyarli ega emas. Yo'g'on ichakda dezoksixolevaya kislota haddan ko'pabsorbtsiyasi xolesterinli o't toshlarining hosil bo'lish xavfini oshiradi. Litoxolevaya kislota hepatotoksik ta'sirga ega deb hisoblashadi. Litoxolevaya kislota tajriba hayvonlarining jigarida to'planganda uning zararlanishi kuzatilgan. Shuning bilan birga bu kislota absorbtsiyasi odamlarda oshganda jigar faoliyatining buzilishi isbotlanmagan.

Ursodezoksixolevaya kislota dezoksixolevaya kislota singari jigarda bog'lanib, birlamchi o't kislotalari bilan tsirkulyatsiyada qatnashadi. Ammo bu kislota metabolism yo'li keskin qisqa bo'lib, safro tarkibida bog'langan ursodezoksixolevaya kislota miqdori o't kislota umumiy miqdoridan 5% dan oshmaydi. Ursodezoksixolevaya kislota muhim fiziologik ahamiyatga ega emas deb bayon etiladi.

O't kislotalari yog'larni erituvchi kuchli eritma hisoblanadi, shuning uchun mitsellizatsiyaning kritik konsentratsiyasiga etganda ular tsitotoksik xususiyatga ega. Safro tarkibidagi bog'langan xenodezoksixolevaya va dezoksixolevaya kislotalar bog'langan xolevaya va ursodezoksixolevaya kislotalarga nisbatan toksik xususiyatga ega. O't kislotalari in vitro tsitotoksik, o't yo'llari va ingichka ichak epiteliylari kislotalarning yuqori konsentratsiyasida hech qachon zararlanmaydi. Buning sababi birinchidan o't kislotalari monometrik konsentratsiyasini pasaytiradigan boshqa lipidlarning (safrodagi fosfolipidlar va ichakdagi o't kislotalari) mavjudligi, ikkinchidan o't kislota anionlarining zararlash ta'siriga epiteliotsitlar

chidamligining oshishi, epiteliy xujayralarining apikal membranasida glikolipidlar va xolesterinning bo'lishidir.

Xolevaya, xenodezoksixolevaya va dezoksixolevaya kislotalar qonga so'rilib, sutka davomida 6-10 martagacha enterogepatik tsirkulyatsiyaga uchraydi. Litoxolevaya kislotalarining qonga so'rilishi qiyin va uning miqdori safroda kam. Normada o't kislotalarining og'irligi 2,5 g ga yaqin, birlamchi o't kislotalarining sutkalik ishlab chiqilishi – xolevaya va xenodezoksixolevaya – o'rtacha 330 va 280 mg ga yaqin.

O't hosil bo'lish regulyatsiyasi

O't safro to'xtovsiz ravishda hosil bo'ladi, lekin bu jarayon tezligi o'zgarib turadi. Safro hosil bo'lishini ovqatlanish kuchaytiradi. Me'da ichak trakti va ichki a'zolar retseptorlari ta'sirlanishi va shartli reflekslarning ta'sirida xolerezga reflektor bosim o'tkazadi.

Vegetativ regulyatsiya parasimpatik xolinergik (o't safro hosil bo'lishini kuchaytiradi) va simpatik adrenergik (o't safro hosil bo'lishini kamaytiradi) nerv tolalari orqali amalga oshadi.

Qaytar manfiy jarayon mexanizmi va o't kislotalarning enterogepatik tsirkulyatsiyasi ta'sirida gumoral regulyatsiya o't safro o'zi bilan amalga oshadi. Sekretin safro sekretsiyasi va uning tarkibidagi suv va elektrolitlar ajralishini stimullaydi. Glyukagon, gastrin va xolestsistokinin nisbatan kuchsiz stimullash ta'siriga ega.

Biliar ekskretsiya

Biliar ekskretsiya o'ziga xos yo'l bo'lib, o't safro bilan buyrak orqali ajralmagan ayrim molekula va ionlar organizmdan chiqadi. Ularning orasida xolesterin (erkin xolesterin hoida chiqadi, uning efir va o't kislotalari), bilirubin, shuningdek mis, temir molekulalari va boshqalar ko'proq ahamiyatga ega (4.1-jadval).

Xolesterin, suvda deyarli erimaydi va aralash mitsellalar tarkibida harakatlanadi. Aralash mitsellalar yuqorida aytilgandek, o't kislotalari, fosfolipidlar va xolesterin o'zidan hosil bo'ladi.

4.1-Jadval.

Biliar ekskretsianing asosiy komponentlari

Komponentlar	Safro bilan ajraladigan qismi, %	Izoh
Organik:		
Xolesterin	100	Taxminan 1/3 qismi ichakda reabsorbtsiyalanadi
O‘T kislotalari	>99	Effektiv reabsorbtsiya; sekretsia biosintezdan 30 marta ko‘p; biosintez axlat bilan yo‘qotilgan miqdorga teng
Bilirubin	>99	Reabsorbtsiya isbotlanmagan; ekskretsia sintezga teng
O‘simlik yog‘lari	100	Sust absorbtsiya; safroda o‘simlik yog‘larining izlari
Yog‘da eruvchi dorilar, ekzogen lipofil ksenobiotiklar	O‘zgaruvchan	Safro bilan ekskretsia uchun molekula yoki metabolitlar spetsifik transport kanalikulyar oqsil bilan hujayra membranasi orqali o‘tkazilishi kerak
Metallar:		
temir	50-90	Ichakda qisman reabsorbtsiyaga uchrashi mumkin
marganets	75	
Mis	50	
Qo‘rg‘oshin	>95	
Ruh	30	
Magniy, simob, samariy, kadmiy	<25	
Xrom, nikel, kobal’t	<10	

Fosfolipidlar molekulalari ikkita asosiy vazifani bajaradi. Birinchidan, ular xolesterinning mitsellyar eruvchanligini oshiradi, chunki fosfolipid tutuvchi aralash mitsellalar faqat o‘t kislota molekulalarini saqlovchi oddiy mitsellalarga nisbatan xolesterinni ko‘p miqdorda solyubilizatsiyalaydi. Ikkinchidan, safrodagi fosfolipidlar o‘t kislotalar monometrik kontsentratsiyasini va mitsellizatsiyaning kritik

kontsentratsiyasini kamaytiradi. Buning natijasida jigar safrosining yuzaki aktivligi va tsitotoksikligi kamayadi.

Safro oqimi bilan aralash mitsellalar ingichka ichakka tushib, keyinchalik uning tarkibiy kamponentlari o'zgaradi. O't kislotalari lipidlarni eritib ularning absorptsiyasini ta'minlaydi va o'zlari ham ichak distal qismlarida absorptsiyalanadi. Safro fosfolipidlari suvda erimaydi, ichakda gidrolizlanib, enterogepatik tsirkulyatsiyaga o'tmaydi. O't kislotalari fosfolipidlarni boshqarish, ularni ajratish va sintezni stimullaydi. Xolesterinning 1/3 qismi absorptsiyalanadi, 2/3 qismi ajraladi. Katta odamlarda xolesterin balansi o't kislotalari (400 mg/sut ga yaqin) yoki o'z shaklida (600 mg/sut ga yaqin) ajralishi bilan ta'minlanadi. Bunda o't kislotalarining enterogepatik tsirkulyatsiyasi xolesterinning sekin ajralish yo'li deb qaraladi.

Shuni aytib o'tish kerakki, hayvonlar bilan solishtirganda odam xolesterinning katta miqdori o't safroda bo'ladi. Bu xolesterinning o't kislotalariga nuqsoniy konversiyasi, shuningdek o't kislotalarining nisbatan sust sekretiya natijasi hisoblanadi. Shuning uchun 25% qariyalarda safro xolesteringa to'yingan, 10-15% aholida xolesterinli toshlar (xolelitiaz) hosil bo'ladi. Yuqorida aytilganidek, xolesterindan o't kislotalarining sintezi qayta manfiy jarayon mexanizmi bilan boshqariladi. Organizmdan bilirubinning asosiy chiqish yo'li safro orqali.

Bilirubin – gem parchalanishining oxirgi mahsuloti bo'lib, kimyoviy tuzilishiga ko'ra tetrapirrol hisoblanadi. Bilirubinning ko'pmiqdori (80–85%) o'lgan eritrotsitlar gemoglobinning parchalanishidan (1-5rasm) va suyak ko'migida yoki tsirkulyatsiyadagi qonda yangi hosil bo'lgan eritrotsitlarning muddatdan oldin parchalanishidan (effektsiz eritropoez) hosil bo'ladi. Bilirubinning qolgan qismi boshqa gem tutuvchi oqsillarning (masalan, tsitoxrom R–450 va bq.) jigarda va kam miqdorda jigardan tashqari to'qimada parchalanishi natijasida hosil bo'ladi. Shuni aytib o'tish kerakki, eritrotsitar tabiatli gemoglobinning bilirubinga katabolizmi birinchi navbatda taloq, jigar va suyak ko'migi makrofaglarida ro'y beradi.

Ma'lumki, bog'lanmagan bilirubin gidrofob (suvda eruvchan emas) va nihoyat toksik modda bo'lib, al'bumin bilan zich birikkan holda

plazmada bo‘ladi va siydik bilan ajralmaydi. Bog‘lanmagan bilirubin plazma bilan jigarga kelib glyukuron kislotasi bilan bog‘lanadi va suvda eruvchan bilirubinga (bog‘langan yoki bevosita bilirubin) aylanib o‘t safro bilan ajraladi. Kon’yugatsiya yoki bog‘lanish jarayoni uridindifosfatglyukuroniltransferaza mikrosomal fermenti yordamida amalga oshadi. Bilirubinning glyukuron kislotasi bilan bog‘lanishi muhim fiziologik ahamiyatga ega. Bilirubinning kam miqdori sul’fatlar, glyukoza va ksiloza bilan birikadi.

Bog‘langan bilirubinning o‘t kanalchalariga ajralishi organik anionlar uchun ATF oilasidagi mul’tispetsifik transport oqsillari ishtirokida amalga oshadi. Safrodagi bilirubinning ko‘p qismi (80% ga yaqin) diglyukuronid bilirubin, kam qismi monoglyukuronid va yanada kam miqdori bog‘lanmagan bilirubin shaklida bo‘ladi. Ichakka tushgan bilirubin ingichka ichak terminal qismida va yo‘g‘on ichakda bakterial fermentlar (β -glyukuronidazalar bilan) ta’sirida parchalanib, rangsiz tetrapirrollarga (urobilinogenlar) aylanadi. Hosil bo‘lgan urobilinogenlarning 20% ga yaqini rezorbtisyalanadi va ko‘p qismi siydik, shuningdek safro (tsirkulyatsiyaning enterogepatik aylanasi) bilan ajraladi.

Ko‘p mualliflarning fikrlari mos kelgan holda van der Bergh diazoreaktsiyasi bilan aniqlangan qon zardobidagi umumiy bilirubinning normal kontsentratsiyasi odatda 1 mg % dan oshmaydi (0,3-1 mg %, yoki 5-17 mkmol/l). Bilirubinning atigi 5% dan kam qismi bog‘langan shaklda bo‘ladi. Qonda bilirubin sathi ko‘payib (giperbilirubinemiya), to‘qimalarda yig‘ilsa sariqlikka sababchi bo‘ladi. Bilirubin miqdori qonda 2,5-3 mg % dan oshsa sariqlik ko‘zga tashlanadi. Yuqorida aytilganidek, bilirubin qonda oqsil bilan bog‘langan holda bo‘ladi va kam oqsil tutib to‘qima suyuqligiga qiyinchilik bilan o‘tadi. SHuning uchun ekssudatlar transsudatlarga nisbatan to‘q sarg‘ish rangda bo‘ladi. Bilirubin elastik to‘qima bilan yaxshi bog‘lanadi. Buni giperbilirubinemiya vaqtida sklera, teri va tomir devorlarining erta sarg‘ayishidan bilsak bo‘ladi. Xolestaz uzoq vaqt davom etsa biliverdin cho‘kishi natijasida teri yashil tusga kiradi.

Safro sekretyasi fonida o't yo'llaridagi bosim normada 150-200 mm suv ust. tashkil etadi. U 350 mm suv ust. gacha ko'parilsa sariqlikka olib kelib, safro sekretyasini to'xtatadi. Bilirubin va o't kislotalarining sekretyasi to'liq to'xtaganda safro rangsizlanadi (oq safro deb ataladi).

Bundan tashqari safro bilan organizmdan o'simlik yog'lari, yog'da eruvchi dori vositalar va ularning metabolitlari, o'simliklarda mavjud bo'lgan har xil ksenobiotiklar, yog'da eruvchi metabolitlar, yog'da eruvchi vitaminlar va steroid garmonlar ajraladi.

Organizmda temir va mis balansi biliar ekskretsiya yordamida nazorat qilinadi. Ikkala kation safroga ATF-stimullovchi kanalikulyar nasos orqali ajraladi. Safro bilan boshqa metallar ham ajraladi.

O't ajratish

O't safro oqimi o't ajratish tizimida uning har xil qismlarida va O'BI da bosimning farqi, sfinkterlar tonusi, o't va o't yo'llari silliq mushak tolalarining qisqaruvchanligi bilan amalga oshadi. Butun tizim faoliyati me'yorda yaxshi kodlangan va nerv hamda gumoral mexanizm nazorati ostida bo'ladi.

O't pufagi da safro zaxiralanib, uning kontsentratsiyasi oshadi. Lipidlar, o't kislota tuzlari, o't pigmentlari va bq. Kontsentratsiyasi 10 martagacha oshadi. Kerakli vaqtda safro UO'Yga va keyinchalik O'BI ga o'tadi. Safro chiqishini sfinkter apparati boshqarib turadi. O'BI da hazm jarayoni bo'lmaganda ampulaning sfinkteri yopiq. Bu vaqtda o't va pufak yo'li bo'shashib, jigar tamonidan ishlab chiqilgan safroning o't bo'shlig'iga o'tishga zamin yaratadi. O't pufagi shilliq qavati suv va ionlarni so'rib oladi. Bunda safro nisbatan kontsentrlanadi. Shilliq mahsuloti safroning kolloid holatda bo'lishini ta'minlaydi.

Tinch holatda o't bo'shlig'ida bosim o't yo'llariga nisbatan ancha past bo'ladi va 60-185 mm suv ust. ga teng. Bosimning bunday farqi Oddi sfinkteri yopiq bo'lganda safroning o'tga o't ishi fiziologik asos hisoblanadi. Hazm jarayonida o't qisqarishi hisobiga bosim 150-260 mm suv ust. gacha oshib, ampulaning bushashgan sfinkteri orqali safro O'BI ga o'tadi. Safro O'BI ga o'tib boshlaganda o't yo'llarida bosim asta-sekin pasayadi.

Ovqatning turi, hidi va qancha qabul qilganligiga bog'liq ravishda o't ajratish tizimi birlamchi reaksiya davri taxminan 7-10 min. davom etadi. Undan keyin evakuator davr (asosiy yoki o't bo'shatilish davri) boshlanadi. Bu davrda o't qisqarishi va bo'shashi almashinib, O'BI ga dastlab pufak, keyinchalik esa jigar safrosi to'kiladi.

Xolekinezning reflektor stimulyatsiyasi (shartli va shartsiz reflekslar) adashgan nerv ta'sirida og'iz bo'shlig'ida, me'dada va O'BI da joylashgan retseptorlarning ta'sirlanishi yordamida vujudga keladi. Gumoral regulatsiya xolelitosinining o't qisqaruvchanlik ta'siri natijasida vujudga keladi. Bundan tashqari gastrin, sekretin va bombesin o't ga kuchsiz qisqaruvchanlik ta'siriga ega. Glyukagon, kal'tsitonin, antixolelitosinin, vazointestinal peptid va pankreatik polipeptid aksincha, o't qisqaruvchanligini to'xtatadi.

Tuxum sarig'i, yog'lar, sut va go'sht safro ajralishining kuchli stimulyatorlari hisoblanadi.

O't motorikasi va sfinkter apparatining faoliyati buzilganda safro oqimi tezligi va yo'nalishining o'zgarishiga, diskineziyaga, MOB va O'BI suyuqligining UO'Y refluks bo'lishiga, safroni esa MOB yo'liga o't dimlanishiga sababchi bo'lib, bir qator patologik holatlar va kasalliklarga olib keladi.

Surunkali kal'kulyoz xolelitosit

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

Etiologiya va patogenez.

Surunkali xolesistit rivojlanishini chaqiruvchi asosiy etiologik omillarga quyidagilar kiradi: O‘TK, patogen mikrofloraning ichak bo‘shlig‘idan o‘t pufagiga o‘tishi, surunkali infeksiya o‘choqlaridan gematogen va limfogen yo‘l bilan infeksiyaning o‘tishi; pankreatoduodenal sohaning boshqa kasalliklari.

O‘t ajratish tizimining funksional nerv-mushak buzilishlari, birinchi navbatda gipo- va atonik turda, asab-ruhiy kasalliklar, gipodinamiya, vaqtida ovqatlanmaslik va kaloriyasiz ovqatlanish, MOB suyuqligining reflyuksi, irsiy omillar, parazitar kasalliklar (lyamblioz, opistorxoz, amebiaz, askaridoz), endokrin buzilishlar surunkali xolesistit rivojlanishida qo‘shimcha etiologik omillar hisoblanadi. Limfa kollektorlariga boy va keskin qon aylanishga ega bo‘lgan o‘t pufagi bo‘yinchasidan infeksiyon jarayon rivojlanishi boshlanadi.

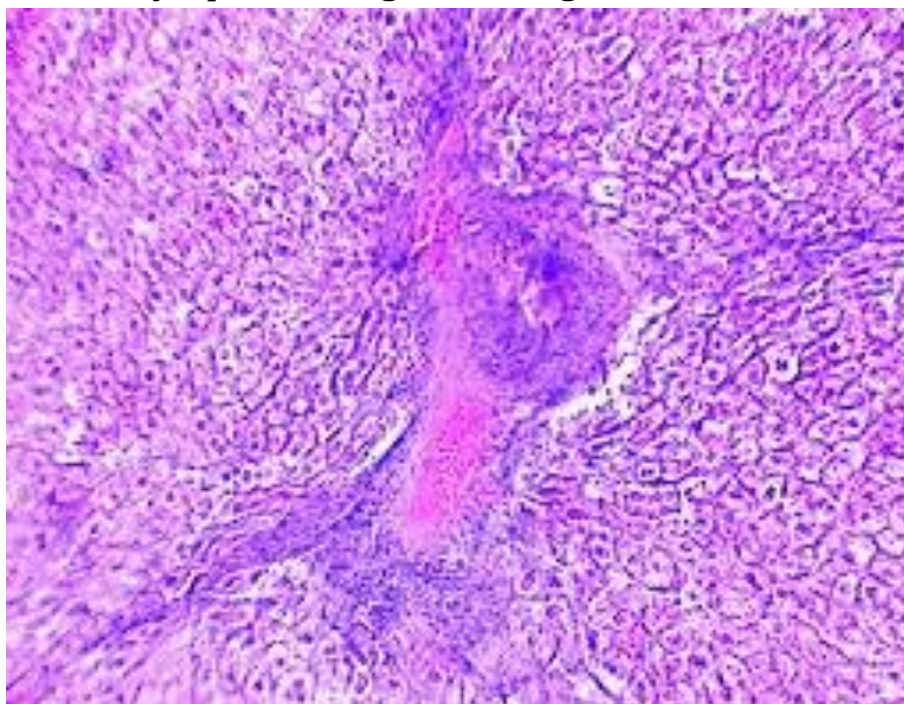
Xolesistit rivojlanishining patogenezini sxematik ravishda quyidagicha tasavvur qilsa bo‘ladi. Birinchi navbatda o‘t aylanish diskineziyasi, o‘t dimlanish paydo bo‘ladi. O‘t pufagidagi safroning ishqoriy reaksiyasi kislotali (pH 4,0-6,5 gacha) tomonga siljiydi, safro solishtirma og‘irligining kattaligi, quruq qoldiq miqdori, safroda suv miqdori, safro qovushqoqligi va yuzaki taranglashish ko‘rsatkichi o‘zgarib, tosh hosil bo‘lishiga olib keladi, ya‘ni O‘TK rivojlanadi. O‘TK o‘t pufagidagi surunkali yallig‘lanishni kuchaytirib, o‘tkir xolesistit xurujini vujudga keltiradi.

Patologik anatomiyasi.

Surunkali xolesistitning morfologik ko‘rinishi xolelitiaz fonida o‘tkazilgan ko‘pgina o‘tkir yallig‘lanish bilan bog‘liq bo‘ladi. Ayrim holda esa, sust kechuvchi, persistirlovchi surunkali yallig‘lanish jarayonining aksi bo‘ladi. Surunkali xolesistitning patologik anatomiyasi keskin farqlanadi. U surunkali yallig‘lanishning asosiy belgilarini davom etuvchi jarayon kabi aks etib, to‘qimalarning jarohati, reaktiv o‘zgarishlar va chandiqlanish bir vaqtning o‘zida rivojlanadi. Gistologik belgilar ham universal hisoblanadi: al‘ternativ o‘zgarishlar,

limfositlar va makrofagal infiltratsiya, biriktiruvchi to'qima va qon tomirlarning o'smasi, shuningdek saqlangan strukturalarda adaptatsion va kompensator faoliyat.

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



4.5-rasm. Mikrofotogramma. Surunkali xolestsistitda Ashof sinuslari va mushak qavat gipertrofiyasi. Gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan. 50 marta kattalashtirilgan.

Mikroskopik tekshirishda surunkali yallig'lanishning asosiy belgilari aniqlanadi, ya'ni o't hamma qavatlarida limfoid va makrofagal hujayralar bilan ifodalangan infil'trat. Shilliq qavatdagi o'zgarishlar uning atrofiyasi yo'li bo'ylab rivojlanishi mumkin. Atrofiyaning yuqori

darajasi o't pufagi istisqosida kuzatiladi, ya'ni infeksiya qo'shilmasdan o't yo'lining uzoq vaqt tosh bilan okklyuziyasi natijasida kelib chiqadi. Shilliq qavat o'zgarishining boshqa shakli bu – giperplastik o'zgarishlar natijasida. Unga polipoz va papillomatoz kabi o'zgarishlar xarakterli. O't shilliq qavatining chin xavfsiz o'smalari (adenomalar) kam uchraydi. Ko'pincha yallig'lanish natijasida kelib chiqqan fibroz to'qimadan tuzilgan, yallig'lanish hujayralari va lipid saqllovchi makrofaglar bilan infil'tratsiyalashgan hamda silindrik epiteliy bilan qoplangan poliqlar ko'p uchraydi. Surunkali xolesistit uchun shilliq qavatning ma'lum mikroskopik xususiyatlari xarakterli bo'ladi. Surunkali xolesistitda o't pufagi tanasining mushak va subseroz qavatda murakkab shilliq ajratuvchi bezli strukturalar hosil bo'ladi. Surunkali xolestsistit uchun shuningdek, ko'pincha qon tomir yo'li bo'ylab mushak tutamlari orasida joylashgan shilliq qavatning divertikulsimon burtmalari – Rokitanskiy-Ashof sinuslari xarakterli bo'ladi. Gipertrofiyalashgan mushak tolalari orasida joylashgan bezli strukturalarga o't pufagi adenomatozi deyiladi.

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

Klassifikatsiyasi.

Quyida klinisistlar uchun mos surunkali kalkulyoz xolesistitning klassifikatsiyasi keltirilgan.

1. Kasallik bosqichiga ko'ra:

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

2. Klinik shakliga ko'ra:

- latent (tosh tashib yuruvchi);
- biliar (safroli) sanchiq;
- surunkali residivlanuvchi xolesistit;
- surunkali rezidual xolesistit;

- birlamchi-surunkali xoletsistit;
- kam uchraydigan shakllari (Botkin xoletsistokardial sindromi, Seynt sindromi).

3. Surunkali xoletsistit asoratlari:

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

Klinik ko'rinishi.

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

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

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

sindrom borligi ko‘pincha operatsiyadan keyin aniqlanadi, ya‘ni operatsiyadan keyin stenokardiya yuqoladi.

Diagnostikaning o‘ziga xos xususiyatlari

Surunkali xoletsistit va uni ul‘tratovush diagnostikasi. O‘t pufagidagi toshlar va ularning kattaligini aniqlash imkonini beradi. Kasallikning klinik kechishi xususiyatlari aksariyat hollarda toshlarning kattaligiga bog‘liq, shuning uchun bu ma‘lumot tekshirish bayonnomasida albattda aks etish kerak. Shuningdek o‘t pufagi devorining o‘zgarish darajasini aniqlash muhim ahamiyatga ega. O‘t pufagi devorining qalinlashishi, konturining deformatsiyasi va kichrayishi qo‘pol sklerotik o‘zgarishlardan darak beradi, bu esa operatsiya bajarilishini murakkablashtiradi. Surunkali kal‘kulyoz xoletsistitning final bosqichi – «bujmaygan» pufak UTTda katta bo‘lmagan intensiv soylanish ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Bunda o‘t pufagi toshlari yakka konglomerat shaklida ko‘rinadi.

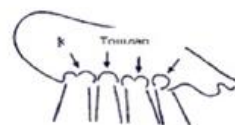
Peroral xolesistografiya, vena ichiga xolesistografiya singari oxirgi yillarda klinik amaliyotda o‘zining ahamiyatini yo‘qotdi va kamdan kam hollarda qo‘llaniladi.

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

Simptomsiz yoki latent xolesistolitiaz (tosh tashuvchanlik) – bu surunkali xoletsistit boshqa shakllariga ko‘pincha qo‘shilib keluvchi kasallik davri hisoblanadi. Asosan profilaktik ko‘riklarda yoki boshqa kasallik tufayli UTT o‘tkazilganda xolesistolitiaz diagnozi qo‘yiladi. Simptomsiz kechuvchi xolesistolitiazda har qanday asoratlar paydo bo‘lish xavfi bor (4.6-rasmga qarang).

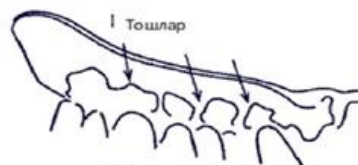
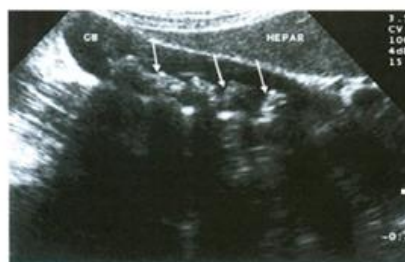
O‘t pufagi istisqosi. O‘t pufagi bo‘yinchasi, yoki o‘t pufagi yo‘lining toshlar, o‘tkazilgan destruktiv yallig‘lanish hisobiga kelib chiqqan obliteratsiyasi natijasidagi okklyuziyaga uchrashi o‘t pufagi istisqosiga sababchi bo‘ladi. Agar tiqilgan tosh joyidan siljimsa va infeksiya qo‘shilmasa vaqt o‘tishi bilan safro reabsorbtsiyaga uchrab, o‘t pufagining bo‘shlig‘i shilliq qavat ajratadigan shilliq bilan to‘ladi. Buning natijasida o‘t pufagi suvli yaltiroq suyuqlik bilan to‘lgan yupqa

devorli xalta ko‘rinishiga ega bo‘ladi. O‘t pufagi istisqosida infektsiya tushib o‘tkir empiema rivojlanish xavfi bor.



Тошлардан пайдо бўлган акустик соялар

Ul'tratovushli skanogramma va sxema. Surunkali toshli xolelsistit. O't pufagidagi ko'plab toshlar.



Ul'tratovushli skanogramma va sxema. Surunkali toshli xolelsistit. O't pufagi bo'yinchasi sohasida toshlar konglomerati.



Ul'tratovushli skanogramma va sxema. Surunkali toshli xolelsistit. «Bujmaygan o't pufagi. O't pufagi bo'shlig'ini to'liq to'ldirgan, toshlardan hosil bo'lgan keng akustik soyalanish.

4.6 – rasm. Surunkali toshli xolelsistitning UTT belgilari.

Asoratlari:

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

“Bujmaygan” o't pufagi. Surunkali toshli xolelsistitning final bosqichida, ya'ni ko'p marotaba o'tkir xolelsistit xurujlarini o'tkazish hisobiga, qo'pol chandiqli o'zgarishlar va mushak qavatning biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi natijasida o't pufagining devori deformasiyaga uchraydi. Bunda o't pufagining bo'shlig'ida toshlardan bo'sh joy qolmaguncha o't pufagi nihoyatda kichrayadi. O't pufagidagi

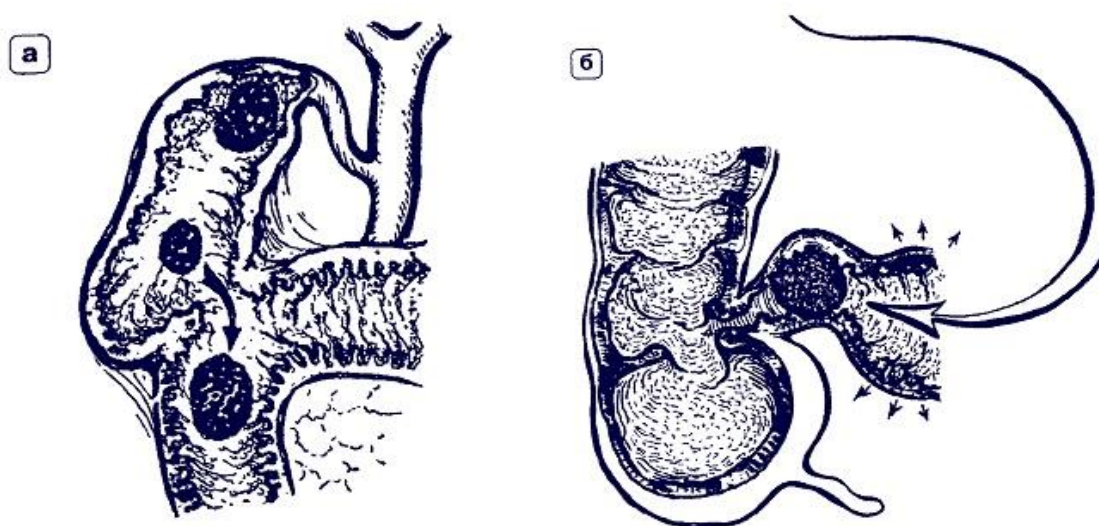
toshlar qo‘pol chandiqli to‘qimaga o‘ralgan konglomerat ko‘rinishini hosil qiladi. Bunday holat “bujmaygan” yoki “skleroatrofik” o‘t pufagi nomini olgan. Bu kasallikning klinik ko‘rinishi ma’lum o‘zgarishlarga ega. Qorinda intensiv og‘riqlar xarakterli emas. Bemorlar o‘ng qovurg‘a yoyi ostidagi subfebril harorat bilan kechuvchi tumtoq, simmilovchi og‘riqlardan shikoyat qilishadi. Ayrim hollarda, qorindagi og‘riqlar mutlaqo yuqoladi. Ammo, toshlar bilan to‘lgan va mikrofloraga boy o‘t pufagi surunkali infeksiyaning manbai hisoblanadi. Bundan tashqari, aynan “bujmaygan” o‘t pufagi bo‘lganda jigardan tashqari o‘t yo‘llarining bosilish, yoki deformasiyaga uchrash, hamda o‘t pufagi va UO‘Y, UJY o‘rtasida oqma paydo bo‘lish xavfi yuqori bo‘ladi.

Mirizzi sindromi va biliodigestiv oqmalar. 1948 yilda R.L. Mirizzi O‘t pufagi bo‘shlig‘ida joylashgan toshlar hisobiga jigar to‘qimasi, o‘t yo‘li deformatsiyasi yoki xoletsistoxoledoxeal oqma orqali toshlarning UO‘Yga migratsiyasi hisobiga kelib chiqqan mexanik sariqlik bilan og‘rigan bemorlarda bunday patologik sindromni bayon qilib bergan.

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

Mirizzi sindromining I tipi ko‘pincha O‘tkir xoletsistit vaqtida paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. O‘t pufagidan jigar – o‘n ikki barmoq ichak boylamiga tarqaladigan yallig‘lanish infil’tрати, O‘t pufagi bo‘yinchasida tiqilib turgan toshning bosimi hisobiga o‘t safro gipertenziyasiga sabab bo‘luvchi UJY yoki UO‘Yning bosilishi kelib chiqadi. Bunda o‘t yo‘li va UO‘Yning parallel ravishda yo‘nalishi, o‘t pufagi bo‘yinchasi yoki Gartman chuntagi UJY va UO‘Yning ustida yotishi kabi anatomik o‘zgargan joylashuvlar ahamitga ega. Bunday anatomik muvozanatning buzilishida jigardan tashqari o‘t yo‘llari o‘t pufagida joylashgan toshlar hisobiga bosiladi. Mirizzi sindromining II tipi, ya’ni xoletsistoxoledoxeal oqmani bir-biriga zich yopishgan a’zoldagi yotoq yaralar keltirib chiqaradi. Oqma o‘t pufagining bo‘yinchasi va UJY o‘rtasida o‘t yo‘lining butunligi to‘liq buzilgan holda

o't bilan UO'Y aloqa qiladi. Oqma og'zida tosh joylashadi va qisman o't yo'liga siljib mexanik sariqlikka sababchi bo'ladi. Ayrim holatlarda jigardan tashqari o't yo'llariga oqma orqali bir nechta toshlar o'tishi mumkin va oqma toshlardan holi yoki o't yo'llariga keyingi tosh o'tishga intiladi. Mirizzi sindromining oqmasiz shakli (I tip) o'tkir xolestsistit xuruji bilan boshlanadi. Kasallik boshlangandan 2-3 kun o'tgach bemorlarda yaqqol namoyon bo'lmagan mexanik sariqlik paydo bo'ladi. UTTda o't pufagi da yallig'lanish belglari va bo'shlg'ida jigardan tashqari o't yo'liga zich yopishgan tosh ko'rinadi. Jigardan tashqari o't yo'llari bir oz kengayadi, jigar ichi o't yo'llarining kengayishi aniqlanmaydi. Tashxisni tasdiqlash uchun ERPXG bajarilishi kerak.



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

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

Patologik oqmalar nafaqat o't yo'llari orasida, balki o't va o'n ikki barmoq ichak o'rtasida ham bo'lishi mumkin, kamdan – kam holda o't va me'da yoki ko'ndalang chamber ichak o'rtasida ham bo'lishi mumkin. Ayrim adabiyotlarda o't va ingichka ichak o'rtasida, UO'Y va o'n ikki barmoq ichak, me'da, ko'ndalang chamber ichak o'rtasidagi oqmalar shakllanganligi bayon etilgan. Shunday qilib, o't pufagi bilan har qanday bo'shliqli a'zo orasida oqma shakllanishi mumkin. Oqma paydo bo'lishiga yallig'lanish natijasida o't pufagi bilan yuqorida qayd etib o'tilgan a'zolar o'rtasidagi bitishmalar sabab bo'ladi. O't pufagi hajmi katta toshga ega bo'lganda yoki o't tosh bilan to'liq to'lganda pufak devori katta bosim ostida qolib, pufak va keyinchalik bitishmalar natijasida zich yopishgan bo'shliqli a'zo devorining yotoq yarasi paydo bo'ladi. O't pufagi toshlari ichak bo'shlig'iga o'tib ketadi. 2 sm diametrdan katta bo'lmagan toshlar ichak bo'shlig'idan hech qanday belgilarsiz chiqib ketadi. O't pufagidan ichak bo'shlig'iga o'tgan yirik toshlar obturatsion ichak tutilishiga sababchi bo'lishi mumkin.

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

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

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

Umumpatologik nuqtai nazardan qaraganda «polip» shilliq qavatning ekzofit hosilasi hisoblanadi. U oyoqchaga yoki keng asosga ega bo‘lishi mumkin. Mikroskopik tuzilishiga ko‘ra polip har qanday o‘sma yoki o‘smasimon kasallik tarzida yoki surunkali yallig‘lanish jarayoni produktiv fibroplastik komponentining natijasi bo‘lishi mumkin. Boshqa tamondan qaralganda, o‘t pufagidagi patologik jarayonning nazologik borligini aniqlovchi tashxis bir qismi o‘rnida «polip» termini qo‘llanganda, bir nechta umum qabul qilingan tushunchalar bilan chegaralanadi, asosan patologoanatomik va xirurgik fikrlar to‘g‘ri kelmaydi.

Yuqoridagilarni qo‘yidagicha tushuntirish mumkin, tibbiyot uyushmalari tamonidan tan olinib qabul qilingan klassifikatsiyalarda «o‘t pufagi polipi» tushunchasi umuman yo‘q (kasalliklarning xalqaro klassifikatsiyasi (KXK) – 10, BJSST) yoki «polip» termini aynan xavfsiz o‘smalar yoki o‘smasimon kasalliklarni aniqlash uchun qo‘llaniladi. Shuningdek, patologlar uchun ko‘pchilik «me’yoriy» qo‘llanmalarning bo‘limlarida «o‘t pufagi poliplari» yo‘q.

Shunday qilib, «o‘t pufagi polipi» tashxisi umumiy va maxsus (UTT, rentgenologik va bq.) klinik hamda makroanatomik tekshirishlarning natijasi bo‘lishi mumkin. Ammo o‘t pufagi shilliq qavati polipsimon zararlanishining yakuniy natijasi, u yoki bu nazologik shaklga kiritish uchun patogistologik tekshirishdan keyin aniqroq bo‘ladi.

O‘t pufagi polipi ob‘ektiv klinik va makroanatomik hosila bo‘lganligi uchun, bir nechta tez-tez uchraydigan va klinik ahamiyatga ega bo‘lgan patologik jarayonlarni qayd etib o‘tish lozim. Bular shilliq qavatda polipsimon hosila tarzida ko‘rinishi mumkin. Ular haqiqiy o‘smalar (neoplaziyalar) va o‘smasimon jarayonlar bo‘lishi mumkin.

Saraton (30% holatlarda polipsimon shaklga ega).

Boshqa xavfli o‘smalar (juda kam uchraydi) – kartsinoid, xavfli melanoma, limfosarkoma, botrioid rabdomiosarkoma (bolalarda eng ko‘pchaydigan shu soha o‘smasi). Shuningdek ko‘pgina organospetsifik sarkomalar kuzatilganligi adabiyotlarda yoritilgan.

Xavfsiz o'smalar. eng ko'p uchraydigani – bu **adenoma**. Polipsimon tuzilishga ega. Ko'pincha ko'p sonli bo'ladi. Tuzilishiga ko'ra tubulyar, papillyar (**papilloma**), tsistadenoma bo'lishi mumkin. Kam holatlarda donador-hujayrali o'smalar (mioblastoma), shuningdek organonospetsifik leyomiomalar, fibromalar, lipomalar uchraydi.

Adabiyotlarda ko'pincha A. Botticelli va P. Biglioli tamonidan yaratilgan o't pufagi xavfsiz o'smalarining klassifikatsiyadan foydalaniladi:

I. Fibrinoz-epitelial o'smalar (papilloma, adenomatoz polip, papillyar fibroepitelioma).

II. epitelial-bezli tuzilishga ega bo'lgan o'smalar (oddiy va bezli adenoma, aralash shakllar).

III. Mushak to'qimalardan bo'lgan o'smalar (miomalar).

IV. Biriktiruvchi to'qimadan kelib chiqqan o'smalar (lipomalar, fibromalar, miksomalar).

V. Neyrogen kelib chiqishga ega bo'lgan o'smalar (nevrinomalar, neyrofibromalar, kartsinoidlar).

Epiteliy anomaliyalariga disregenerator jarayonlar kiritilgan, ya'ni qoplab oluvchi va bezli epiteliyning giperplaziyasi, displaziyasi va metaplaziyasi.

O'smasimon jarayonlar. Ular orasida eng ko'p uchraydigani va ahamiyatlisi: xolesterinli va yallig'lanishli poliplar, adenomatoz va adenomiomatoz giperplaziya (oxirgisi ko'pincha pufak «divertikulyozi» ko'rinishida bo'ladi). Mikropolipsimon shaklga limfoid giperplaziya uchoqlari ega bo'lishi mumkin. Kam hollarda gamartomalar va geterotopiyalar uchraydi.

Patogistologik tashxisning yakuniy tarkibiy qismi sifatida «polip» termini ko'pincha qo'yidagi holatlarda qo'llaniladi.

• **Adenomatoz polip.** U yuqorida aytilgan xavfsiz adenomalar va epiteliy adenomatoz giperplaziyasining polipsimon joylarini o'z ichiga oladi.

• **Yallig'lanishli polip.** Surunkali xoletsistit shilliq qavatida kam uchramaydigan o'zgarishlar.

• **Xolesterinli (xolesterolli) polip** – o‘t pufagi shilliq qavati xolesterozining ko‘rinishlaridan biri.

• **Peutz-Jeghers-Touraine polipi** – me‘da ichak trakti shilliq qavati kam uchraydigan belgi.

Boshqa barcha holatlarda patogistologik tekshirishlardan keyingi yakuniy tashxisda o‘t pufagi shilliq qavatining polipsimon shakllanishida ahamiyatga ega bo‘lgan nazologik shakl ko‘rsatilgan bo‘lishi kerak.

Shuni aytib o‘tish kerakki, yuqorida aytilgan patologik jarayonlarning aksariyati xavfli o‘smalar yoki yomon sifatli o‘smaga o‘tishi mumkin. Shuning uchun o‘t pufagi polipi aniqlanganda ko‘pincha radikal xirurgik taktika qo‘llanilib, patogistologik tekshirish bajariladi.

Ko‘pgina poliplar simptomsiz kechib, rejali UTT o‘tkazilganda aniqlanib qoladi. Kam holatlarda poliplar xolesteroz va toshsiz xoletsistit uchun xarakterli o‘ng qovurg‘a yoyi osti va epigastral sohada ovqat qabul qilish bilan bog‘liq og‘riqlar, ko‘ngil aynishi va boshqa simptomlar bilan kechadi.

UTT poliplar diagnostikasida asosiy usul hisoblanadi. Bunda o‘t pufagi devori bilan bog‘liq va akustik soya bermaydigan yumshoq to‘qimali hosila aniqlanadi. Katta hajmdagi poliplarda polip va uni o‘rab turgan o‘t pufagi devorida qon aylanishini aniqlash uchun ul‘tratovushli doplerografiya tekshirishi usulini O‘t kazish mumkin.

Oxirgi yillarda o‘t pufagi poliplarining diagnostikasi va differentsial diagnostikasida endoskopik UTT keng qo‘llanilmoqda. Poliplar diagnostikasida ikkinchi o‘rinda MRXG turadi. Xolesteroz va xolesterinli poliplar diagnostikasida qonning bioximik tekshirishi ma‘lum ahamiyatga ega bo‘lishi mumkin.

O‘t pufagi poliplarining differentsial diagnostikasi nihoyatda murakkab. Ko‘pchilik holatlarda polip turini faqatgina taxmin qilish mumkin. Ko‘pchilik mualliflarning fikricha, agar poliplar 5 mm diamerdan kichik bo‘lsa xavfsiz hisoblanadi, 15 mm diametrdan ziyot bo‘lsa – ko‘pincha xavfli bo‘ladi. Bemorning yoshi ahamiyatga ega. 40 yoshgacha bo‘lgan bemorlarda poliplar aniqlansa ko‘pincha xavfsiz

bo‘ladi. 50 yoshdan keyin birinchi marta poliplar aniqlansa yomon sifatli polip bo‘lishi mumkinligi xavfi oshadi.

O‘t xolesterozida fonida ko‘p sonli poliplar aniqlanganda poliplarning xolesterinli tabiatga ega bo‘lishi mumkinligi to‘g‘risida yuqori ishonch bilan gapirish mumkin.

Poliplar surunkali toshsiz xoletsistit klinik-instrumental belgilari bilan qo‘shilib uchraganda bunday poliplar yallig‘lanish tabiatli bo‘lishi mumkin.

Haqiqiy poliplarning uchrashi 15% ni tashkil etadi, bunda bemorlarning umumiy sonidan 5% holatlarda adenokartsinomalar uchraydi.

Adenokartsinomalar diagnostikasining qo‘shimcha usuliga SA 19-9 o‘zma markerlarining aniqlanishi kiradi, lekin bu tekshirishning bahosi yuqori emas.

Surunkali toshsiz xoletsistit

Xolelitiaz bo‘lmaganda surunkali xoletsistit kam uchraydi. Toshsiz xoletsistitning 7% kuzatishlarida o‘t ajratuvchi yo‘llarda toshlar aniqlanadi, bu o‘t pufagi toshsiz yallig‘lanishida ayrim shubhalarni chaqirishi mumkin. Surunkali toshsiz xoletsistit bu o‘t pufagi da giper- yoki gipokinetik tarzda kelib chiqqan diskineziyaning mahsuli hisoblanadi. Shuningdek uning rivojlanishi o‘tkazilgan infeksiyalarga bog‘liq: lyambliozlar, shistozomatoz, amebiaz. (OIV) bilan zararlangan bemorlarda tsitomegalovirusli toshsiz xoletsistit to‘g‘risida ma’lumotlar paydo bo‘ldi.

Toshsiz xoletsistit morfologiyasi o‘t pufagi devorida xolelitiazga nisbatan kamroq va ma’lum bir morfologik o‘zgarishlar xususiyatiga ega emas. Toshsiz xoletsistitda ko‘pincha infil’ttrat ichida ko‘p miqdorda yetilgan eozinofillarning bo‘lishi bilan xarakterlanadigan surunkali xoletsistitning morfologik turi, ya’ni eozinofilli xoletsistit deb nomlanadigan shakli uchraydi.

Surunkali toshsiz xoletsistitning klinik ko‘rinishida yog‘li, o‘tkir, qovrilgan ovqatlar qabul qilishi bilan bog‘liq o‘ng qovurg‘a yoyi ostida intensiv bo‘lmagan og‘riqlar bo‘ladi. Tana haroratining ko‘tarilishi,

varaja qilish kabi belgilar xarakterli emas. O'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riqlarni keltirib chiqargan boshqa kasalliklar inkor qilingandan so'ng surunkali toshsiz xoletsistit to'g'risida uylash mumkin va surunkali toshsiz xoletsistit tashxisi qo'yiladi. O't pufagi devorining deformatsiyasi va qalinlashishi kasallik ul'tratovushli tekshirishining bilvosita belgisi hisoblanadi. Funktsional sinamalarda o't pufagi diskineziyasining belgilari aniqlanadi.

Davolash usullari.

Surunkali xoletsistitda kichik kesimdan xoletsistektomiya.

Kichik kesimdan xoletsistektomiya mini xoletsistektomiya (MXE) ham deyiladi. MXE uchun quyidagi masalalar nihoyatda muhim bo'lib hisoblanadi: operatsiya xavfsiz bajarilishi uchun ekspozitsiya etarli darajada qilib, kesim qay darajada kichik bo'lishi kerak? Odatdagi mini-laparotomiyada texnik qiyinchiliklar paydo bo'lsa kesim kengaytirilib xavfsizlikka erishiladi. Adekvat ekspozitsiyani saqlab, kesim qay darajada kichik bo'lishi kerak degan savolga javob berish uchun M.I. Prudkov tavsiya etgan «Mini-Assistent» asboblarni komplektini ishlatib mini-laparotomiya bajarish kerak. Ushbu operatsiya qorin devorida kichik kesimni bajarib, qorin bo'shlig'ida adekvat ko'rik va manipulyatsiyalar uchun etarlicha katta zona ta'minlab beradi. «Mini-Assistent» asboblarni komplekti asosini jarohatni kengaytiradigan xalqa, ilmoqsimon oynalar to'plami va yoritgich tizim tashkil qiladi. Qorin devori 3-5 sm kattalikda kesilib maxsus mexanizm yordamida oynalar fiksatsiyalanadi va bukilma burchagining o'zgarishi hisobiga, o't yo'llarida ishlash va xoletsistektomiyani bajarish uchun jigar osti sohasida adekvat ko'rik va manipulyatsiyalarni ta'minlaydigan zona paydo bo'ladi (adekvat ekspozitsiya).

Operatsiya bir nechta bosqichlardan iborat.

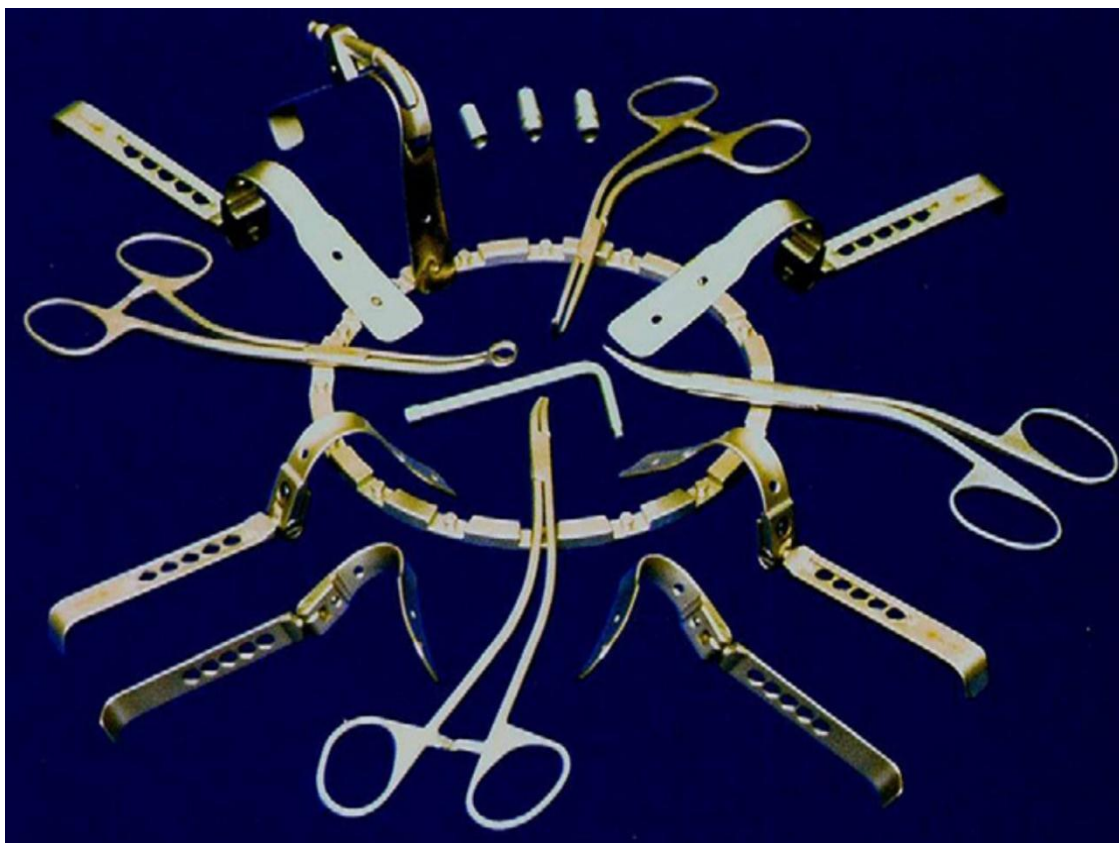
1-chi bosqich – minilaparotomiya

Qorin old devorida 2 barmoq o'rta chiziqdan o'ngda ko'ndalang qo'yilgandan keyin qovurg'a yoyidan pastga davom etuvchi 3-5 sm kattalikdagi kesim bajariladi. Juda kichik kesim bajarilmaganligi ma'qul,

chunki jarohatni kengaytiradigan oynalarning kuchli tortilishi hisobiga operatsiyadan keyingi davrda jarohat asoratlarning soni oshadi, asosan bu usulni yangi o'rganish vaqtida, operatsiya davomiyligi uzayganda kuzatiladi. Teri, teri osti yog' qavati, to'g'ri mushak qinining tashqi va ichki devorlari kesiladi, mushak esa kesim o'qi yo'nalishida tumtoq yo'l bilan ochiladi. Yaxshi gemostazga erishi kerak. Qorin parda to'g'ri mushak qinining orqa devori bilan birga kesiladi. Qorin bo'shlig'iga jigar yumaloq boylami o'ngrog'idan kirish kerak.

2-chi bosqich – ochiq laparoskopiya

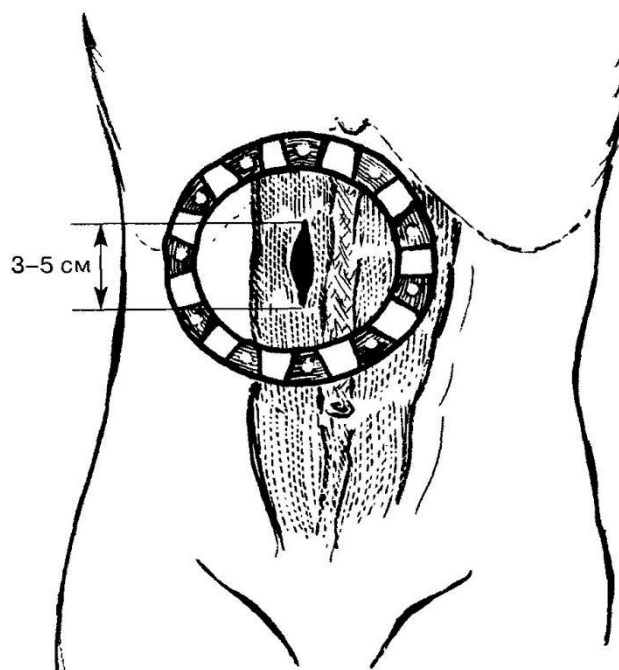
Ilmoq-oynalar va yoritgich tizimini o'rnatish ochiq laparoskopiya operatsiyasining asosiy bosqichi hisoblanadi. Xatolarning ko'pi operatsiyaning bu bosqichiga e'tibor bermaslikdan kelib chiqadi. Agar oynalar noto'g'ri o'rnatilgan bo'lsa, jarohatni kengaytiradigan asbob to'liq fiksatsiyalanmagan bo'lsa, jigar osti sohasini adekvat yoritish va ko'rib bo'lmasa manipulyatsiyalar og'irlashadi va xavfli bo'ladi. Bunday holatda xirurg asboblarni komplektiga kirmaydigan qo'shimcha asboblarni ishlata boshlaydi va nihoyat an'anaviy laparotomiyaga o'tish bilan yakunlanadi. Birinchi navbatda jarohat o'qiga perpendikulyar yo'nalishda ikkita katta bo'lmagan ilmoqlar o'rnatiladi. Ular "birinchi" va operatorga nisbatan "chap" ilmoqlar deb nomlanadi. Bu ilmoqlarning asosiy vazifasi jarohatni ko'ndalang yo'nalishda cho'zish va jarohatni kengaytiradigan xalqani fiksatsiya qilish. O'ng ilmoq egilish burchagi shunday tanlanishi kerakki, keyinchalik u jarohatdan o't pufagini olishda xalaqit bermasligi kerak. Chap ilmoq odatda to'g'ri burchakka yaqin burchak ostida egilgan holda o'rnatilishi kerak. Jigar osti sohasiga katta salfetka kiritiladi. Uchinchi, nisbatan uzun ilmoq jarohatning pastki burchagiga fiksatsiyalanmagan holda o'rnatiladi, keyin salfetka bilan birga kerakli joyga o'rnatilib fiksatsiya qilinadi. Bu ilmoqning harakati standart operatsiyalarda assistent qo'li vazifasini eslatadi va operatorga jigar osti sohasini ochib beradi.



4.8-rasm. «Mini-Assistent» xirurgik asboblari to‘plami.

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

Qalin lavsan iplardan bo‘lgan uzun “dumli” xirurgik salfetkalar ilmoqlar o‘rtasida o‘rnatiladi. Salfetkalar qorin bo‘shlig‘iga an’anaviy xolelsistektomiyadagi kabi to‘liq kiritiladi va ilmoqlar o‘rtasida o‘rnatiladi; chapga – jigar chap bo‘lagi ostiga, chapga va pastga – me`da va katta charvini surish uchun, o‘ngga va pastga – chamber ichak jigar burchagi va ingichka ichak qovuzloqlarini fiksatsiya qilish uchun. Odatda, qorin bo‘shlig‘ini qolgan sohalaridan deyarli to‘liq chegaralash, adekvat operatsiya zonasini ta’minlash uchun uchta ilmoq oyna va ular o‘rtasida salfetkalar etarli bo‘ladi. Yoritgich bilan birga oyna jarohatning yuqori burchagiga o‘rnatiladi va u bir vaqtning o‘zida jigar ilmog‘i vazifasini bajaradi. Agar jigarning o‘ng bo‘lagi katta “osilib turuvchi” ko‘rinishda bo‘lsa uni surish uchun qo‘shimcha oynalar talab qilinadi.

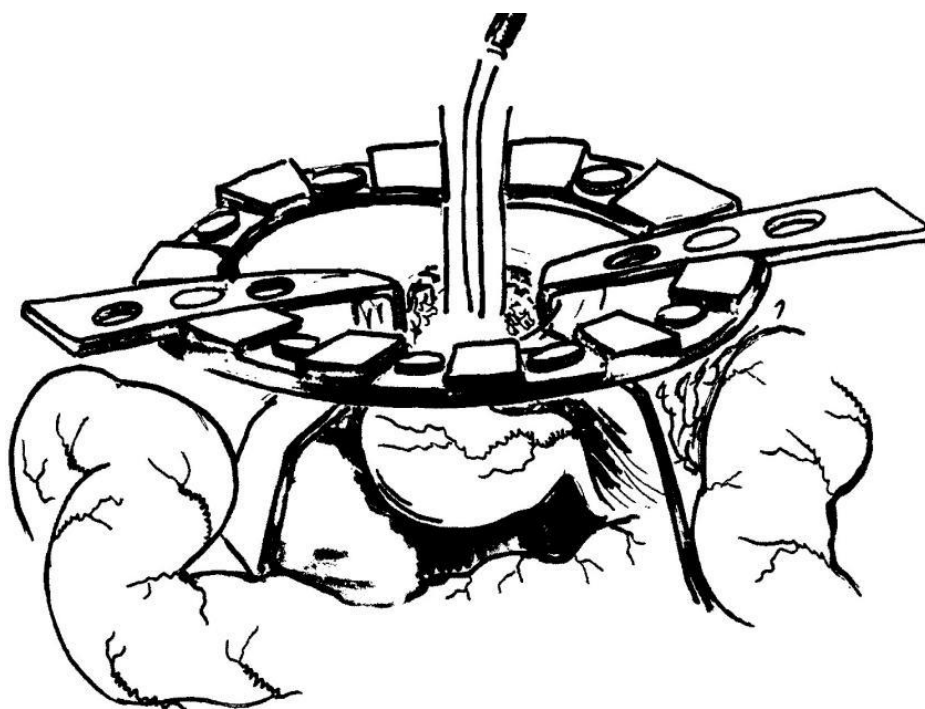


4.9-rasm. Qorin old devorida bajariladigan kesimning sxematik ko‘rinishi
(strelka bilan ko‘rsatilgan).

Ilmoq-oytnalar tizimi, salftkalar va yoritgich to‘g‘ri o‘rnatilgandan so‘ng operator jigar o‘ng bo‘lagining pastki yuzasini, o‘t pufagi gartman cho‘ntagidan tortilganda gepatoduodenal boylam va O‘BI yaxshi ko‘radi. Yoritgich manbai bilan birga fiksatsiyalangan jarohatni kengaytiradigan xalqani harakat qilib, qorin bo‘shlig‘ining boshqa sohalarini ham ko‘rish mumkin – o‘ng yon kanal, me‘da oldingi yuzasi va boshqalar.

3-chi bosqich – xoletsistektomiya

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



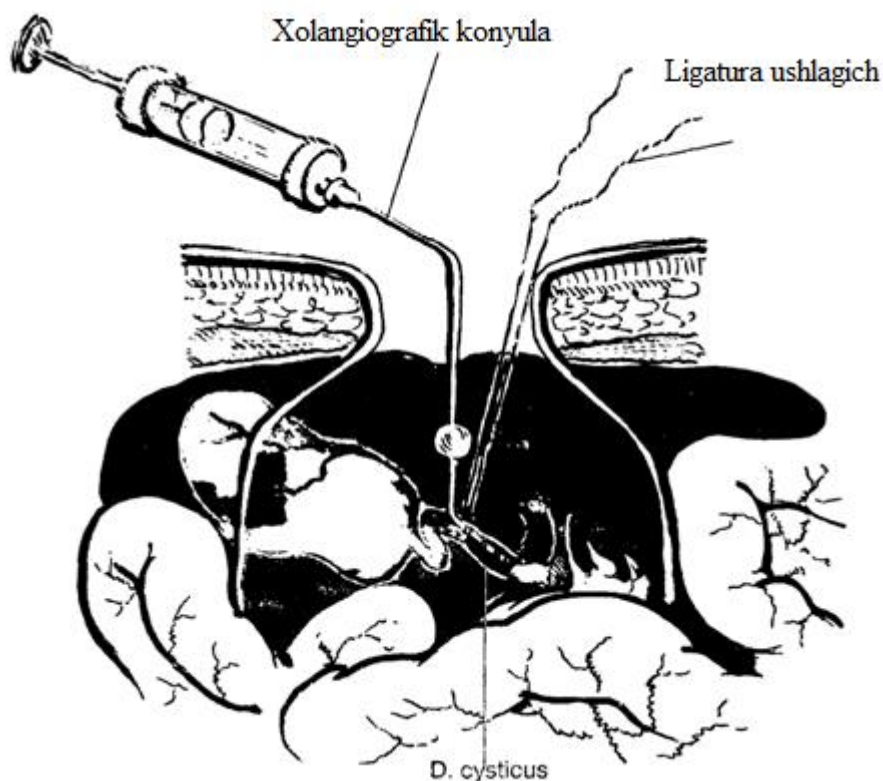
4.10-rasm. Ilmoq-oyinlar va yoritgichning o‘rnatilgandan so‘ngi sxematik ko‘rinishi. Jigar osti sohasida ko‘rik va manipulyatsiyalar uchun qorin old devoridagi kesimdan katta bo‘lgan zona “ochiladi”.

Bevosita vizual nazorat – ochiq laparoskopiya – o‘rganish jarayonini engillashtiradi.

Qo‘yidagilar kichik kesimdan xoletsistektomiya bajarishda asosiy qoyida bo‘lib hisoblanadi:

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

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



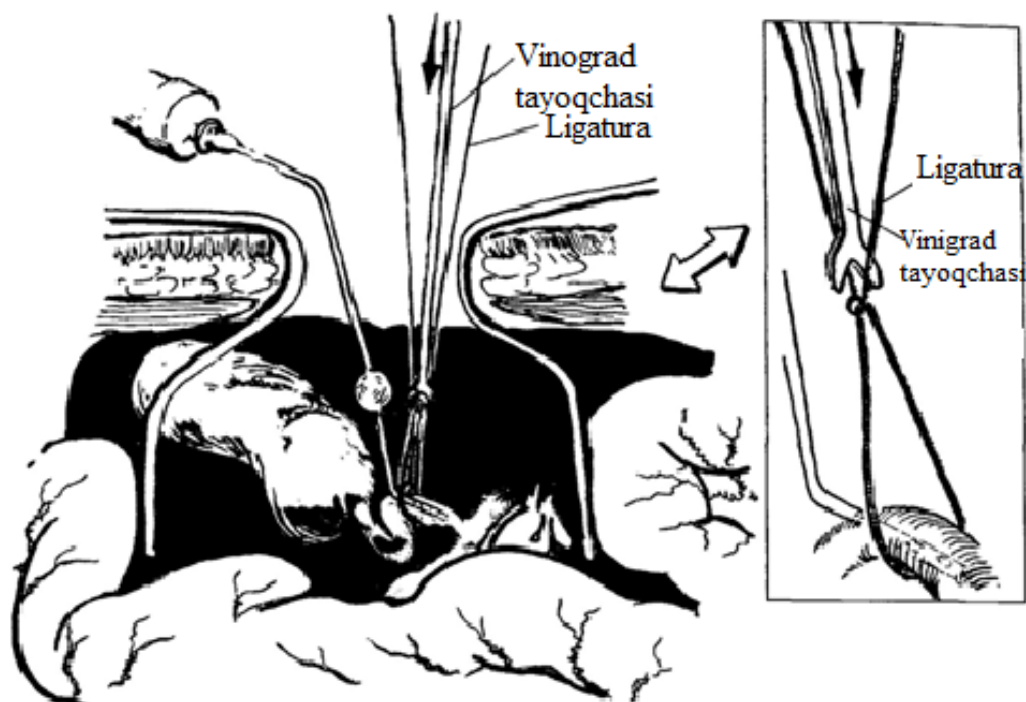
4.11-rasm. IOXG uchun mini-kesim orqali pufak yo‘lini kanyulyatsiya qilishning sxematik ko‘rinishi.

Pufak yo‘li ajratilganidan so‘ng uning distal qismi bog‘lanadi (yoki klipsi qo‘yiladi) va shu vaqtda pufak yo‘li orqali intraoperatsion xolangiografiya (IOXG) bajarilishi mumkin, buning uchun xirurgik asboblarning to‘plamida maxsus kanyulya bo‘ladi. IOXG uchun pufak yo‘lini kanyulyatsiya qilish sxematik ko‘rinishi 11 rasmda ko‘rsatilgan.

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

Keyingi bosqichda o‘t pufagi arteriyasi ajratiladi, kesiladi va bog‘lanadi. Pufak arteriyasini koagulyatsiya qilish mumkin emas. O‘t pufagi yotog‘idan juda sinchiklab ajratish kerak. Xuddi odatdagi xirurgiyadagi kabi, asosiysi “kerakli qavatga tushish” kifoya va tubidan

yoki bo'yinchasidan (pufak yo'li va arteriyasi kesilganidan so'ng bu muhim ahamiyatga ega emas) o't pufagi yotog'idan bosqichma-bosqich ajratiladi. Dissektor va koagulyatsiya bilan birga qaychi ishlatiladi. Bu bosqich sifati va xavfsizligielektroblok xususiyatiga bog'liq. Al'ternativa sifatida plazmali yoki lazerli skal'pel'dan foydalanish mumkin. Ajratilgan o't pufagini qorin bo'shlig'idan olish qiyinchilik to'g'dirmaydi. Kontrapertura orqali o't pufagi yotog'i sohasiga silikonli drenaj nay qoldirib operatsiya yakunlanadi. Qorin old devorining jarohati qavatma-qavat to'liq tikiladi.



4.12-rasm. Pufak yo'lida kanyulyani fiksatsiya qilish sxematik ko'rinishi.

Maxsus vilka (Vinogradov tayoqchasi) yordamida tugunni bog'lash.

Mini-kesimdan xoletsistektomiyaga ko'rsatma:

- surunkali kal'kulyoz xoletsistit,
- simptomsiz xoletsistolitiaz,
- O't pufagi polipozi,
- O'tkirkal'kulyoz xoletsistit,
- xoletsistolitiaz + endoskopik bartaraf etilmagan xoledoxolitiaz,
- LXE texnik qiyinchiliklar,
- qorin bo'shlig'idagi bitishmali jarayon.

Mini-kesimdan xoletsistektomiyaga qarshi ko'rsatma:

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

Og'riqsizlantirishga talablar xuddi LXE kabi.

Kichik-kesimdan xoletsistektomiyaning afzalliklari:

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

Kal'kulyoz xoletsistitning deyarli barcha klinik shakllarida, mini-laparotomiya yuqori darajada xavfsizlik bilan xoletsistektomiya qilishga, operatsiya vaqtida jigardan tashqari o't yo'llarini reviziya qilishga imkon beradi, shuningdek:

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

Har xil turdagi xoletsistektomiyalarning solishtirma

Tahlili. Xirurgiyaning ko'pyillik rivojlanishi davomida qo'yidagi qoyida katta ahamiyatga ega bo'lgan: «Katta xirurg – katta kesim». Bu qoyida yaqin kunlargacha o'zini oqlagan edi.

Ammo bunday operatsion yondashuv operatsiyadan keyingi davrda, qalin mushak qavatlar, yirik magistral qon tomirlar va nervlarning kesilishi bilan bog'liq ko'psonli asoratlarga sababchi bo'ldi.

Innovatsion tibbiy texnologiya rivojlanishi, xirurglar ish faoliyatida yangi asbob-uskunalarining paydo bo'lishi, operatsiyadan oldingi davrda bemorlarni to'liq tekshirish hisobiga katta kesimlarni qilishga xojat qolmadi.

Oldingi asrning 70-80 yillarida tibbiy texnologiya jadallik bilan rivojlandi.

80-yillarning oxirlarida endoskopik xirurgiyaning rivojlanishi meditsinada keskin burilish keltirib chiqardi, ya'ni klinik amaliyotga yangi operatsiya – LXE joriy etildi (E. Muhe, 1985; Ph. Mouret, 1987).

Hozirda an'anaviy xoletsistektomiya bilan bir vaqtda LXE va MXE klinik amaliyotda keng qo'llanilmoqda.

Xirurgik amaliyotga yangi texnologiyalar keng joriy etilgandan so'ng, davolashning erta va kechki natijalari o'rganilganda, operatsiyadan keyingi davrning kechishi nafaqat qorin bo'shlig'ida bajarilgan operatsiya xajmiga, balki operatsion jarohat kattaligi va joylashishi ham bog'liq.

Xoletsistektomiya barcha turlarining oxirgi natijasi o't pufagi ni olib tashlash bilan yakunlanadi, shuning uchun kam invaziv va an'anaviy operatsiyalarning jarohatlanishi solishtirilganda operatsion kesim va kam darajada ma'lum texnik xususiyatlar (masalan, karboksiperitoneum, elektrokoagulyatsiya va bq.) nazarda tutiladi. SHunday qilib, uch xil xirurgik operatsiyalarni (LXE, MXE va AXE) o't klinik kechishi misolida solishtirma tahlil asosida o'rganish mumkin.

Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda stress garmonlarning miqdori o'rganilganda, xirurgik jarohatga javoban kam

invaziv operatsiyalarda neyrogumoral tizim kam o'zgarishlar bilan kechishi aniqlandi.

Keng spektrdagi asosiy stress garmonlarning (somatotrop garmon, prolaktin, tireotrop garmon, kortizol, al'dosteron, triyodtironin, tiroksin, insulin, 11-oksikortikosteroidlar) kompleks tekshirishi o't- kazilganda yuqorida aytilgan ma'lumotlar tasdiqlandi. Operatsiya vaqtida stress garmonlarning o'zgarish darajasi tahlil qilinganida barcha guruhdagi bemorlarda (ya'ni LXE, MXE va AXE o't kazganlar) garmonlar miqdori 2-20 martagacha oshganligi kuzatilgan.

An'anaviy xoletsistektomiya (AXE) o'tkazgan bemorlar guruhida operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda stress garmonlarning (kortizol, 11-oksikortikosteroidlar, al'dosteron, insulin, tireotrop garmon) miqdori ko'po'zgangan.

Prolaktin eng ko'p stress-reaktiv garmon ekanligi tadqiqotlarda aniqlandi. Operatsiyani bajarish bosqichida uning miqdori 20 martagacha oshganligi barcha guruhdagi bemorlarda aniqlandi, lekin LXE O't kazgan bemorlarda bu garmonning ko'rsatkichi ($3325,5 \pm 85,5$ mKEd/ml me'yorda 40-670 mKEd/ml) boshqa guruhdagi bemorlarga nisbatan eng ko'p ekanligi ma'lum bo'ldi.

LXE va MXE o'tkazgan bemorlar guruhida operatsiyadan keyingi davrda garmonlar miqdori me'yoriga etarlicha tez qaytadi. Operatsiyadan keyingi erta davrda garmonlar miqdorining me'yorgacha tushishi kam invaziv operatsiyalardan keyin stress reaksiyalarning kamayishini aks etadi. Ayrim garmonlarning maksimal darajada oshishi, xususan LXE bajarilayotganda prolaktinning oshishini mualliflar taranglashgan karboksiperitoneum hosil bo'lishi bilan tushuntiradi. Ayrimda, bu holat nafas, yurak-qon tomir, metabolik tizim tamonidan jiddiy o'zgarishlarni chaqirib, narkozdan hamda operatsiyadan keyingi erta davrda bemorlarga anesteziologik-reanimatsion qo'llanma talab qiladi.

Operativ aralashuv jarohatligining ob'ektiv ko'rsatkichlaridan biri bu –operatsiyadan keyingi davrda tashqi nafas funksiyasining parametrlarini o'zgarishi hisoblanadi. Bunda asosan o'pkaning tiriklik sig'imi, o'pkalarning siqilgan tiriklik sig'imi, birinchi sekundda siqilgan

hajmda nafasni chiqarish kabi parametrlar baholanadi. Har xil bo'shliqli operatsiyalarni o'tkazgan bemorlarda operatsiyadan keyingi erta davrda nafas tizimi tamonidan uchraydigan asoratlarni, mualliflar operatsion jarohatga javoban diafragmal disfunktsiyaning rivojlanishi bilan tushuntiradi. Bu jiddiy nafs buzilishlariga olib keladi. Torakal va abdominal operatsiyalarni o'tkazgandan so'ng tashqi nafas funktsiyasi parametrlarining o'zgarishlari o'pka hajmining boshlang'ich hajmdan 50% gacha tushishi bilan kechadi.

AXE o'tkazgan bemorlar guruhida tashqi nafas funktsiyasi parametrlarining eng ko'p o'zgarishlari kuzatildi. Bu qalin mushak-aponevrotik qavatning kesilishi, chuqur nafas va o't yaliarini reflektor ravishda chegaralovchi operatsion jarohat sohasidagi og'riq bilan bog'liq ekanligi bir qator mualliflarning tadqiqotlari tasdiqladi.

Tashqi nafas funktsiyasi parametrlari LXE o'tkazgan bemorlar guruhida MXE o'tkazgan bemorlar guruhi bilan solishtirilganda jiddiy pasayganligi aniqlandi. Bu qorin bo'shlig'idagi qoldiq gazning vistseral nerv mexanoretseptorlarini stimulyatsiya qilish orqali diafragma ekskursiyasiga reflektor ta'sir qilishi natijasida kelib chiqadigan diafragma disfunktsiyasi bilan tushuntiriladi. Shuningdek, operatsiya vaqtida qo'yilgan taranglashgan karboksiperitoneum natijasida o'pkalar bazal sohasida ventilyatsiya pasayadi. Taranglashgan karboksiperitoneumning tashqi nafas funktsiyasining o'zgarishiga ta'siri bir qator mualliflar tadqiqotlarida tasdiqlangan.

Tashqi nafas funktsiyasining buzilishiga operatsion jarohat sohasida vujudga kelgan og'riq sindrom ham ta'sir qiladi.

Operatsiyadan keyingi og'riq sindromining murakkab patogenezi to'qimalarda xirurgik travmaga javoban organizm barcha tizimlarining reaktsiyasi bilan bog'liq. Bizning va xorijiy mualliflarning ko'pchilik ishlarida xirurgik stress rivojlanganligini operatsiyadan keyingi davrda qo'llaniladigan analgetiklar miqdori va xarakteri bilan ob'ektiv baholanishi isbotlangan. H. Selye «stress» tushunchasini qo'yidagicha ta'riflaydi, ya'ni stress bu – organizmning har qanday zo'riqishiga nospetsifik ta'sir. Xirurgik operatsiya tushuncha bo'yicha dasturlangan stress hisoblanib, buning natijasida yurak – qon tomir, nafas,

neyroendokrin, ajratish, metabolik va bq. tizimlar faoliyatining ma'lum va yaxshi o'rganilgan buzilishlari kelib chiqishi mumkin. Adabiyotlarda etakchi anesteziolog-reanimatolog mutaxassislarning ko'pgina ma'lumotlarini umumlashtirgan holda xirurgik stressga qo'yidagicha ta'rif berish mumkin: organizm umumiy (nospetsifik) va mahalliy (spetsifik, operatsiya joyi va xarakteriga bog'liq) patofiziologik jarayon yig'indisining alohida turdagi favqulotda ta'sirga javobi.

Tadqiqot natijalariga ko'ra stress garmonlarning o'zgarish miqdori kichik invaziv operatsiyalar sifatida LXE va MXE ob'ektiv baholanadi, shuningdek optimal og'riqsizlantirishga erishi uchun kerakli analgetiklar miqdorini o'rganishda ham tasdiqlanadi. Bunda optimal og'riqsizlantirish ostida tinch holatda og'riq simptomining bo'lmasligi va chuqur nafas hamda harakat qilganda bir oz og'riqni his qiladigan analgeziya tushuniladi. Og'riqsizlantirishni o'rganishda optimal og'riqsizlantirishga erishish uchun kerakli analgetiklar minimal miqdoriga qarab baholanadi.

Bizlar tamondan o'tkazilgan tadqiqotda optimal og'riqsizlantirishga erishish uchun kerakli analgetiklar eng kam miqdori operatsiyadan keyingi davrda MXE o'tkazgan bemorlar guruhiga talab bo'ldi. Ko'pgina kuzatuvlarda (94,3%) og'riqsizlantirish monoterapiya sifatida yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar ketonal bilan o'tkazildi, 2 – 3 sutka davomida uning o'rtacha sutkalik dozasi $276,7 \pm 43,02$ mg (sutkasiga 2 – 3 marta 100 mg mushak orasiga) tashkil etdi, keyinchalik talabga ko'ra analgetiklar peroral qabul qilindi.

LXE guruhidagi bemorlarga ketonal bilan analgeziya o'tkazish davomida 20% holatda adekvat og'riqsizlantirishga erishish uchun qo'shimcha ravishda sintetik opi dori vositasi qo'llanildi.

AXE o'tkazgan 80% bemorlarda adekvat analgeziya sathiga erishish uchun ketonal bilan birga tramal va 15% bemorga narkotik analgetik promedol buyurishga to'g'ri keldi.

O't operativ davolash har xil turlarining jarohat parametrlarini bizlar tamondan o'rganish tahlili asosida qo'yidagicha xulosa chiqarish mumkin, ya'ni LXE va MXE haqiqatda ham kam jarohatli operatsiyalar guruhiga kiradi, shuningdek operatsiyadan keyingi davrda stress

garmonlar kam ajralib va qisqa muddatda me'yorga tushadi. Tashqi nafas funksiyalari parametrlarining o'zgarishiga ta'sir qilmaydi hamda og'riq sindromi AXE kabi kuchli bo'lmaydi.

O'tni davolashda miniinvaziv xirurgik texnologiyalarning birinchi navbatda LXE paydo bo'lishi bilan an'anaviy aralashuvlar soni keskin kamaydi, bu asosiy statistik ko'rsatkichlarga (operatsiyadan keyingi o'lim darajasi, operatsiya vaqtidagi va operatsiyadan keyingi davrdagi asoratlar va bq.) ijobiy ta'sir ko'rsatib, buning natijasida operatsiya o'tkazgan bemorlar hayot sifati yaxshilanishi, ya'ni ko'rsatilgan tibbiy yordam sifatining yaxshilanganligidan darak berishi kerak edi.

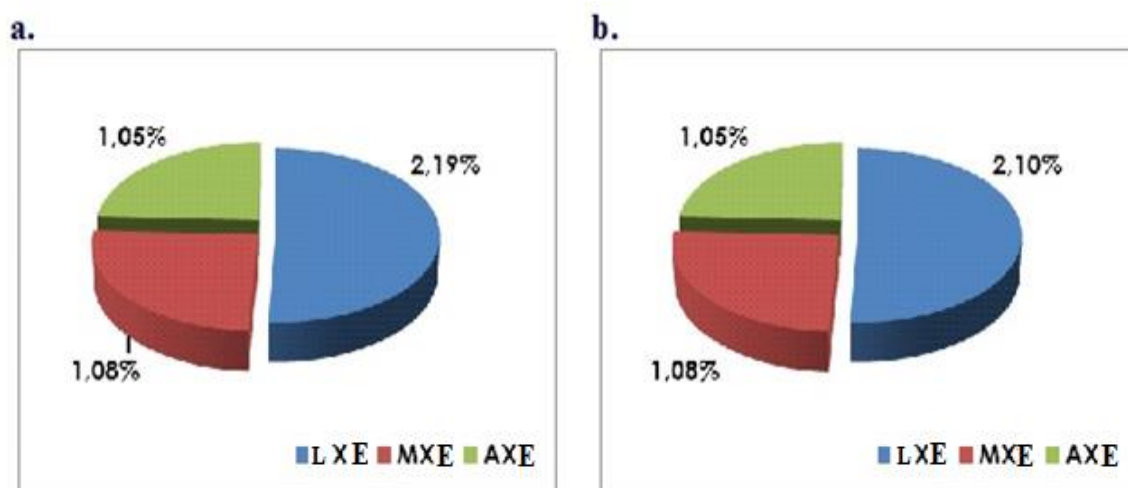
Ammo, oxirgi yillarda LXE va MXE amaliyotga tadbiiq etilayotganligiga qaramay, operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim ko'rsatkichlari statistik ma'lumotlarga ko'ra kamaymadi, aksincha o't operativ davolashda miniinvaziv usullarni tadbiiq etgandan so'ng operatsiya vaqtidagi asoratlar soni, bir qator mualliflar fikricha ko'paydi.

Ko'pgina yirik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, operatsiya vaqtidagi eng ko'p asoratlar soni LXE o'tkazgan bemorlarda kuzatiladi – 1-5%, bizning ma'lumotlarga ko'ra – 2,19%. AXE va MXE o't kazgan bemorlarda bu ko'rsatkich deyarli farq qilmaydi (0,5 – 1,5%), bizning tadqiqotlarimizda 1,05% AXE va 1,08% MXE o't kazgan bemorlarda tashkil etadi.

Jigardan tashqari o't yo'llarining jarohati LXE eng og'ir asorati hisoblanadi. Bunday jiddiy asorat sababining to'liq bo'lmagan ro'yxatiga qo'yidagilar kiradi: ajratilgan strukturalar manual reviziyasining imkoniyati yo'qligi, o't yo'llari va qon tomirlarning ko'p sonli anatomik turlari, xirurgning o'ziga ortiqcha ishonishi va shoshilishi natijasida naysimon strukturalarni to'liq identifikatsiya qilinmasdan kesish, endovideoxirurgiya texnologiyasining shiddat bilan rivojlanishi va keskin tarqalishi. Umumiy qabul qilingan ma'lumotlar va statistik tekshirishlarga ko'ra AXE ga nisbatan LXE da jigardan tashqari o't yo'llarining jarohatlanishi 2-10 marta ziyot. Ayrim adabiyotlarda qayd qilinishicha o't yo'llarining jarohati AXE va LXE bir xil uchraydi. Bu savollarga aniq javob topish uchun keyinchalik isbotlangan meditsina asoslariga asoslanib tadqiqotlarni davom ettirish kerak.

Shuning bilan birga operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlili shuni ko'rsatdiki, bunday asoratlarni eng ko'p AXE (5 % gacha) aniqlandi, bizning tadqiqotlarimizda bu ko'rsatkich – 2,1% tashkil etdi. LXE va MXE o'tkazgan bemorlarda bu ko'rsatkich 1% oshmadi.

Ayrim adabiyotlarda qayd qilinishicha miniinvaziv operatsiya o'tkazgan bemorlar operatsiyadan so'ng 1-2 sutkalarda statsionardan chiqariladi. Ammo bemorlarni maksimal ko'p kunini qisqartirishga erishish kerak emas, chunki og'ir asoratlarni operatsiyadan keyingi davrda aniqlanadi va statsionardan erta chiqarilgan bemorlarni qayta hospitalizatsiya qilishga to'g'ri keladi. Bemorlarni statsionardan chiqarishda nafaqat qaysi usulda operatsiya (AXE, LXE, MXE) bajarilganligiga, balki klinik va laborator ma'lumotlar tahliliga hamda ma'lum ijtimoiy sharoitga ham e'tibor berish kerak.



4.13-rasm. Xoletsistektomiyaning har xil turlari bajarilganda operatsiya vaqtidagi (a) va operatsiyadan keyingi (b) asoratlarning uchrashi.

Shuning bilan birga rejali ravishda operatsiya o'tkazgan bemorlarning aksariyat qismi LXE yoki MXE keyin 3-4 sutkalarga (bizning ma'lumotlarga ko'ra LXE keyin operatsiyadan keyingi o'rtacha davr $3,2 \pm 0,3$ kun, MXE - $3,1 \pm 0,2$ kun) statsionardan chiqarilishi mumkin, ya'ni AXE ($8,7 \pm 1,4$ kun) nisbatan ancha kam vaqtda.

Operatsiyadan keyin bemor har doimgi ijtimoiy va mehnat faoliyatiga qaytish uchun kerak bo'ladigan vaqt nazarda tutilib,

reabilitatsion davr o'rganilganda AXE o'tkazgan bemorlarda bu davr davomiyligi uzun, o'rtacha $29,3 \pm 5,7$ kun, LXE va MXE o'tkazgan bemorlarda reabilitatsion davr ancha kam, ya'ni $14,3 \pm 6,2$ va $15,2 \pm 4,7$ kun ($p_{2-3} > 0,05$) (rasm 9-2).

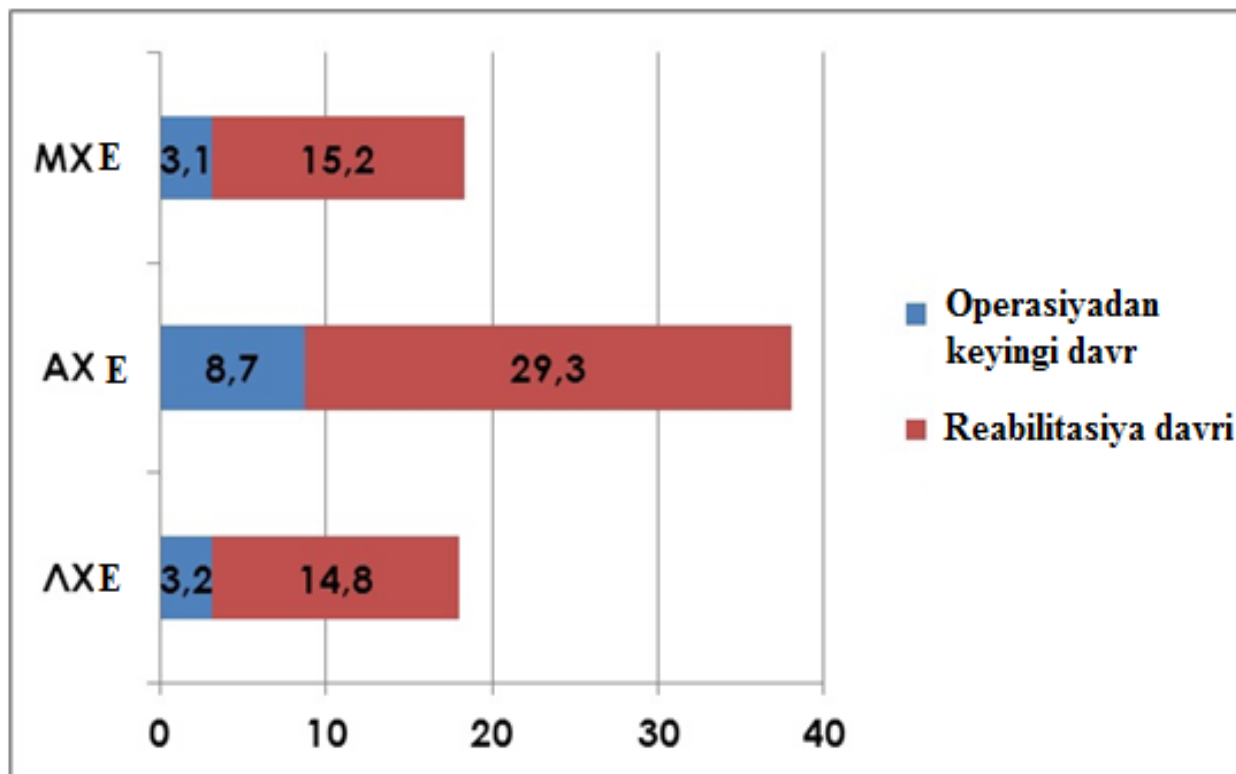
Oxirgi vaqtlarda xirurgik kasalliklarni operatsiyadan keyingi uzoq davrda davolashning natijalarini o'rganishga qiziqish ortib bormoqda. Oxirgi o'n yilda xirurgik asboblardan tubdan yangilandi va yangi operativ usullar soni ortdi. Bularning asosiy maqsadi bemor organizmiga travmatik omillar ta'sirini maksimal kamaytirish. Buning uchun iqtisodiy omilga katta ahamiyat berilmoqda. Yangi qimmat baho texnologiyalarni amaliyotga tadbiq etish va uni rivojlantirish uchun tibbiyot sanoatida katta iqtisodiy mablag' talab qiladi. Bu jarayon oqlanishi, yangi texnologiyalarni joriy etish esa asoslangan bo'lishi kerak. **Bemorlar hayot sifati** muhim zamonaviy tibbiyot ko'rsatkichlaridan biri hisoblanadi.

Bir qator mualliflarning fikricha, hayot sifatini aniqlashning ahamiyati birinchi navbatda ayrim sharoitlarga bog'liq, ya'ni har doim ham kasallik og'irligi va hayot sifati darajasi o'rtasida bevosita korrelyatsion bog'liqlikni o'rnatish imkoniyati bo'lmaydi. Bu ko'pincha bemor o'z sog'ligi holati to'g'risidagi sub'ektiv tasavvurlari, kasallik xavfi va u bilan bog'liq oqibatlariga (real yoki yolg'on) bog'liq.

Hayot sifatini baholashda har xil davolash usullari va davolash dasturlarining iqtisodiy samaradorligini aniqlashga alohida ahamiyat beriladi. Bir qator tadqiqotchilarning fikricha, o'tkazilgan davoning iqtisodiy samaradorligini qo'yidagi yo'nalishlar bo'yicha tahlil qilish lozim: narxi-samaradorligi, narxi-foydasi, narxi-sarf bo'lgani.

O't pufagi bilan og'rikan bemorlarni davolash narxini o'rganish bo'yicha o'tkazilgan tadqiqotlar va operativ davoning iqtisodiy afzalligini ko'rsatuvchi ishlar hozirgi vaqtda miniinvaziv operativ yondashuvlar afzalligi va narxi solishtirilib yanada mukammal o'rganilmoqda. Masalan, yaqinda Shotlandiyada o'tkazilgan tadqiqot ko'rsatishicha, o't operativ davolash natijalari solishtirma tahlil qilinganida (jarohatlanish, statsionar va reabilitatsiyada o'tkazilgan o'rin-kun va bq.) MXE narxi LXE nisbatan 400 funt sterlingga arzon

ekanligi aniqlandi. Xuddi shunday xulosani boshqa mualliflar ham solishtirma tadqiqot natijalariga ko'ra ma'qo'llashadi, ya'ni LXE narxi AXE va ayniqsa MXE nisbatan juda qimmat. Bu muammoga jiddiy yondashishni talab qiladi.



4.13-rasm. Xoletsistektomiyaning har xil turlaridan keyin bemorlarda operatsiyadan 157 dan keyin va reabilitatsiya davrining davomiyligi.

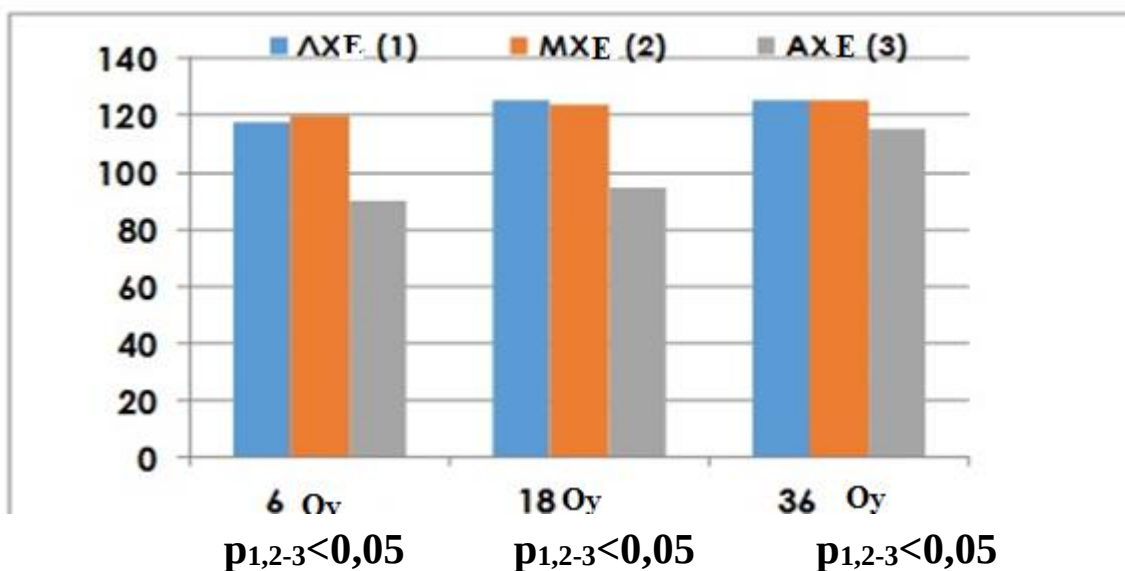
Klinik tadqiqot jarayonida ko'pgina olimlarning fikricha qo'yida sanab o'tilgan hayot sifati komponentlariga alohida etibor berish kerak:

- 1) funktsional qobiliyati, ya'ni har kungi va intellektual faoliyati, bemorning ijtimoiy va emotsional vazifasi, uning iqtisodiy ta'minlanganligi;
- 2) bemor o'z sog'ligi va hayotdan qoniqish darajasi;
- 3) bemor bezovta bo'lishiga majbur qiladigan kasallik belgilari va ularni medikamentoz terapiya yoki operativ yondashuv bilan bartaraf qilish mumkinligi.

Hayot sifatini baholash – bu klinik meditsinada yangi, o'rganilayotgan yo'nalishlardan biri hisoblanadi. Bunga ko'ra bemor sog'ligidagi o'zgarish va buzilishlar holatini aniq baholash, klinik muammoni bilish, bemorni qoniqtira oladigan ratsional davolash usulini tanlash va eng muhimi uning ko'rsatkichlariga qarab afzalligini baholash imkoniyatini beradi. Xirurglar o'zlarining amaliy faoliyatida xirurgik texnikani mukammallashtirib borishga erishishga harakat qilishadi. Haqiqatda ham, operatsiya oqibati ijobiy yakunlanishi bu tajribali xirurgning yuqori malakasiga bog'liq. Ammo davolashni standartlashtirishda operatsiya xonalarini yangi jihozlar bilan jihozlanishi XX asr oxirlarida umumiy holat bo'lib qoldi. Shuning uchun xirurglar olingan barqaror «miqdoriy» yakunlar sharoitida har xil «sifatli» natijalarga e'tiborini qaratishga imkon to'g'ildi. Shunga ko'ra xirurgik davolashning oxirgi bosqichida bemorlarni hayot sifatini baholash muhim. Operatsiyadan keying davrda xirurgik davolashning hayot sifatiga ta'siri o'rganilmasdan, u yoki bu operatsiyaning afzalligi yoki kamchiligi to'g'risida to'la-to'kis ob'ektiv baholash mumkin emas. Xirurglar tamonidan operatsiya o'tkazgan bemorlarning hayot sifatini o'rganish meditsinaning gumanitar odati hisoblanadi, bunga ko'ra vrachlik faoliyatining maqsadi nafaqat bemor hayotini uzaytirish, balki uni baxtli va mahsuldor qilish.

BJSST ekspertlarining tavsiyasi asosida biz tamondan O'TK bilan og'rikan bemorlarning operatsiyadan keyin hayot sifati tekshirilganda LXE va MXE o't kazgan bemorlarda operatsiyadan keyin birinchi 6 oyda ballar yig'indisi maksimumga etdi va tekshirish davr davomida (3 yilgacha) saqlanib turdi. Bu ko'rsatkichlar AXE o't kazgan bemorlarga nisbatan yuqori bo'ldi.

Operativ davo O't kazilgandan keyin birinchi 6 oyda miniinvaziv operativ yondashuvlar va AXE O't kazgan bemorlar o'rtasida ahamiyatli farq sezildi, bemorlar bilan maxsus suhbatda savollarga javob olish orqali bilindi. AXE o't kazgan bemorlarni ko'proq operatsiya sohasida diskomfort, og'riq, kosmetik nuqson bezovta qildi.



4.14-rasm. Operatsiya turi va operatsiyadan keyingi davr davomiyligiga ko‘ra bemorlarning hayot sifati.

AXE o‘tkazgan bemorlar universal modul savollariga qo‘yidagicha javob berishdi: operatsiyadan so‘ng nihoyatda past funktsional qobiliyat, ya’ni ijtimoiy va jismoniy faollik, emotsional vazifa va aqliy faoliyatning pasayganligini e’tirof etishdi. Shu bilan birga sog‘ligining qoniqarsiz holatda ekanligini va hayot sifatiga o‘tkazilgan davoning ta’sirini aytishdi.

AXE O‘t kazgan bemorlarda fiziologik va ruhiy moslashish jarayonlari operatsiyadan 1,5 yildan keyin paydo bo‘ldi. Miniinvaziv operativ yondashuvlar va AXE o‘tkazgan bemorlar guruhida maxsus va universal modul’ o‘rtasida etarlicha katta farq bo‘lishiga qaramasdan bu farq kam ahamiyatga ega bo‘ldi.

Bemorlar hayot sifati tekshirish natijalari o‘rganilganda AXE ko‘rsatkichlari miniinvaziv operatsiyalar ko‘rsatkichlariga operatsiyadan keyin 3 yil o‘tgach yaqinlashganligi ma’lum bo‘ldi (statistik aniq bo‘lmagan natija). AXE o‘tkazgan bemorlarda operativ davodan keyin 3 yilida maxsus va universal modul’ ko‘rsatkichlari deyarli bir xil darajada pasayganligi aniqlandi.

AXE va mininvaziv operatsiyalar o‘tkazgan bemorlarda eng ko‘p farqli o‘zgarishlar sog‘liqqa, kasallik belgilari, jismoniy faoliyat va o‘tkazilgan davoning bemorga ta’siri kabi savollarga javobda aks etdi.

O‘TK xirurgik davolash usuliga ko‘ra hayot sifati va operatsiyadan keyin uzoq ko‘rsatkichlarning o‘zgarishlari.

4.5-Jadval.

Ko‘rsatkichlar	AXE	LXE	MXE	p ₁	p ₂	p ₃
Hayot sifatining indeksi (bizning ma’lumotlarga ko‘ra), shart. br.	99,61±9,17	125,23±3,47	124,26±2,21	<0,001	<0,001	>0,05
Aqliy faoliyat*	74,7	79,3	77,2	<0,001	<0,01	>0,05
Emotsional vazifa*	87,6	83,2	89,3	<0,001	<0,01	<0,001
Jismoniy faoliyat*	68,4	71,3	75,8	<0,001	<0,0001	<0,01
Sog‘ligini qabul qilish*	66,8	75,4	77,1	<0,001	<0,001	>0,05
Kasallik belgilari*	47,3	79,5	81,2	<0,0001	<0,0001	>0,05
Jinsiy vazifa*	64,7	72,5	66,2	<0,001	<0,01	<0,01
Ijtimoiy vazifa*	61,3	70,6	65,3	<0,001	<0,01	>0,05
Iqtisodiy holat*	53,2	61,4	63,6	<0,001	<0,001	>0,05
Davoning ta’siri*	79,5	87,3	88,6	<0,001	<0,001	>0,05

* - Maksimal bo‘lishi mumkin bo‘lgan qiymatdan % da. Farqning to‘g‘riligi: p₁ – AXE va LXE ko‘rsatkichlari o‘rtasida; p₂ – AXE va MXE; p₃ – LXE va MXE.

AXE o‘tkazgan bemorlar hayot sifati o‘t kazilgan operatsiyadan 3 yildan so‘ng yaxshilanishi jismoniy faoliyat va o‘tkazilgan davoni yuqori baholash bilan bog‘liq.

O‘rganilayotgan bemorlar guruhida klaster tahlili shuni ko‘rsatdiki, «yomon» va «qoniqarli» natijadagi bemorlar soni (6 oydan 3 yilgacha bo‘lgan muddat) o‘rtacha 17,6% tashkil etdi va o‘rganilayotgan

guruhlarda olingan natijalarning aynan statistik farqi aniqlanmadi. «yomon» va «qoniqarli» natijadagi bemorlar guruhi tahlil qilinganida kasallik davomiyligi va tadqiqotdan olingan natijalar o'rtasida aynan korrelyatsion bog'liqlik aniqlandi. Ma'lum bo'lishicha, kasallik 5 yildan ortiq davom etsa hayot sifati darajasining pasayishiga olib keladi, o'rtacha $12,3 \pm 3,7$ shartli birlik ($r = - 0,124$, $p < 0,005$). Bunday holatni bemorlarda qo'shimcha gepatopankreatoduodenal tizimning bir qator surunkali kasalliklari borligi va O'TK uzoq vaqt davom etishi bilan tushuntirish mumkin. Har xil turdagi operativ davo o't kazgan bemor yoshini hayot sifatiga yakka ta'sirini baholaganda bu ko'rsatkichlar o'rtasida korrelyatsion bog'liqlik ($r = 1,02$, $p < 0,05$) aniqlanmadi.

Shunday qilib, zamonaviy xirurgiyaning qonuniyati o'z qonunlarini talqin qilmoqda. Unga ko'ra bu qonunlarda xavfsizlik, minimal ta'sir, bemorlarni davolash usullarining iqtisodiy afzalligi, operatsiya o'tkazgan bemorlar hayot sifatining yuqori ekanligiga e'tibor berilgan. Hozirgi vaqtda O'TK xirurgik davolash xolelitiazni bartaraf qilishning asosiy usuli bo'lib, tarixiy o'zgarishlarga uchradi. «Avaylovchi xirurgiya» qoyidolari keng qo'llanilmoqda. Bemorlar hayot sifatini aniqlashga asoslangan bajarilgan xirurgik davolashning yaqin va uzoq natijalari tahlil qilinganida LXE va MXE o'tkazgan bemorlarda operatsiyadan keyingi davr kechishida xirurgik davolash salbiy omillar bir xil ta'sir qilganligi ma'lum bo'ldi.

Har qanday usul kabi kichik kesimlar operatsiyalari – LXE va MXE o'zining ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalariga, afzallik va kamchiliklariga ega (maxsus bo'limlarga ham qr.). Ammo, bu operatsiyalar O'TK bilan og'rigan ko'pchilik bemorlarga operatsiyalar tanlovi bo'lib hisoblanadi. Bunday operatsiyalarning natijalari nafaqat xirurg tajribasi va amaliy qobiliyatiga, balki operatsiya xonasining texnik jihozlanganligiga ham bog'liq. An'anaviy usulda va kam invaziv texnologiyalarni qo'llab operatsiya qilgan xirurg yuqori malakali mutaxassis hisoblanadi. Kam invaziv operatsiyalarni bajarish texnikasini urgangan yuqori malakali davolash muassasalarida xoletsistektomiyaning har qanday turida operatsiya vaqtidagi va operatsiyadan keyingi asoratlar o'rta statistik ko'rsatkichlari (milliy,

evropa va bq.) past bo‘ladi. Bunda xirurg har bir bemorga individual yondashib (xirurg bajara oladigan har xil operatsiya usullari) bemor hayot sifatini yaxshilaydigan operatsiyani tanlashi kerak.

Kal’kulyoz xoletsistit asoratlari rivojlangunicha yuqori malakali tibbiyot muassasasi sharoitida, rejali ravishda o‘t kazilgan, miniinvaziv texnologiyalarni qo‘llashga asoslangan o‘z vaqtidagi operatsiya O‘TK davolash natijalarini uzoq davrda ham yaxshilanishiga olib keladi. O‘TK har qanday shaklida AXE operatsiya vaqtidagi asoratlari (birinchi navbatda JTO‘Y jarohatlanishi) xavfi nihoyatda kam bo‘ladi, ammo qorin old devorining jarohatlanishi yuqori bo‘ladi. Kichik kesimdan bajariladigan operatsiyalardan an’anaviy operatsiyalarga o‘tish (konversiya) asorat deb hisoblanmaydi. Boshqa teng sharoitlarda AXE natijalari asosan xirurgning amaliy qobiliyatiga bog‘liq.

O‘TK miniinvaziv usullarini qo‘llab davolaganda bemorlar odatdagi ijtimoiy va aqliy faoliyatga tez qaytishadi, shu bilan bir qatorda operatsiya o‘t kazgan bemorlar hayot sifati yuqori darajada bo‘ladi.

UTT nazoratida O‘t pufagini punktsion sanatsiyasi va dekompressiyasi

O‘t pufagini punktsion sanatsiyasi va dekompressiyasi – O‘tkir xoletsistit xurujini bartaraf qilish maqsadida tajribali vrach qo‘lida juda qulay va shu bilan birga amalda xavfsiz manipulyatsiya hisoblanadi. Bu manipulyatsiyadan maqsad qo‘yidagilar:

- Infitsirlangan safro va yiringni olish;
- O‘t pufagi dekompressiyasi, uning devorida qon aylanishini yaxshilash;
- Og‘riq O‘tkir xurujini bartaraf etish.

O‘t pufagi devorida boshlang‘ich nekrobiotik o‘zgarishlar bo‘lganda ham o‘t pufagi punktsion sanatsiyasi va dekompressiyasini bajarish mumkin. Bu manipulyatsiya somatik og‘ir bemorlarda bemorni operatsiyaga tayyorlash vaqtini yutadi (ikki bosqichli jarayon) yoki bemor uchun xavfli xirurgik operatsiya oldi olinishi mumkin. Boshqa tomondan qaraganda, o‘t pufagi bo‘yinchasi sohasida zich infil’tirat bo‘lgan bemorlarda keyinchalik laparoskopik xoletsistektomi imkoni

to'g'iladi, chunki O'tkixuruj davrida LXE xavfli operatsiya hisoblanadi. Manipulyatsiyani bir necha marta xurujlar bartaraf bo'lgunicha qaytarish mumkin. O'tkir xoletsistit davrida o't pufagi punktsiyasi ancha engil va xavfsiz drenajlash mumkin, ammo bu manipulyatsiya kam bajariladi.

Punktsiya texnikasi

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

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

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

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

Odatda datchiklar skanerlash sirtida punktsion ignaning joylashishini engil aniqlashga imkon beradigan o'zgartiriladigan yo'naltiruvchi adapterlar bilan jihozlangan, shuningdek igna burilish burchagini 20^0 atrofida o'zgarish imkonini beradi. Punktsiya uchun tanlangan, igna diametriga mos adapterga qoplag'ich qo'yiladi.

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

Ignani to'g'rilab olish uchun chiziqli, konveksli va sektoral ul'tratovush datchiklaridan foydalaniladi.

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

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

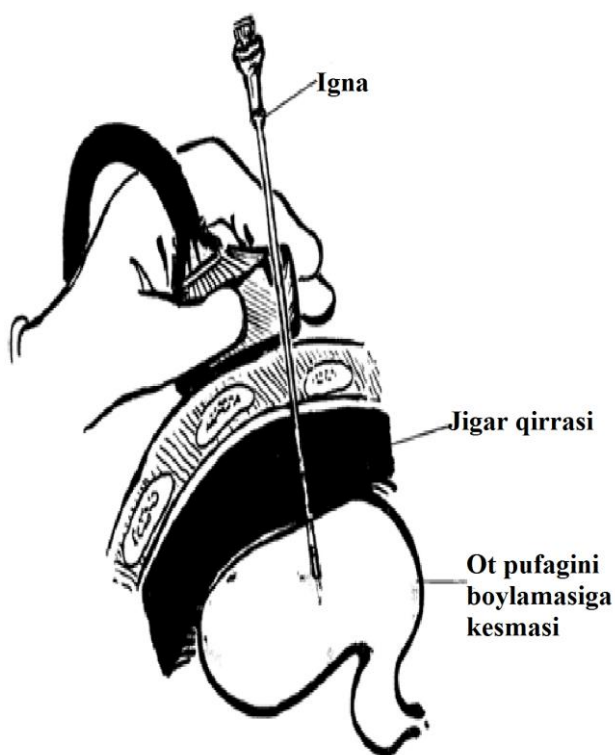
Teri orqali o't pufagini punktsiyasi uchun mo'ljallangan usullar ikkita qoyidaga rioya qilishga asoslangan: 1) punktsion kanal jigar to'qimasi orqali o'tishi kerak; 2) O't pufagi devorining punktsiyasi o't pufagi yotog'i tamonidan qorin bo'shlig'iga aloqasi bo'lmagan orqa devordan amalga oshirilishi kerak. O't pufagi devoridagi teshik orqali o't-safro qorin bo'shlig'iga oqmasligi uchun yuqoridagi qoidalariga rioya qilish kerak.

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

Chiziqli punktsion datchik yordamida teshish nuqtasini tanlash bilan manipulyatsiya boshlanad. Teri qoplamalari spirt yoki xlorgeksidin eritmasi bilan ishlov beriladi. Yod saqllovchi vositalar datchik faol

yuzasiga salbiy ta'sir qilishi uchun ularni qo'llash maqsadga muvofiq emas.

Steril datchik yordamida terida nuqta tanlanib, jigar parenximasining minimal qalinligi orqali o't pufagi keng qismiga igna yo'naltiriladi. Manipulyatsiyaning bu bosqichi juda muhim, chunki manipulyatsiyaning muvafaqqiyati to'g'ri tanlangan igna traektoriyasiga bog'liq. Yuqorida aytib O't ilgan qoyidalarga tayanib, punktsiya joyi individual tanlanadi. Teridagi punktsiya joyi ko'pincha VIII-IX qovurg'alar oralig'ida, oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab joylashadi. Ammo u qovurg'a ostida ham joylashishi mumkin. O't pufagi punktsiyasi juda muhim emas.

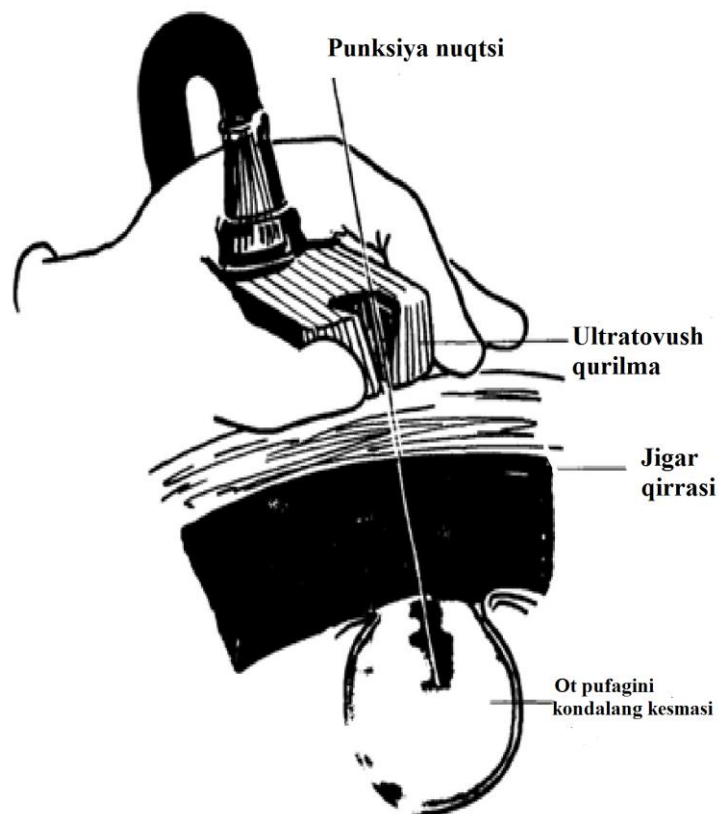


4.15-rasm. Steril datchik yordamida terida nuqta tanlanib, jigar parenximasining minimal qalinligi orqali O'T pufak eng keng qismiga igna yo'naltiriladi.

Terida punktsiya nuqtasida yumshoq to'qimalar mahalliy anesteziyasi o'tkaziladi. Keyin punktsion igna yoki stilet-kateter bo'shliq orqali yo'naltiruvchi adapter tomon yuboriladi va doimiy vizual nazorat ostida jigar

parenximasi orqali o't pufagi maksimal bo'shlig'iga kiritiladi. Ignani kiritish sharoitlaridan biri bu butun manipulyatsiya davomida doimiy bir vaqtning o'zida monitor ekranida igna uchini va o't pufagining maksimal bo'ylama bo'shlig'ini nazorat qilishdan iborat. O't pufagi qorin parda orti qismiga ignani kiritish joyini to'g'ri tanlash uchun aylana ko'rinishida o't ko'ndalang kesimi ko'rinadigan qilib datchikni 1-2 marta aylantirish foydali.

Mandren olingandan keyin o't bo'shlig'idagi suyuqlik shprits yordamida surib olinadi va bakterilogik tekshirishga hamda antibiotiklarga sezgirlikka yuboriladi. O't pufagi bo'shlig'i antiseptik eritmasi bilan sanatsiya qilinadi.



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

Agar chiziqli punktsion datchik nazoratida qovurg'alardan akustik soya sababli o't qiyin ko'rinsa, sektor datchik yordamida punktsiya bajariladi. Uning katta bo'lmagan skanerlovchi boshi yordamida o't pufagi bo'shlig'iga qovurg'alararo oraliq orqali punktsiyaning xavfsiz traektoriyasini belgilash mumkin. Sektor datchik yordamida punktsiya qilish usuli chiziqli punktsion datchikni qo'llab punktsiya usuli kabi bajariladi. Qovurg'a oralig'iga sektor datchik shunday qo'yiladiki, monitor ekranida o't pufagi maksimal bo'ylama bo'shlig'i ko'rinishi kerak, marker chizig'i esa o't bo'shlig'ining keng qismiga jigar parenximasining minimal qalinligi orqali o'tishi kerak. Datchik shunday

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

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

O'T yo'llaridagi yaqqol gipertenziya

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

O't pufagi punktsiyasidan keyin qon ketish

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

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

O't pufagi gangrenasi

Qon tomir tizimi zararlangan kekxa yoshdagi bemorlarda ko'pincha yallig'lanish jarayonlari tez rivojlanib, o't devorrining destruktsiyasiga olib keladi. O't pufagi devori qalinlashmasligi mumkin. Punktsiya vaqtida qo'ng'ir rangdagi badbo'y suyuqlik so'rib olinadi, bunda har doim ham o't pufagi bo'shlig'ida toshlar bo'lavermaydi. UTT ma'lumotlarini e'tibor bilan o'rganish muhim. Bemor noadekvat og'ir ahvoli bilan bunday belgilarning qo'shma kelishi pufak devoridagi qaytmas destruktsiya bilan gangrenoz xoletsistit borligi to'g'risida taxmin qilish mumkin. Bunda o't pufagi sanatsion punktsiyasi effektiv bo'lmasligi mumkin. Bunday bemorlarni, ularning og'ir ahvoriga qaramasdan, shoshilinch operatsiya qilish kerak.

Chegaralangan yig'ilgan suyuqlik diagnostikasi va davosida UTT

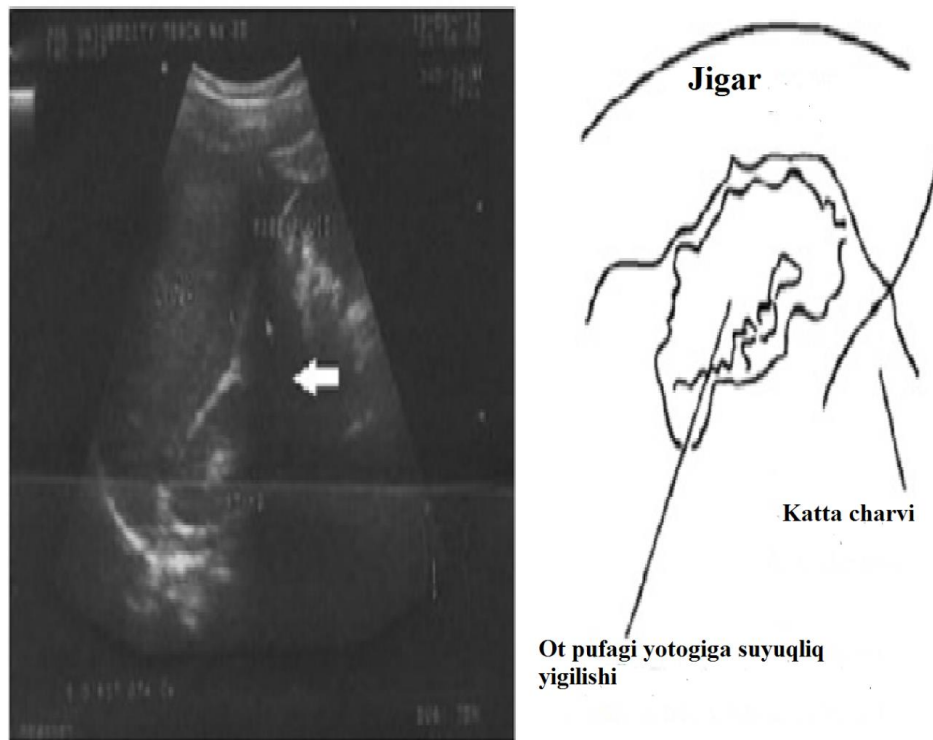
O't yo'llari xirurgiyasi bilan shug'ullanuvchi xirurgiya bo'limlari kundalik amaliy ishiga UTT keng kirib keldi. Bu usul bilan nafaqat diagnoz qo'yish va teri orqali manipulyatsiyalar qilish, balki operatsiyadan keyin hosil bo'ladigan patologik gematomalar, bilomalar, infil'tratlar va bq. dinamikada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

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

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

UTT har bir xoletsistektomiyadan keyin o't pufagi yotog'ida ko'p miqdorda bo'lmagan suyuqlik (2-3 ml qon yoki safro) yig'ilishini aniqlashga imkon beradi. Ammo shunga mos klinik ko'rinishda suyuqlikni infitsirlanganligiga gumon qilish mumkin. Bunday holatlarda teri orqali punktsiya ko'rsatilgan. Bu manipulyatsiya oddiy, mahalliy anesteziya ostida bajariladi va infitsirlangan suyuqlikni evakuatsiya qilib, keyinchalik qoldiq bo'shliqni sanatsiya qilishga imkon beradi.

Kerak bo'lganda aspiratsiyalangan suyuqlikni bakteriologik tekshirishdan o't kazish mumkin. Muammoni echish uchun ko'pincha bir marta punktsiya qilgan etarli. Ammo muolajani kerak bo'lganda qaytarish mumkin yoki UTT nazoratida drenajlash mumkin.



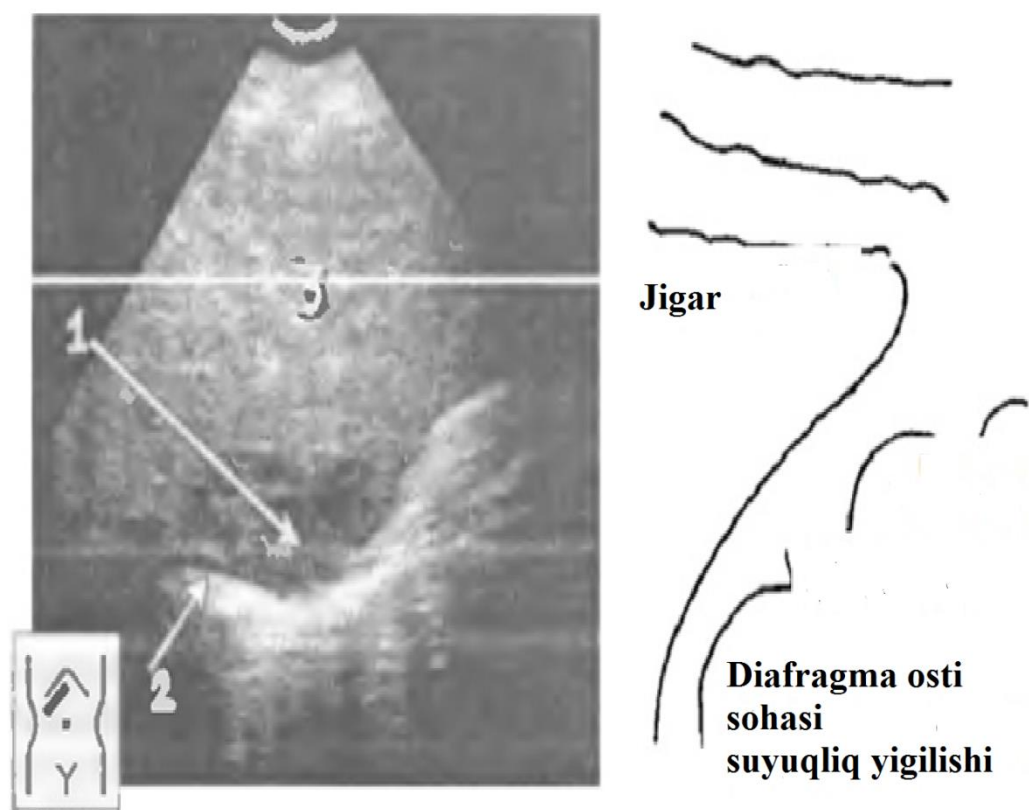
4.17-rasm. Ul'tratovush skanogrammasi va sxemasi.

Xoletsistektomiyadan keyin o't pufagi yotog'ida suyuqlik yig'ilishi (strelka). Punktsiyada 30 ml qon aralash safro evakuatsiya qilindi.

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

Agar diafragma osti sohasi punktsiyasida safro olinsa, u qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda yig'ilganligidan darak beradi. Pufak yo'lida ligatura yoki klipslar etishmovchiligi, aniqlanmagan o't yo'llari jarohati va hk. bo'lgan bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda jigar osti yoki diafragma osti tezda drenajlanishi kerak. Bu muolaja oddiy va UTT nazoratida engil bajarish mumkin. Sanatsiya qilingan va drenajlangan bo'shliq yo'q qilinganidan bir necha kundan keyin safro oqish manbaini

aniqlash uchun rentgenokontrast tekshirish maqsadga muvofiq. Odatda, agar magistral o't yo'li jarohatlanmagan bo'lsa ajraluvchi safro miqdori asta-sekin kamayadi va bemor tuzalib, drenajni olib tashlash mumkin.



4.18-rasm. Ul'tratovushli skanogramma sxemasi.

Xoletsistektomiyadan keyin diafragma osti sohasida suyuqlik yig'ilishi (strelka bilan ko'rsatilgan). Drenajlangandan so'ng 11 sutkagacha safro evakuatsiya qilindi. Pufak yo'li cho'ltog'ining choklari etishmovchiligi.

Surunkali xoletsistitda laparoskopik xoletsistektomiya

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

LXE frantsuzcha usulida xirurg bemor oyoqlarining orasida joylashib, to'g'ri pozitsiyada ishlaydi va harakatning aniq

koordinatsiyasini ta'minlaydi. Assistent bemordan chap tamonda joylashadi.

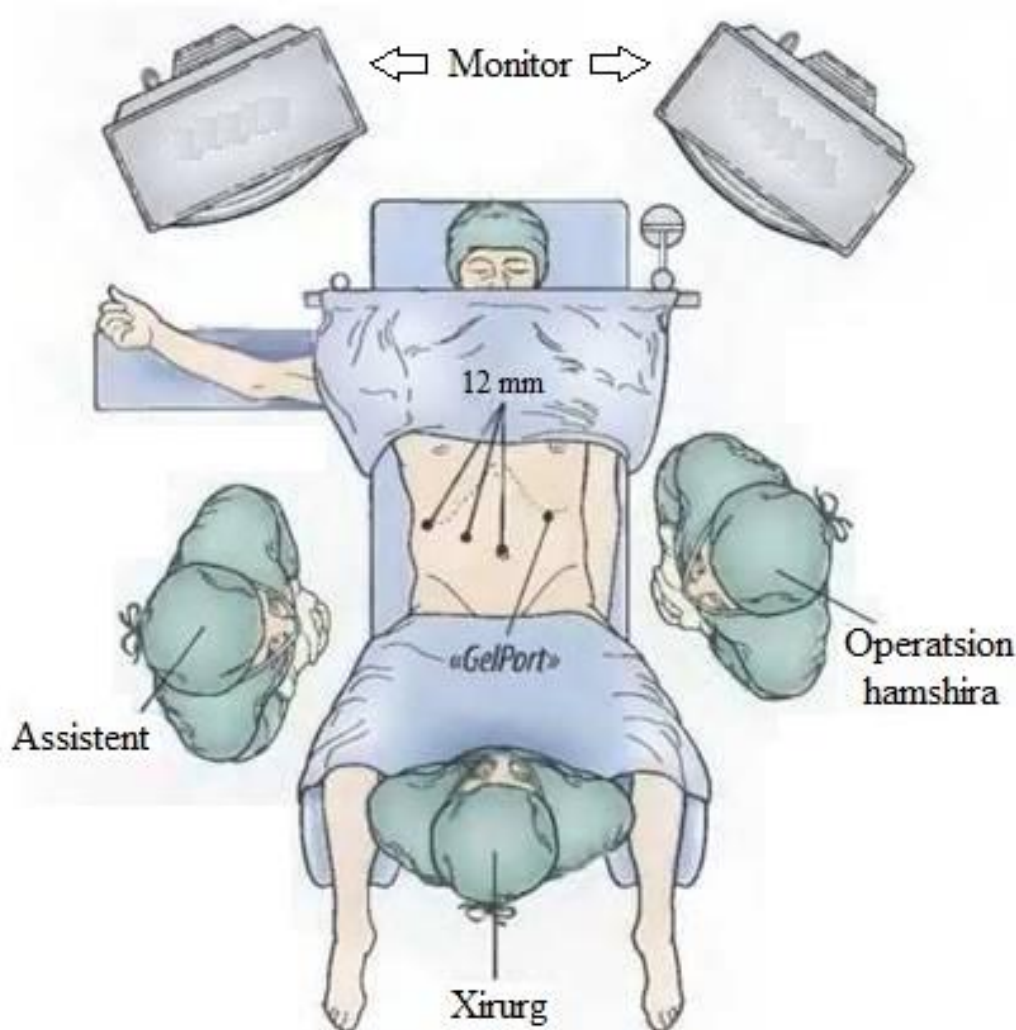
Pnevmoperitoneum an'anaviy tarzda Veress ignasi bo'ylab kindik sohasidagi kesim orqali qo'yiladi. 10 mm diametrdagi birinchi troakar kindik sohasida 45^0 burchak ostida o't yo'nalishi bo'ylab kiritiladi va u bo'ylab laparoskop yuboriladi. Qorin bo'shlig'i vizual nazorat ostida diagnostik ko'rikdan so'ng qolgan troakarlari kiritiladi. Ikkinchi xuddi shunday troakar jigar yumaloq boylamidan 5 sm lateral va kindikdan 6-8 sm yuqorida chap mezogastral sohada joylashtiriladi. epigastral sohada o'ng qovurg'a yoyi aynan ostidan va uroqssimon boylam o'ng qirrasi bo'ylab 5 mm diametrdagi troakar kiritiladi. Ikkinchi xuddi shunday troakar o'ng mezogastral yoki yonbosh sohadan kiritiladi. Oxirgi troakar O'T olishga etarlicha qo'lay bo'lgan, asboblari bilan erkin ishlashni ta'minlaydigan joyda joylashishi kerak.

Xirurg o'ng qo'li bilan chap mezogastral sohada joylashgan koagulyator va boshqa asboblarni port orqali ishlatadi, chap qo'li bilan esa o'ng yonbosh sohadagi port orqali o't kerakli traktsiyani ta'minlab o'ziga yordam beradi. Assistent chap qo'li bilan kamerani boshqaradi, o'ng qo'li bilan esa epigastral sohadagi port orqali qaychi va so'rg'ich nayi bilan xirurgga faol yordam beradi (4.19-rasm).

Assistent jigar osti sohasini ochish uchun jigar o'ng bo'lagini yuqoriga suradi. Bitishmalar bo'lganda xirurg ularni kesib, 4-chi nuqtadan Gartman kistasi yoki o't pufagi tanasining pastki uchligiga qisqich qo'yadi. O't pufagi lateral tamonga traktsiyasi hisobiga pufak yo'li va pufak arteriyasi jigar arteriyalari va magistral o't yo'llaridan maksimal darajada uzoqlashadi, ya'ni Kalo uchburchagining elementlari ochiladi.

O't pufagi bo'yinchasining oldingi va orqa yuzasi bo'ylab koagulyatsion ilmoq yoki qaychi bilan qorin parda ochiladi. Kalo uchburchagi sohasida to'qimalar orasidan pufak yo'li ajratiladi. Xuddi shunday pufak arteriyasi ajratiladi. Kalo uchburchagi sohasida ishlaganda qo'yidagi qoyidalarga qat'iy rioya qilinadi: elektrokoagulyatsiyani ishlatgan holda to'qimalar juda sekin chapdan o'ngga harakat qilib ajratiladi. Ilmoq bilan ishlaganda faqatgina ilmoqga

ilingan portsiya koagulyatsiya qilinadi. O‘T yo‘llariga bevosita yaqin ishlaganda koagulyatsiya ishlatilmaydi.



4.19-rasm. Laparoskopik xoletsistektomiya vaqtida joylashuv pozitsiyasi

LXE frantsuzcha usulda operatsion brigada a‘zolari va asboblarning joylashishi. 1 – laparoskop; 2 – klipapplikator, koagulyator, qaychi va dissektor bilan ishlash uchun 10 mm diametrdagi port; 3 – qaychi va dissektor bilan ishlash uchun 5 mm diametrdagi port; 4 – qattiq qisqich bilan ishlash uchun xuddi shunday port.

O‘t pufagi bo‘yinchasi va u pufak yo‘liga o‘tish joyi ajratilgandan so‘nggina pufak yo‘liga klipslar qo‘yiladi va kesiladi. UO‘Y devoridan 5 mm dan kam bo‘lmagan uzoqlikda pufak yo‘liga ikkita klipslar

qo'yiladi. Uchinchi klips o't pufagi tanasiga yaqin joyga qo'yiladi va klipslar orasidan pufak yo'li erkin kesiladi.

Pufak arteriyasiga O't pufagi tanasiga maksimal yaqin joyda bir yoki ikkita klipslar qo'yiladi va kesiladi. Agar pufak arteriyasining cho'ltog'idan qon ketish yuzaga kelsa u qisqich bilan ushlanib, yuqoriga ko'pariladi va vizual nazorat ostida qayta klipslanadi. Klipslarni «ko'r-ko'rona» qo'yish mumkin emas.

Keyin elektrokoagulyatsiyani ishlatgan holda O't pufagi yuqori va lateral tamonga suriladi. O't pufagi tanasining perimetri bo'ylab qorin parda kesiladi va u yotog'idan sidirib olinadi. O't pufagi orqa devoridagi mayda qon tomirlar bilan siyrak yog' to'qimasi koagulyatsiya qilinadi.

Operatsiya jarayonida mono- va bipolyar koagulyatsiya qo'llanilishi mumkin. Bipolyar koagulyatsiya qo'llanganda ichki a'zolarining operatsiya vaqtidagi bo'lishi mumkin bo'lgan elektrokoagulyatsion jarohati kamayadi. SHuning uchun bu usul ko'pqo'llaniladi.

O't pufagi yotog'idan ajratilgandan so'ng u plastik konteynerga joylashtirilib, jigar o'ng bo'lagining ustiga qo'yiladi. Gemo- va biliostaz nazorati O't kaziladi. Chap mezogastral sohadagi portga laparoskop kuchiriladi. O't pufagi bo'lgan konteyner qattiq qisqichga ushlanib teri sathiga kindik troakari orqali chiqariladi. O't pufagi konteynerdan chiqariladi va shundan so'ng qorin bo'shlig'idan konteyner olinadi. 5 mm diametrdagi pastki port orqali jigar osti sohasi drenajlanadi. Qorin bo'shlig'ida va qorin devori jarohatlaridan qon ketish yo'qligiga ishonch qilib ko'ruv nazoratida qorin bo'shlig'idan troakalar olinadi, jarohatlar tikiladi.

LXE AQSh olimlari usulida bemor va operatsiya qatnashchilari 6-7 rasmda ko'rsatilgandek joylashadi. Pnevmooperitoneum bajarilganidan so'ng 10 mm diametrdagi troakar shu zuhotiyoq kindik sohasidan qorin bo'shlig'iga kiritiladi. U orqali laparoskop boshqariladi. Keyingi xuddi shunday troakar xanjarsimon usiqdan pastda o'rnatiladi, u qorin bo'shlig'ida uroqsimon boylamdan o'ngda joylashishi kerak. 5 mm diametrdagi troakar XII qovurg'a sathi pastidan eng lateral no'qtadan kutariluvchi chambar ichakka zarar etkazmagan holda joylashtiriladi. Ikkinchi xuddi shunday troakar birinchi troakarga nisbatan medial va

o'ng qovurg'a yoyiga maksimal yaqin kiritiladi. Troakarlarning joylashishi 5-8 rasmda ko'rsatilgan.

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

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

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

Nazorat savollari.

- 1) O't pufagi kattalashishi, Ortner, Obratsova, Merfi, Kera kabi simptomlar musbat bo'lishi qaysi kaslliklarda uchraydi?
- 2) O't yo'lini intraoperativ diagnostikasi usuli?
- 3) Ko'pincha asoratlanmagan toshli xolelsistit bilan og'rigan bemorlarda qanday operatsiya o'tkaziladi?
- 4) Xolesistektomiyadan so'ng qanday drenajlash ko'pincha qo'llaniladi?
- 5) O'tkir xolesistitning etiologiyasi?
- 6) O'tkir xolesistitning asoratlari?
- 7) Safro qaysi hujayralar tomonidan ishlab chiqariladi?
- 8) Yiringli xolangitda Sharko uchligiga qaysi belgilar kiradi?
- 9) Jigardan tashqari o't yo'llarni maxsus tekshiruvi uchun mutloq ko'rsatma?
- 10) Mexanik sariqlik kelib chiqish mexanizmi?

- 11) Mexanik sariqlikning boshqacha nomi?
- 12) Mexanik sariqlik etiologiyasi?
- 13) Mexanik sariqlikda terining rangi?
- 14) Xolangit klinik kechishiga ko'ra bo'linadi?
- 15) Mexanik sariqlikda yuqori billirubinemiya qanday klinik belgi ustun bo'ladi?
- 16) Mexanik sariqlikda siydikdagi o'zgarishni ayting.
- 17) Mexanik sariqlikda bilirubinnig qaysi fraksiyasi oshadi?
- 18) Mexanik sariqlik diagnostikasida qo'llaniladi?
- 19) Xolelitiaz nima?
- 20) Kurvuazie simptomi nima?

V BOB. O'TKIR XOLESISTIT VA UNING ASORATLARI

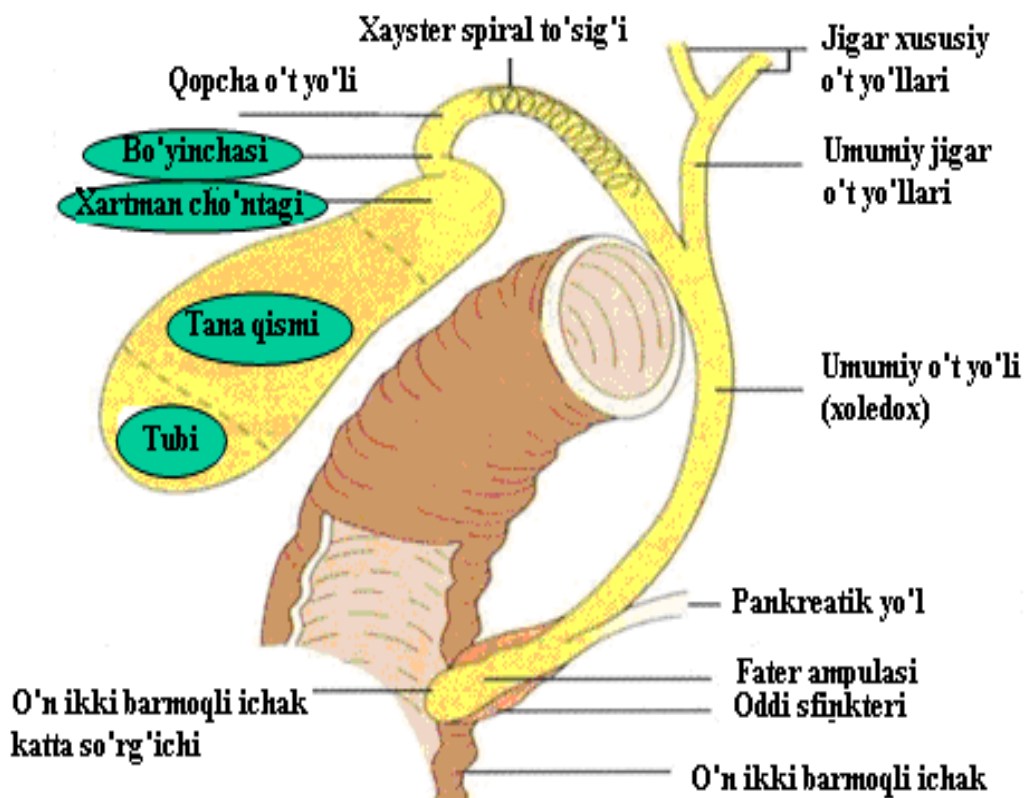
Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

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

Umumiy o't yo'lining distal qismi o'n ikki barmoq ichak shilliq pardasi ostidagi qavatda joylashgan katta duodenal so'rg'ich (Fater so'rg'ichi) hosil qiladi. Katta duodenal so'rg'ich uzunasiga ketgan, doirasimon va qiyshik tolalardan iborat avtonom mushak sistemasiga - Oddi sfinkteriga ega, bu sfinkter o'n ikki barmoq ichakka bog'liq emas. Pankreatik yo'l katta duodenal so'rg'ichga yaqinlashib, umumiy o't yo'lining terminal qismi bilan birga duodenal so'rg'ich ampulasini hosil qiladi. Katta duodenal so'rg'ichda operatsiya bajarishda o't yo'li bilan pankreatik yo'llarning o'zaro munosabatlariga doir turli variantlar hisobga olinishi lozim. O't pufagi jigarning pastki yuzasida unchalik katta bo'lmagan chuqurchada joylashgan. O't pufagining sig'imi taxminan 50-70 ml ni tashkil qiladi. O't pufagining shakli va o'lchamlari uning yallig'lanishi va chandiqli jarayonlarida o'zgarishlarga uchrashi mumkin. O't pufagining tubi, tanasi, bo'yni farq qilinib, bo'yni pufak yo'liga o'tadi. Aksariyat o't pufagi bo'ynida qo'ltiqsimon bo'rtma – Gartman cho'ntagi hosil bo'ladi (5.1-rasm).

Pufak yo'li ko'pincha xoledox o'ng yarim doirasiga o'tkir burchak ostida tushadi. O't pufagi devori uchta parda: shiliq, mushak va fibroz pardalaridan iborat. Pufak shilliq pardasi ko'p sonli burmalar hosil qiladi. Pufak bo'yni sohasida va uning yo'lining boshlang'ich qismida Geyster

klapanlari mavjud, pufak yo‘lining bir-muncha distal bo‘limlarida silliq mushak tolalari tolalari bilan birga Luyitkins sfinkterini hosil qiladi.



5.1-rasm. O‘t yo‘llarining sxematik tasviri.

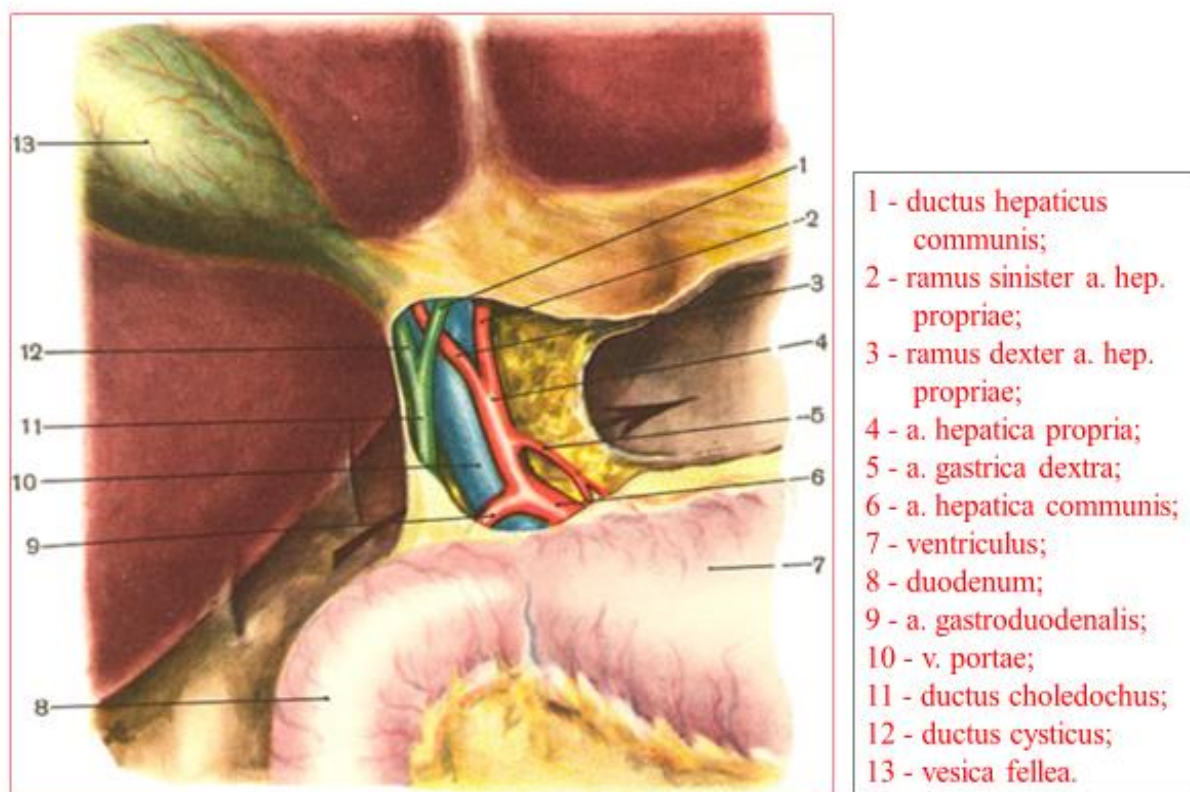
Shilliq parda mushak tolalari orasida joylashgan ko‘p sonli burmalar – Rokitanskiy-Ashoff sinuslarini hosil qiladi.

O‘t pufagi o‘t pufagi bo‘yni tomonidan xususiy jigar arteriyasining bitta yoki ikkita shohi, yoki uning o‘ng tarmog‘idan keladigan pufak arteriyasi orqali qon bilan ta‘minlanadi. Limfatik tugunlarga limfa oqib ketishi, jigar darvozasidan va jigarning o‘zidagi limfatik sistemadan sodir bo‘ladi. O‘t pufagi innervatsiyasi qorin chigali tarmoqlari, chap adashgan nerv va o‘ng diafragmal nervdan tashkil topgan jigar tarmog‘idan amalga oshiriladi. Jigarda hosil bo‘ladigan va jigardan tashqaridagi o‘t yo‘llariga tushadigan o‘t suyuqligi (safro) suv (97%), o‘t tuzlari (1-2%), pigmentlar, xolesterin va o‘t kislotalaridan (taxminan 1%) iborat. Jigarning o‘t ajratish o‘rtacha debiti minutiga 40 ml. O‘t pufagida suv va elektrolitlar so‘rilishi hisobiga o‘t suyuqligi

kontsentratsiyasi ro‘y beradi. Bunda o‘tning asosiy komponentlari kontsentratsiyasi ularning jigardan ajralayotgan o‘t suyuqligidagi dastlabki miqdoridan 5-10 marta oshgan bo‘ladi. Ovqat, nordon me‘da shirasi, yog‘lar va qondagi intestinal gormonlar – xolelitsistokin, sekretin o‘t pufagining qisqarishini va ayni vaqtda Oddi sfinkterining bo‘shashishini vujudga keltiradi.

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

Jigar va o‘t yo‘llari topografiyasi



5.2-rasm. Jigar va o‘t yo‘llarining anatomik ko‘rinishi

Epidemiologiyasi

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

Rivojlangan mamlakatlarning 10-20 % katta yoshdagi aholisida o‘t toshlari borligi aniqlanadi. G‘arbiy mamlakatlar aholisida asosan

xolesterinli toshlar (tarkibida 50% dan ziyot monogidrat xolesterol), Osiyo va Afrika mamlakatlarida o't yo'llarining infeksiyasi va yallig'lanishi fonida pigmentli toshlar dominantlik qiladi. AQSHda har yili taxminan 1 mln odamda o't toshlari aniqlanadi, ulardan yarmi operativ davo o'tkazadilar. 80% holatlarda toshlar o'n yillab klinik belgisiz kechadi.

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

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

Etiologiya va patogenezi

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

O't toshlari tiqilishi natijasida pufak silliq mushaklarining spazmi kelib chiqadi va klinikasi o'ng qovurg'a yoyi ostida intensiv dardsimon

og'riqlar bilan kechadi. o't pufagi mushaklarining spazmi mikrotsirkulyatsiyadagi qon tomirlarning torayishi va keyinchalik vazodilyatatsiya hamda kapillyarlar va venulalarning o'tkazuvchanligi oshishi bilan kechadi. Bu esa o't pufagi devorining shishiga, pufak bo'shlig'iga transsudatning yig'ilishiga olib keladi. Oxirgi omil o't pufagi bosimining oshishiga va o'z navbatida pufak devorida mikrotsirkulyator qon aylanishi buzilishini kuchaytiradi va shilliq qavat ishemiyasiga olib keladi. SHilliq qavat rezorbtion funktsiyasining buzilishi kelib chiqadi. Qon aylanishining sekinlashishi va eritrotsitlarning sladjlanishi fonida postkapillyar qon tomirlarda tromboz kelib chiqadi. Bu fonda bioximik jarayonlarning patologik zanjiri avj olib boshlaydi: shilliq qavat fosfolipazalarining faollashishi – letsitinlarning lizoletsitinlarga gidrolizi – glikoprotein qavatning jarohatlanishi. O't pufagi shilliq qavatining epiteliysi himoya qavatdan xoli bo'lib, o't toshlari agressiv ta'siridan himoyalanmaydi.

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

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

YAllig'lanish va destruktiv o'zgarishlarning rivojlanishi bilan atrofdagi a'zolar bu patologik jarayonga qo'shiladi, bu a'zolar vistseral qorin pardasida fibrinlarning cho'kishi natijasida yallig'lanish o'smasi deb nomlanuvchi – pufak oldi infil'trati paydo bo'ladi. Infil'trat tarkibiga kiruvchi jigar, o'n ikki barmoq ichak piyozcha qismi va me'daning antral bo'limi, ko'ndalang chambar ichak to'tqichi va katta charvi infeksiyon uchoqni qorin bo'shlig'idan etarlicha chegaralab turadi. Aynan shu sababga ko'ra o't pufagi devori destruktsiyasida va perforatsiyasida tarqalgan peritonit rivojlanmasdan pufak oldi abstsessi shakllanadi.

O'tkir xoletsistitda tarqalgan peritonit 4%ga yaqin holatlarda uchraydi. Bu asorat infil'trat shakllanishigacha devor destruktsiyasining keskin rivojlanishi yoki pufak oldi abstsessining erkin qorin bo'shlig'iga ochilishi natijasida kelib chiqadi.

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

Patologik anatomiyasi

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

Xirurglar va patologoanatomlar "o'tkir xoletsistit" va "surunkali xoletsistit" terminlarini har xil qo'llashadi. Patolog o'tkir xoletsistit tushunchasini pufakda surunkali yallig'lanishga xos belgilar bo'lmasdan ekssudativ-nekrotik yallig'lanish reaksiyalarini kuzatganda ishlatadi, xirurg esa tabiiyki diagnozni birinchi marta kuzatilgan o'tkir jarayon va bir necha marta takrorlangan xurujlarda kuzatiladigan klinik belgilarga

qarab shakllantiradi. Klinik patologiya bo'yicha asosiy qo'llanmada keltirilgan klassifikatsiyasida «o'tkir» va «surunkaliga o'tgan o'tkir (superimposed)» xoletsistitlar farqlanadi. Aynan oxirgi, aksariyat hollarda "o'tkir xoletsistit" klinik diagnozi bilan kelib tushgan bemorlarning operatsion materiali morfologik predmet bo'lib hisoblanadi. Amaliyotni o'tayotgan patologoanatomlar tamonidan bu holat "o'tkirlashgan surunkali" deb ko'rsatiladi.

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

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

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

Difteritik (fibrinoz) xoletsistit qupol dispers fibrinoz ekssudat uchun qon tomir o'tkazuvchanligining oshishi natijasida shilliq qavat chuqur nekrozi va shu sohalarda tukilishi bilan xarakterlanadi (rasm 3-6). SHilliq qavatning difteritik zararlanishi pufak devori ichki qavatlarining yiringli va nekrotik jarohatlanishi bilan birga kechadi.

Flegmonoz xoletsistitning morfologik xususiyatlari nomlanishining o'zida aks etgan. Jarayon pufak devoridagi tarqalgan yiringli yallig'lanish (flegmona) bilan xarakterlanadi. Mikroskopik tekshirganda pufak devori neytrofil polimorf-yadroli leykotsitlar bilan tuyingan rivojlangan diffuz infil'tratsiya, qon aylanishining buzilishi aniqlanadi: to'laqonlik, shish, stazlar, tromblar (rasm 3-7). To'qimalarning yiringli erigan uchoqlari (abstsesslar) uchrashi mumkin. **O't pufagi seroz qavatining fibrinoz yallig'lanishi xarakterli**

hisoblanadi, bunda vistseral qorin pardada ipsimon yoki qoplangan fibrin paydo bo‘lib, yallig‘lanish jarayoniga atrofdagi a‘zolarining qo‘shilishi natijasida yallig‘lanish infil’tрати hosil bo‘ladi.

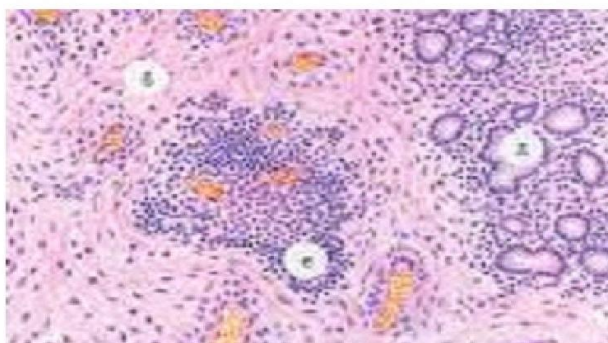
O‘t pufagi empiemasi flegmonoz xoletsistitning bir turi hisoblanadi. Bunda o‘t pufagi bo‘shlig‘ida yiring to‘planishi bilan xarakterlanadi. empiemaning flegmonoz yallig‘lanishdan asosiy farqi shundaki, empiemada a‘zo yuzasida yaqqol rivojlangan morfologik yallig‘lanish va perixoletsistit belgilari bo‘lmaydi.

Gangrenoz xoletsistit yoki **o‘t pufagi gangrenasi** chuqur qon aylanishining buzilishi bilan bog‘liq, pufak devorida yaqqol nekrotik o‘zgarishlar bilan xarakterlanadi.

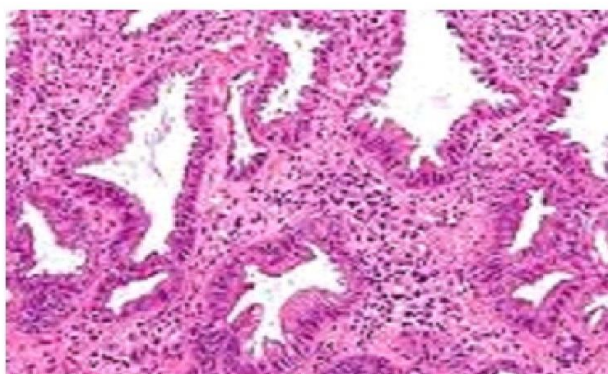
SHuni ta’kidlash kerakki, o‘tkir xoletsistitning aytilgan turlari kasallikning ketma-ket keladigan bosqichlari bo‘lishi mumkin. Kasallik kechishi davomida u yoki bu to‘qima yallig‘lanish reaksiyasi ustunlik qilib, kasallik esa har xil klinik-anatomik shakllarga ega bo‘lishi mumkin.

Ko‘pchilik hollarda O‘Tdevorining nekrotik o‘zgarishlari va gemotsirkulyatsiyaning keskin buzilishlari (staz, tromboz) flegmonoz yallig‘lanish jarayoni fonida ro‘y beradi. Boshqa tamondan qaralganda, pufak devorining massiv nekrozi yiringli yallig‘lanish belgilari bilan kechmaydigan holatlar kuzatiladi, ya’ni pufak arteriyasining basseynida anastomozlar bo‘lmasdan bevosita ishemik jarayonlar natijasida kelib chiqishi mumkin – bunga **“birlamchi gangrenoz xoletsistit”** deyiladi (rasm 5.3-5.4).

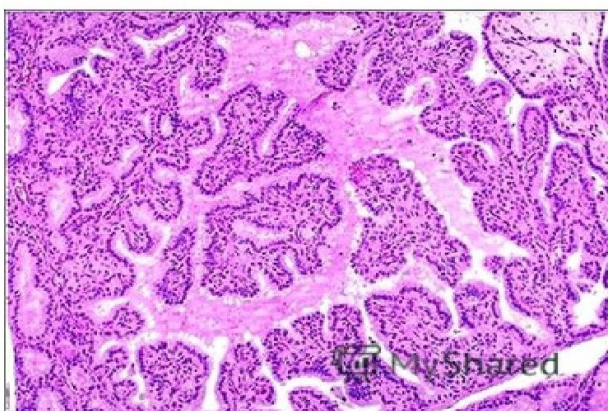
Gangrenoz xoletsistit uchun o‘t pufagi butun devorida juda ko‘p o‘choqli nekrozlanishlar xarakterli. Flegmonoz va gangrenoz xoletsistitning kam uchraydigan turi emfizematoz xoletsistit bo‘lishi mumkin, bunda infeksiyon jarayonda gaz hosil qiluvchi mikroflora ustunlik qiladi. Bunda o‘t pufagi devorida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



3-a. rasm Mikrofotogramma. O't pufagi shilliq qavatining difteritik yallig'lanishi. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. 100 marta kattalashtirilgan.



3-b. rasm Mikrofotogramma. Surunkali fonda flegmonoz xolelitis (yaqqol o'tkirlashgan surunkali xolelitis). Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. 100 marta kattalashtirilgan.



3-v. rasm Mikrofotogramma. O't pufagi gangrenasi (birlamchi gangrenoz xolelitis). Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. 50 marta kattalashtirilgan.

Klassifikatsiyasi

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

A'zo devorining yallig'lanish xarakteriga bog'liq ravishda o't pufagi yallig'lanish kasalliklarining klinik klassifikatsiyasi asosida ikki guruhga, ya'ni o'tkir va surunkali xoletsistitga bo'lish yotibdi. O'tkir xoletsistit ko'pchilik holatlarda xolelitiaz fonida vujudga keladi. Pufak devorida qon aylanishining buzilishi yoki pankreonekrozda fermentativ jarohatlanish natijasida paydo bo'ladigan toshsiz o'tkir xoletsistit kasallikning nisbatan kam uchraydigan shakli hisoblanadi.

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

O'tkir xoletsistit:

- kataral,
- flegmonoz,
- gangrenoz.

O'tkir xoletsistit asoratlari:

pufak oldi infil'trati,
pufak oldi abstsessi,
O'tperforatsiyasi,
peritonit.

Kataral o'tkir xoletsistitda o't pufagi taranglashadi, bir oz giperemiyalashadi, devori infil'tratsiyalanmagan, qorin pardada fibrin bo'lmaydi.

Flegmonoz xoletsistit uchun o't pufagining keskin taranglashishi, giperemiya va devorining infil'tratsiyasi, qorin pardada fibrinoz cho'kmalar xarakterli, shu bilan birga pufak oldi infil'trati bo'lishi mumkin. Flegmonoz-yarali xoletsistitda o't pufagidevori perforatsiyasining xavfi yuqori. O'tkir flegmonoz xoletsistitning klinik turlaridan biri o't pufagi empiyasi hisoblanadi, bunda O'tkeskin taranglashadi, pufak devori giperemiyalashib, infil'tratsiyalanadi, lekin pufak devorida fibrinoz cho'kmalar va pufak oldi infil'trati bo'lmaydi.

Klinik ko'rinishi

O'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda kasallik tarixi ko'pincha tipik kechadi va to'liq yig'ilgan anamnez natijasida yuqori darajadagi

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

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

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

Qorin old devoriga vizual qaralganda nafas harakatlarida simmetrik ishtirok etadi. Qorin pal'patsiyasi yuzaki bo'lib, chap yonbosh sohadan boshlanib, o'ng qovurg'a yoyi ostida yakunlanishi kerak. Qorin bunday ko'rilganda, bemorlar qorindagi bunday kuchli og'riqqa shikoyat qilishiga qaramasdan, pal'patsiya bu og'riqlarni kuchaytirmadi. Qorin old devori mushaklarining taranglashishi odatda kuzatilmaydi va o't pufagi pal'patsiyada aniqlanmaydi. Bunda kaft qirrasi bilan qovurg'a yoyi sohasiga o'ng va chap tamondan engil urib ko'rilganda o'ng tamonda sezilarli og'riq kuchayishiga olib keladi (Ortner simptomi). Tana haroratining ko'parilishi xarakterli emas. Qon umumiy tahlilida va

qon bioximiyasida odatda patologik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Siydik umumiy tahlili ham me'yorda qoladi (buyraklar yoki siydik pufagi qo'shimcha kasalliklari bo'lmaganda).

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

Infektsiya va yallig'lanish rivojlanib borgan sari bemor ahvoli og'irlashadi. endogen intoksikatsiyaning klinik belgilari – tana harorati 38°S va undan yuqori ko'parilishi, varaja qilish bo'lishi mumkin, xolsizlik, ishtahaning yo'qolishi paydo bo'ladi. YUrak qisqarishlari soni minutiga 100-120 gacha oshishi mumkin. Og'iz qurishi kuchayadi. Til quruqlashib, quyuq kulrang yoki malla karash bilan qoplanadi. Qoringa vizual qaralganda qorin devorining nafas harakatlarida o'ng tamon orqada qolishi hisobiga assimetriya paydo bo'lishi mumkin, Qorin pal'patsiya qilinganda o'ng qovurg'a yoyi sohasida, ayrimda esa qorin to'liq o'ng yarmida mushaklarning keskin taranglashganligi va shu sohada og'riqning kuchayganligini aniqlash mumkin. Shu erda SHyotkin simptomi musbat bo'ladi. Kasallikning bu bosqichida O'Tjuda kattalashadi, ammo uning paypaslanishi qorin old devori mushaklarining keskin taranglashishi hisobiga nihoyatda qiyinlashadi. Bemor chap "yarim yonbosh" holatiga o'zgartirilganda pal'patsiyaning afzalligi oshadi. Agar pufak paypaslanishi imkoni bo'lsa, unda u keskin og'riqli, elastik, o'smasimon hosila sifatida aniqlanadi. Qon tahlil qilinganda yuqori leykotsitoz saqlanib, ko'pincha tayoqcha yadroli siljish paydo

bo'ladi; qonning bioximik ko'rsatkichlari o'zgarmaydi. YOritilgan klinik va laborator ma'lumotlar o'tkir flegmonoz yoki gangrenoz xoletsistit uchun xarakterli.

O'tkir xoletsistit ayrimda diagnostikani murakkablashtirib, diagnostik xatolarga olib keluvchi tipik klinik belgilarsiz kechadi. Diagnostik murakkablikning sabablaridan biri - bu o't pufagi va jigarning yuqori joylashishi. Bunday anatomik sharoitda pufak yuqori, qovurg'alarning ostida joylashadi va pal'patsiya qilinmaydi. Bunda o'ng qovurg'a yoyi osti sohasidagi og'riqlar biron bir pal'pator mahalliy simptomatika bilan kechmasligi mumkin. Ortner simptomi musbat bo'lib qoladi. Pufak oldi infil'trati shakllanganda paypaslanmasligi mumkin.

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

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

Keksa yoshdagi shaxslarda o'tkir xoletsistit tipik klinik belgilar bilan kechib, engil tashhislanishi mumkin. Lekin ko'pincha kasallik har doimki klinik belgilar bilan kechmaydi. Xususan, aynan bu bemorlarda o'tkir xoletsistit pufak bo'yinchasining tosh bilan obturatsiyasidan emas, balki pufak arteriyasining trombozi natijasida kelib chiqqan bo'lishi mumkin. Bunda kasallikning klinik ko'rinishi keskin rivojlanadi. Kasallik tusatdan boshlanadi. Parhez buzilishlari bilan bog'liq emas. Kasallik boshlanishining birinchi soatlarida o'tkir xuruj klinik belgilari bo'lmaydi. Og'riq doimiy, intensiv xarakterda o'ng qovurg'a yoyi osti

sohasida bo'ladi. Kasallikning birinchi soatlaridan endogen intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi: tana harorati oshadi, xolsizlik paydo bo'ladi, leykotsitoz keskin oshadi, birinchi sutkaning oxirlarida qon formulasi keskin chapga siljiydi. Kasallikning birinchi soatlaridan qorin pal'patsiyada o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli og'riq, mushaklarning taranglashishi aniqlanadi. Qayd etib o'tilgan simptomlar tezda qorin o'ng yarmini va keyin esa butun qorinni egallaydi. SHyotkin simptomi musbat bo'ladi. Kasallikning bu shaklida yallig'lanish infil'tratining hosil bo'lishi xarakterli emas, ya'ni u shakllanishga ulgirmaydi.

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

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

Diagnostikaning o'ziga xos xususiyatlari

Hozirgi vaqtda **UTT** xoletsistit diagnostikasida asosiy apparat usuli bo'lib hisoblanadi. Xoletsistit aniqlangan yoki biron bir kasallik xoletsistit bilan differentsial diagnostika qilinadigan hamma bemorlar albatda UTTdan o'tishi kerak. Tekshirish jarayonida nafaqat o't pufagi va undagi suyuqlikning holati, balki jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari (ularning diametri, toshlarning bo'lishi), me'da osti bezining holati, yaqin joylashgan a'zolarining infil'trativ-yallig'lanish o'zgarish

darajasi, qorin bo'shlig'idagi erkin yoki chegaralangan suyuqlik miqdori boholanadi.

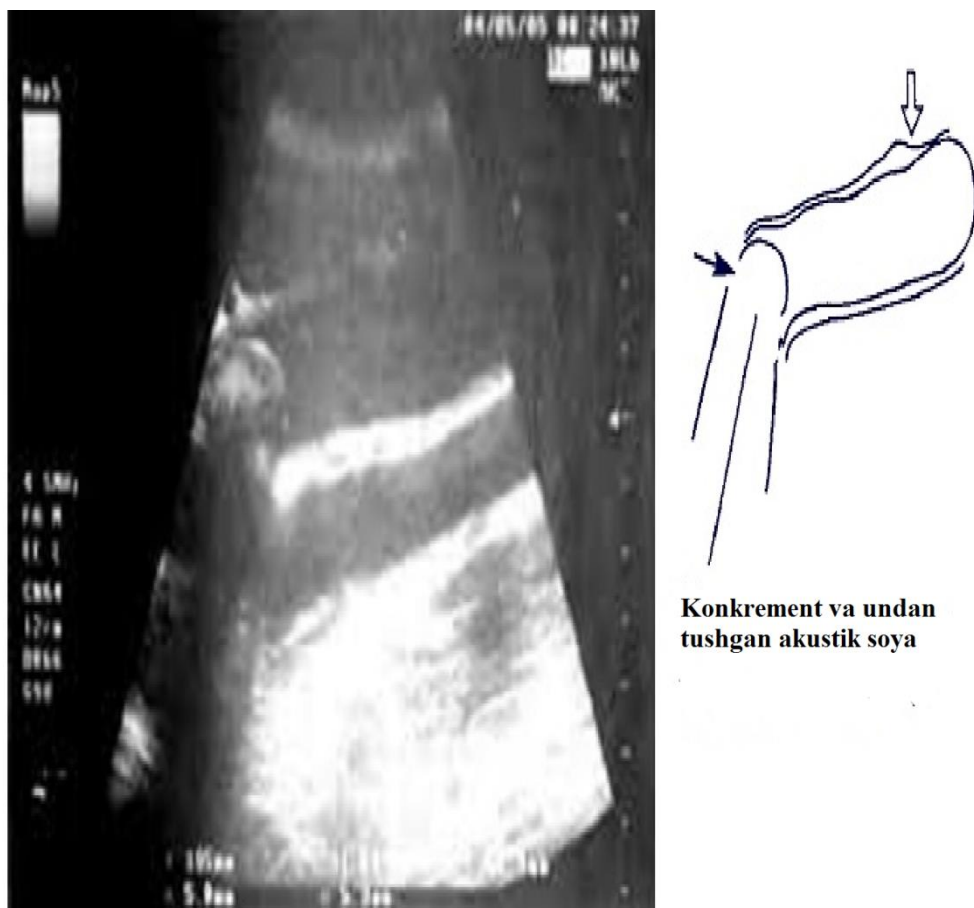
O'tkir kataral xoletsistit klinik ko'rinishiga mos **o'tkir xoletsistit** kasalligining boshlang'ich bosqichida o't pufagi kattaligining kattalashishi, devorlarining qalinlashishi aniqlanadi. O't pufagi bo'shlig'ida bir jinsli bo'lmagan modda va toshlar aniqlanadi, shuningdek ko'pchilik bemorlarda pufak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

O't pufagi devorida yallig'lanish jarayonlarining rivojlanib borgani sari UTTda qavatlanish paydo bo'ladi va devorning "ikkilangan konturi" fenomini aniqlanadi, bu destruktiv o'zgarishlardan darak beradi (rasm 3-9ga qarang). Bu "ul'tratovushli" simptom flegmonoz yoki gangrenoz xoletsistitda paydo bo'lishi mumkin. Pufak devorida nekroz uchoqlari bo'lganda uning konturlari "uzilganligi", devor oldida erkin suyuqlik – pufak oldi abstsessi aniqlanadi.

O'tkir xoletsistitda UTT bilan nafaqat o't pufagi devori va undagi moddalarning xarakteri, balki atrof to'qimalarning holatini aniqlashga imkoni bor. Xususan, zich pufak oldi infil'trati shakllanganda tekshirish pufak atrofida giperexogen zonalarni aniqlaydi. (rasm-5.4).

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

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



5.4-rasm. O‘t yullarini ultratovush tekshirish.

Diagnostic laparoskopiya invaziv tekshirish usuli bo‘lib, o‘tkir xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarda vujudga keladigan faqatgina murakkab holatlarda qo‘llaniladi. O‘tkir destruktiv xoletsistitning aniq klinik belgilari bo‘lib, o‘t pufagidagi yallig‘lanish o‘zgarishlari UTTda aniqlanmagan holatlarda diagnostik laparoskopiyaga mutloq ko‘rsatma bo‘ladi. Bunday holatda kasallikning klinik ko‘rinishi o‘tkir appenditsit yoki boshqa shoshilinch operatsiya talab qilinadigan kasalliklar (yara kasalligining perforatsiyasi, o‘tkir ichak tutilishi va bq.) natijasida kelib chiqqan bo‘lishi mumkin.

Asoratlari

Pufak oldi infil‘trati

Kasallik boshlanishidan 3-4sutkada pufak oldi infil‘trati shakllanishi mumkin. Pufak atrofida shakllanayotgan yallig‘lanishli o‘sma dastlab bir – biriga yopishgan zich bo‘lmagan bitishmalar hosil qiladi, operatsiya

vaqtida va qanday bajarilish usulidan qat'iy nazar bu bitishmalar engil ajratiladi. Bunday infil'trat «siyrak» deyiladi. Kasallik vaqti chuzilib, infil'trat hosil qiluvchi a'zolar to'qimalarining yallig'lanish infil'tratsiyasi kuchayganligi sayin operatsiya vaqtida bitishmalarni ajratish murakkab masala bo'lib qoladi. Bunday holatlarda «zich» infil'trat termini ishlatiladi.

Pufak oldi infil'trati shakllanganligi sayin va bunga mos ravishda infeksiyon uchoqning erkin qorin bo'shlig'idan chegaralanganligi uchun bemorlar sub`ektiv engillik his qilishadi: qorindagi og'riqlar kamayadi, ayrimda to'liq yo'qoladi, ko'ngil aynish va qusish bo'lmaydi, og'iz qurishi kamayadi. Lekin bemor harakat qilganda og'riq saqlanib qoladi. O'ng qovurg'a yoyi osti pal'patsiyasida katta xajmdagi infil'trat, og'riq, mushaklarning bir oz taranglashishi aniqlanadi. Ayrimda infil'trat o'ng qovurg'a yoyi ostini to'liq egallaydi. Bu davrda gipertermiya xarakterli, ya'ni varaja bilan bo'ladigan 38-38,5⁰S va undan yuqoriga etadigan subfebril xarakterdagi harorat bo'lishi mumkin.

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

Pufak oldi abstsessi

Pufak oldi infil'trat iva kasallik ijobiy dinamika bilan kechmaganda – gangrenoz xoletsistitda, flegmonoz-yarali shaklda, pufak devorining perforatsiyasida – pufak oldi abstsessi hosil bo'ladi. Agar bemor antibakterial terapiya qabul qilmasa, abstsessga aylanishning klinik belgilariga ko'p terlash bilan kechadigan gektik darajadagi harorat, varaja xarakterli. O'ng qovurg'a yoyi ostida paypaslanadigan yallig'lanishli infil'trat hajmi kattalashadi, ya'ni «yoyilgandek» bo'ladi. Bunda qorindagi og'riqlarning kuchayishi xarakterli emas. Qon umumiy

tahlilida yuqori leykotsitoz saqlanib qoladi, to mielotsitlargacha formulaning chapga siljishi xarakterli. Agar yiring bo'shlig'i retrovezikal yoki pufak bo'yni sohasida infil'trat chuqurida joylashsa abstsessning qorin bo'shlig'iga yorilish xavfi kamayadi. Agar abstsess pufak tubi yoki tanasi sohasida shakllansa, u infil'tratni ajratib erkin qorin bo'shlig'iga yorilishi mumkin.

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

O't pufagi ning perforatsiyasi va peritonit

Peritonit o'tkir xoletsistitning jiddiy asorati hisoblanadi. Mahalliy chegaralangan peritonitning (perivezikal infil'trat va abstsesslanuvchi infil'trat) klinik ko'rinishi yuqorida bayon qilingan edi.

Mahalliy chegaralanmagan peritonit ko'pincha o'tkir xoletsistitning destruktiv shakli bilan birga kechadi. Flegmonoz va gangrenoz xoletsistitda jigar osti, o'ng diafragma osti sohasida va o'ng lateral kanalda yallig'lanish uchog'i natijasida hosil bo'lgan ekssudat yig'iladi. Bunda bakteriemiya bo'lmaydi yoki minimal darajada -2-3 KOE/g bo'ladi. O't pufagi devorining nekrozlangan sohalari orqali mikroorganizmlar o'tadi. Ayrimda ekssudat o't safro bilan bo'yalgan bo'lishi mumkin. Mahalliy seroz peritonitning bunday shakli ijobiy kechadi. Peritonit bu shaklida o'tkir xoletsistit konservativ terapiyasi holatida jarayon orqaga qaytishi mumkin, ya'ni infil'trat shakllanishi hisobiga jigar osti sohasidagi infeksiyon-yallig'lanishli uchoqning chegaralanishi kuzatiladi. Xirurgik davolaganda operatsiya laparoskopik va ochiq an'anaviy usulda bajarilishi mumkin.

O'tperforatsiyasi va perivezikal abstsessning erkin qorin bo'shlig'iga ochilganda oqibati xavotirli holat yuzaga keladi. Bunday holatlarda o't pufagida infeksiyon jarayonni keltirib chiqargan mikroflora oqibatida qorin bo'shlig'ining massiv zararlanishi kelib chiqadi.

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

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

O'tkir toshsiz xoletsistit

O'tkir toshsiz xoletsistit o't pufagida toshlar bo'lmagan sharoitda kelib chiqadi. O'tkir kal'kulyoz xoletsistitdan farqli o'tkir toshsiz xoletsistit ko'pincha erkaklarda kuzatiladi.

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

O'tkir toshsiz xoletsistit agressiv kechadi, tezda o't pufagi gangrenasi rivojlanib, o't pufagi devori perforatsiya bo'ladi. Bu asosiy og'ir kasalliklar fonida o'tkir toshsiz xoletsistit kech diagnostikasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. SHuning o'zi bemorlar o'lim ko'rsatkichining

yuqori bo'lishini ko'rsatadi, birinchi navbatda asosiy og'ir kasalliklar natijasida.

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

O'tkir toshsiz xoletsistitning simptomatikasi o'tkir kal'kulyoz xoletsistit belgilari bilan deyarli bir xil. Lekin o't pufagi o'tkir yallig'lanishini yashiradigan asosiy keltirib chiqargan kasalliklar hisobiga ma'lum bir farq ham bo'lishi mumkin. Qorin o'ng yuqori kvadrati va epigastral sohada og'riq bo'lishi o'tkir kal'kulyoz xoletsistitning doimiy kuzatiladigan belgisi hisoblanadi, toshsiz shaklda esa 70% bemorda aniqlanadi. Narkotik analgetiklar ta'sirida, xushining

karaxtligi, shuningdek og'riq o'tkazilgan operatsiya, jarohat va boshqa sabablar bilan yashirinishi hisobiga o'tkir toshsiz xoletsistitda og'riq pasayadi yoki mutlaqo kuzatilmasligi mumkin. Bunday holat kasallikni kechikib aniqlashga sabab bo'ladi. Ko'pincha kuzatiladigan belgilariga o'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riq va isitma kiradi.

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



5.5-rasm. UTT da o't pufagi ning tasviri.

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

Davolash taktikasi

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

Erta operatsiyadan keyingi davrda avj olib, bemor hayotiga xavf soluvchi og'ir qo'shimcha kasalliklar (dekompensatsiya bosqichidagi yurak etishmovchiligi, og'ir nafas etishmovchiligi bilan o'pka kasalliklari, uremiya bosqichidagi surunkali buyrak etishmovchiligi, og'ir qandli diabet va bq.) xirurgik davolanishga qarshi ko'rsatma bo'ladi.

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

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

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

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

An'anaviy yoki ochiq usulda xoletsistektomiya

OXE yuqori o'rta laparotom yoki Koxer bo'yicha o'ng qovurg'a yoyi ostidagi kesim bilan bajarilishi mumkin. S.P. Fedorov, Rio-Brank, SHprengel, CHerni va bq. tamonidan tavsiya etilgan kesimlar hozirgi vaqtda xoletsistektomiya uchun qo'llanilmaydi. O'rta kesim bajarilganda qorin devorining to'qimalari kam jarohatlanadi, lekin o't pufagi olib tashlashda ayrim vaqtlarda qiyinchiliklar to'g'diradi. Qorin old devori qiyshiq mushaklarini kesish talab qiluvchi o'ng qovurg'a yoyi ostidagi kesimdan xoletsistektomiya o'rta kesimga qaraganda qo'lay.



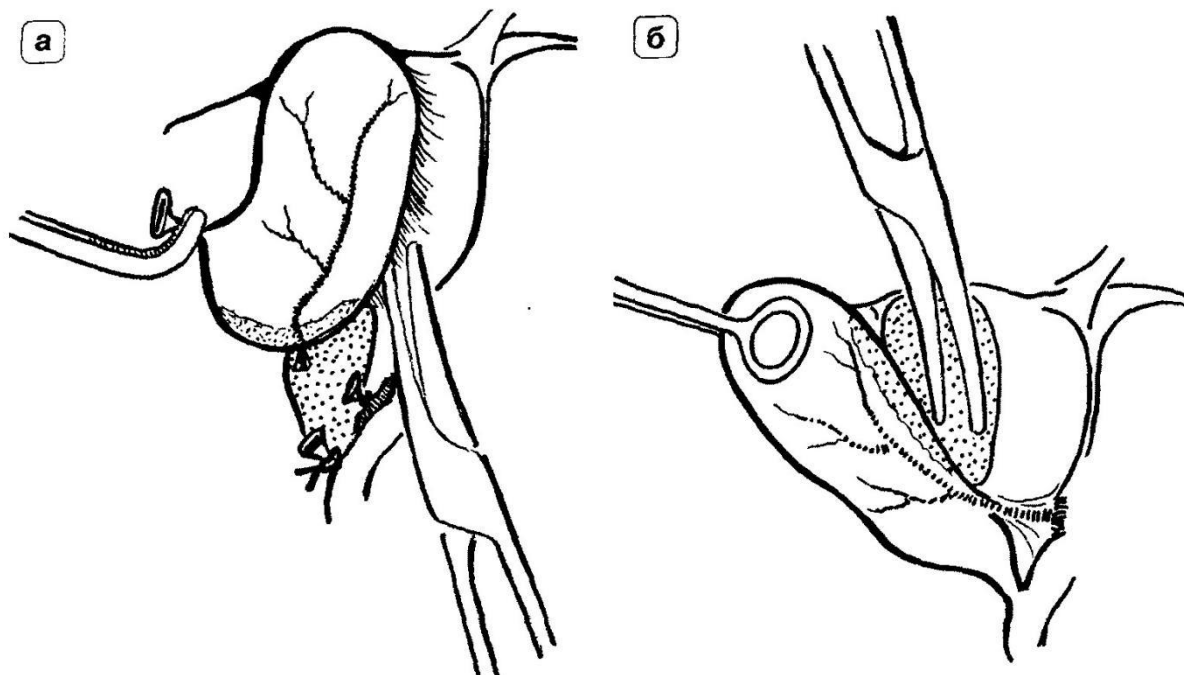
5.6-rasm. Xolesistektomiya operatsiyasi jarayoni.

Yuqori oʻrta laparotomiya xanjarsimon oʻsiqdan 3-4 sm pastga tushgandan kindik sohasigacha davom ettiriladi. Bemor tana vazni semiz boʻlib, qorin devori qalinlashishiga olib kelsa, jigar osti soha yaxshi koʻrinishi uchun kesim kindikni chapdan aylanib oʻtib, kindikdan pastgachasa davom etishi kerak.

Koxer boʻyicha tavsiya etilgan kesimda kesim oʻng qovurgʻa yoyiga parallel va 4-5 sm pastrodan bajariladi. Teri va teri osti yogʻ qavati kesilgandan soʻng oʻng tamon qorin toʻgʻri mushak qinining oldingi devori koʻndalang yoʻnalishda ochiladi. Medial tamondan qorin oq chiziq aponevrozi kesiladi. Lateral yoʻnalishda qorin tashqi qiyshiq mushak aponevrozi ochiladi va qorin devori jarohatining lateral burchagigacha ichki qiyshiq mushak kesiladi. Qorin toʻgʻri mushagi elektroskalʼpelʼ bilan kesiladi. Qon ketishini tuxtaturvchi qisqichlar mushak ikki yon tamonidan oʻtuvchi faqat 2ta arteriyaga qoʻyiladi. Toʻgʻri mushaklarni Bilʼrotning ikkita uzun qisqichlari orasidan kesib va suruluvchi iplar bilan chultoqlarni bogʻlash ham mumkin. Ammo bunda toʻgʻri mushakning qoʻpol chultoqlari hosil boʻlib, jarohat tamondan asoratlarga olib kelishi mumkin. Ichki qiyshiq mushak tolalari tumtoq yoʻllar bilan tola yoʻnalishi boʻylab ajratiladi, kerak boʻlganda tashqi qiyshiq mushak qirrasi kesiladi. Jarohat kanali marlidan boʻlgan salfetka yoki pelyonkalar bilan qoplanadi. Medial tamondan qorin toʻgʻri mushak qinining orqa devori kesiladi, lateral tamondan parietal qorin parda bilan birga koʻndalang mushak kesiladi.

Laparotomiya bajarilganidan soʻng, ingichka ichak qovuzloqlari va koʻndalang chambar ichak katta charvi bilan birga nam xirurgik pelyonka bilan pastga suriladi. Jigarning pastki yuzasi va oʻt pufagi koʻriladi. Oʻt pufagi va unga yaqin joylashgan aʼzolar orasida bitishmalar boʻlsa ular qaychi yordamida bartaraf etiladi. Oʻng tamondan diafragma osti sohasiga, oʻng lateral kanal va jigar chap boʻlagining ostiga operatsion jarohatni erkin qorin boʻshligʻidan chegaralash maqsadida katta marli salfetkalar qoʻyiladi. Katta operatsion ilmoqlar yordamida operatsion maydon ideal koʻrinishga ega boʻlgan ekspozitsiyaga erishiladi.

O't pufagi «tubidan» yoki ko'proq tavsiya etiladigan usul «bo'yinchasidan» olinishi mumkin (5.7-rasm). «Bo'yinchasidan» xolelsistektomiya qilganda o't pufagi mobilizatsiyasi pufak yo'li va pufak arteriyasining ajratishi bilan boshlanadi. Ularni kesgandan so'ng o't pufagi yotog'idan o'tkir va tumtoq yo'l bilan subseroz ajratiladi. Bunday usuldagi xolelsistektomiyada murakkab va ma'suliyatli bosqich birinchi navbatda bajariladi, ya'ni qon tomir bog'langanligi uchun to'qimalardan qon ketishi kamayadi.



5.7-rasm. Xolelsistektomiyaning sxematik ko'rinishi. a – «Bo'yinchasidan»; b – «Tubidan».

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

«Bo'yinchasidan» xolelsistektomiya qilganda Gartman cho'ntagi sohasiga uchi yumaloq qisqich qo'yiladi va o't pufagi kerakli traktsiyasiga erishish mumkin. Bunda o't pufagi qiyshiq yo'nalishda yuqori va lateral tamonga siljiriladi, jigar – o'n ikki barmoq ichak boylami va o'n ikki barmoq ichak vertikal qismi esa pastga va medial

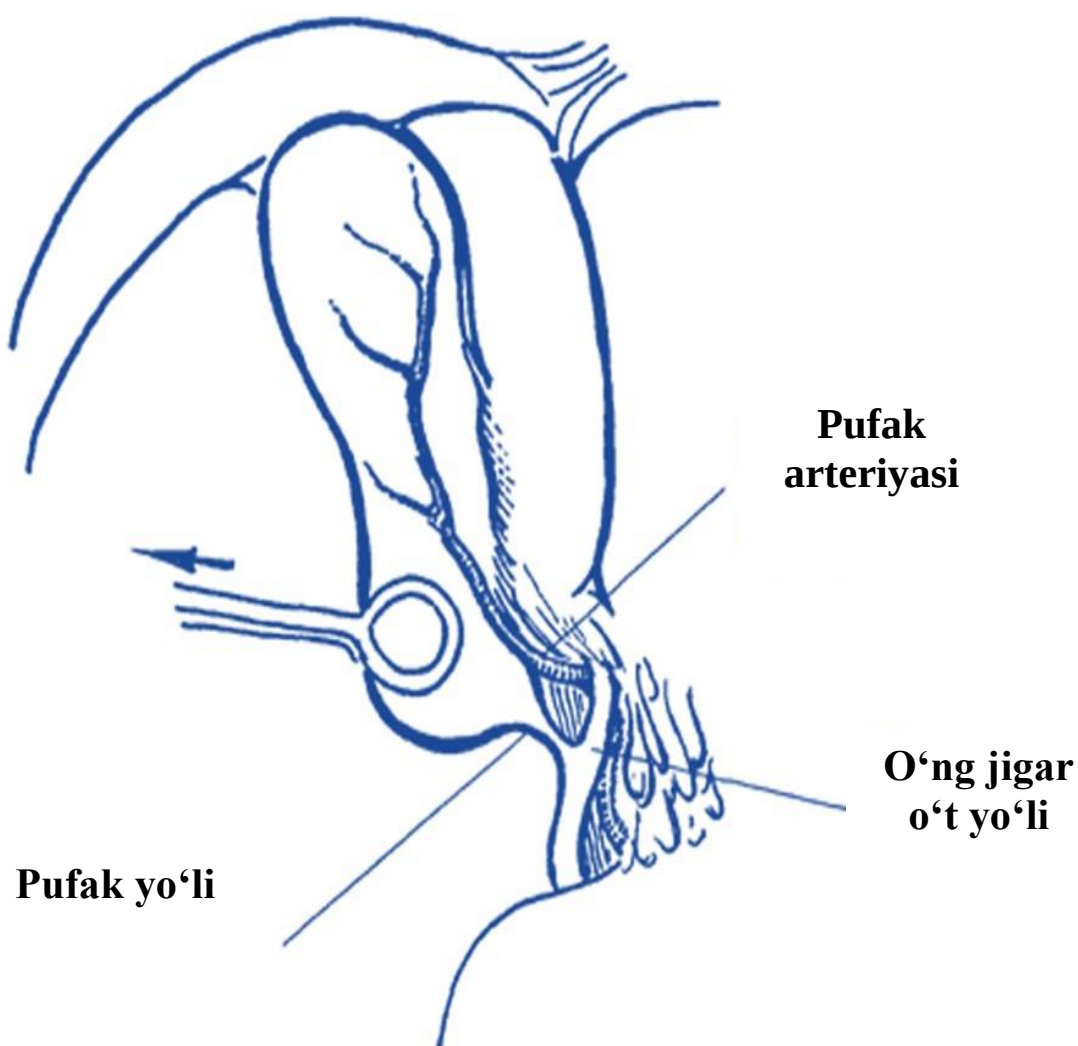
tamonga siljiriladi (Krauze ilmog'i, qo'l yordamida va bq.). Bunday uslub hisobiga o't pufagi bo'yni, pufak yo'li va UO'Y tortiladi bu esa pufak yo'lining mobilizatsiyasini engillashtiradi. SHuni unutmaslik kerakki, **Gartman cho'ntagidan ortiqcha traktsiya** UJY va UO'Y V-simon siljiga olib keladi. Bunda pufak yo'li va UJY bitta anatomik strukturadek ko'rinadi. Buning natijasida UJY pufak yo'li deb qarab kesilishi yoki devor oli jarohati kelib chiqishi mumkin.

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

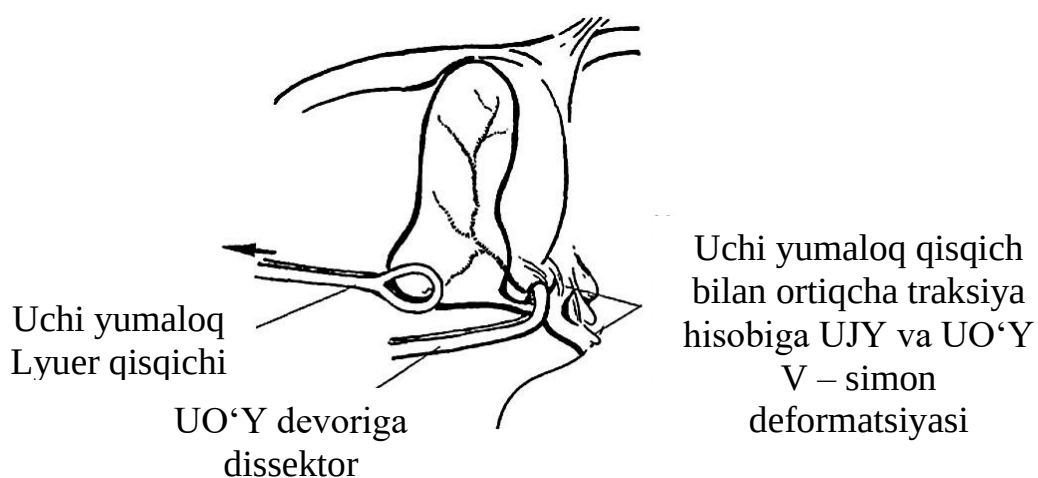
Pufak yo'li ikkita qisqich bilan qisilib ularning orasidan kesiladi. O't pufagi pufak yo'lining chultog'i bog'lanadi yoki unda qattiq qisqich qoldiriladi. Pufak yo'li distal chultog'i tikiladi va bog'lanadi.

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

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



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

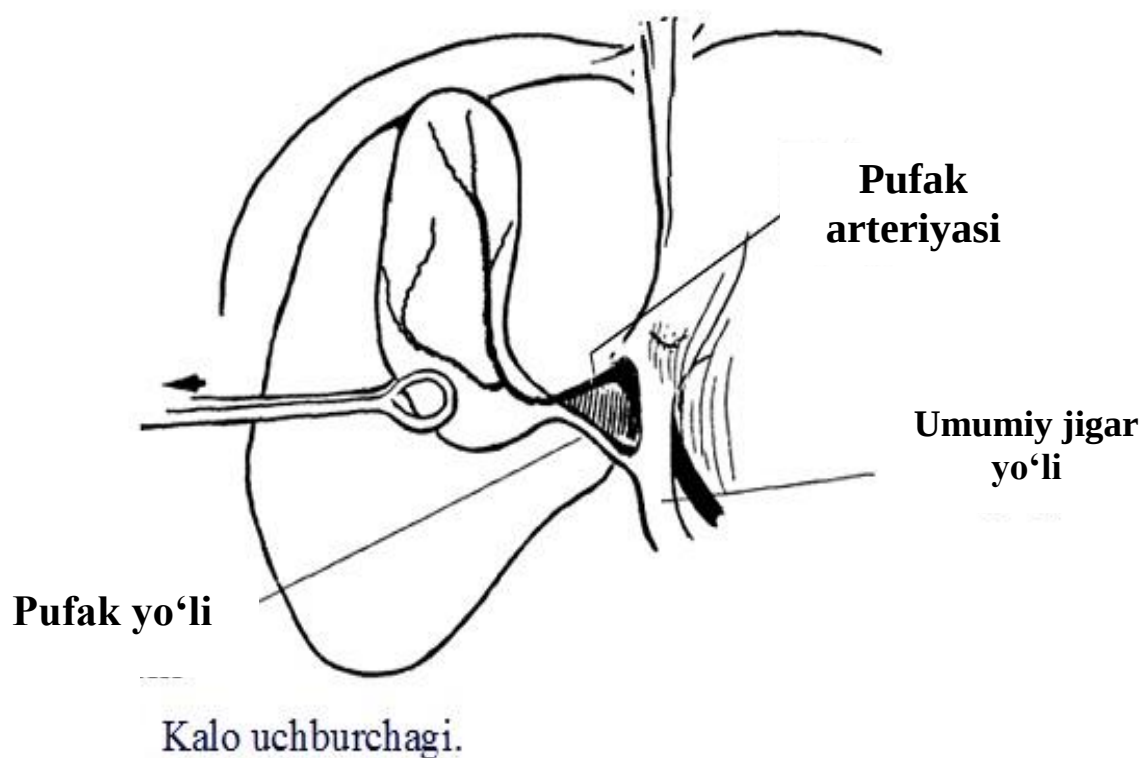


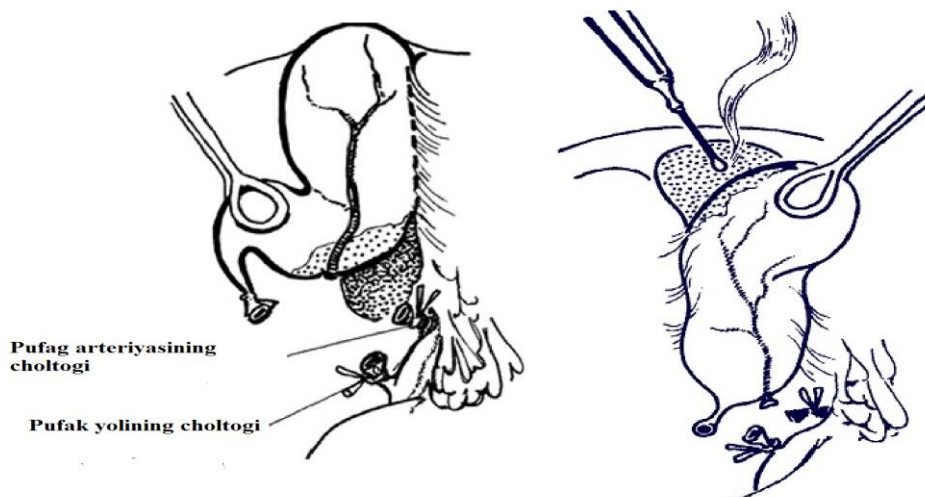
5.9-rasm. Lateral yo'nalishda o't pufagi ortiqcha traksiyasida UO'Y jarohatlanish mexanizmi: traksiya hisobiga UJY va UO'Y V-

simon deformatsiyasi magistral o't yo'lining devoriga qisqich qo'yishga sababchi bo'ladi.



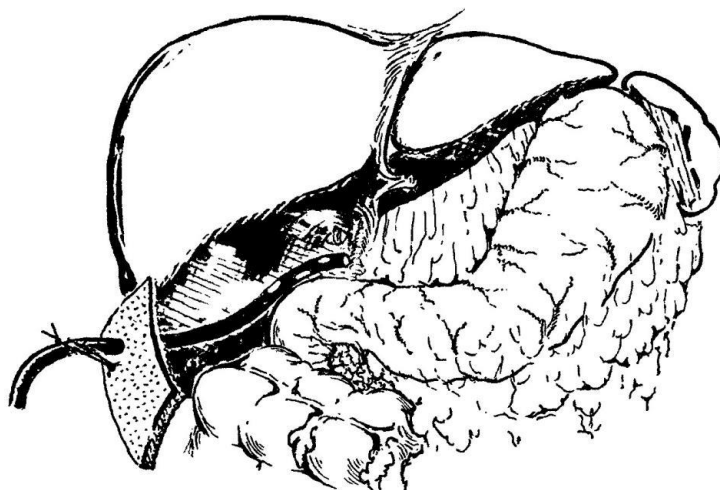
O't pufak bo'yni o'qi bo'ylab qorin pardani kesish.





5.10-Rasm. Pufak yo‘li qisqa chultog‘ini tikib bog‘lash, pufak arteriyasini kesish va bog‘lash.

5.11-Rasm O‘t pufak perimetri bo‘ylab qorin pardani kesish va uni yotog‘idan elektrokoagulyator yordamida ajratish.



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

O‘t pufagi tanasining perimetri bo‘ylab qorin parda elektroskal‘pel‘ yoki qaychi yordamida kesiladi. Orqa devor sohasida to‘qimalarning engil taranglashishini ta‘minlash maqsadida o‘t pufagi tubidan tortiladi. Qaychi yoki elektroskal‘pel‘ bilan jigardan pufak orqa devori yog‘ kletchatkasining siyrak yupqa qavati bo‘ylab ajratiladi. To‘qimalarda qo‘pol chandiqli o‘zgarishlar bo‘lmaganda va yupqa qavatda ishlaganda (ya‘ni subseroz) pufakni ajratish deyarli qonsiz kechadi. Qonayotgan ayrim mayda qon tomirlar qo‘shimcha koagulyatsiya qilinadi. Agar o‘t

pufagi yotog'ida jigardan chiquvchi qo'shimcha yirik arteriya bo'lsa, u yumaloq sanchuvchi ignada so'riluvchi ip bilan 8-simon chok quyib tikiladi.

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

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

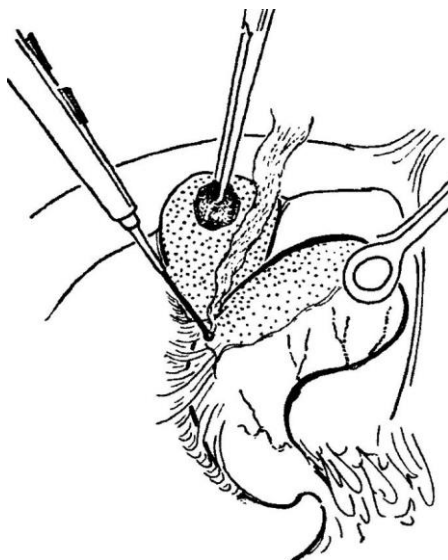
Jigar osti sohasiga drenaj nay qo'yiladi va kontrapertura orqali qorin bo'shlig'idan bir uchi chiqariladi. Laparotom jarohat qavatma-qavat tikiladi.

«Bujmaygan» o't pufagi bo'lganda xoletsistektomiya

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

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

Buning uchun o't tubi va tanasining perimetri bo'ylab qorin parda kesiladi. Pufakni pastga tortilishini ta'minlash uchun pufak tubi Mikulich qisqichi bilan fiksatsiya qilinadi. Qaychi yoki elektroskal'pel' bilan pufak orqa devori uning yotog'idan bo'ynigacha ajratiladi. UJY va UO'Y joylashishi aniqlanadi va shundan so'ng chandiqli to'qimadan ajratmasdan O'Tbo'ynchasiga yoki pufak yo'liga Fyodorov qisqichi qo'yiladi. Ko'pincha o't pufagi distal qismini urab olgan chandiqli to'qimada qisqichga tushib qoladigan pufak arteriyasi ham bo'ladi. UJY, UO'Y va o'ng jigar arteriyasi qisqichga olinmaganligiga hamda qisqichdan pastda tosh qolmaganligiga ishonch hosil qilgandan so'ng pufak kesib olinadi. Chultoq so'rilmaydigan ip bilan bog'lanadi (5.13-rasm).



5.13-Rasm. O't pufak orqa devorini «tubidan» mobilizatsiyasi

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

Mirizzi sindromi oqma shaklida xoletsistektomiya

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

bartaraf etilganda o't yo'lining bo'shlig'i torayadi yoki deformatsiyaga uchraydi. Bunday holatni oldini olish uchun qo'yidagi uslubdan foydalanish kerak.

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



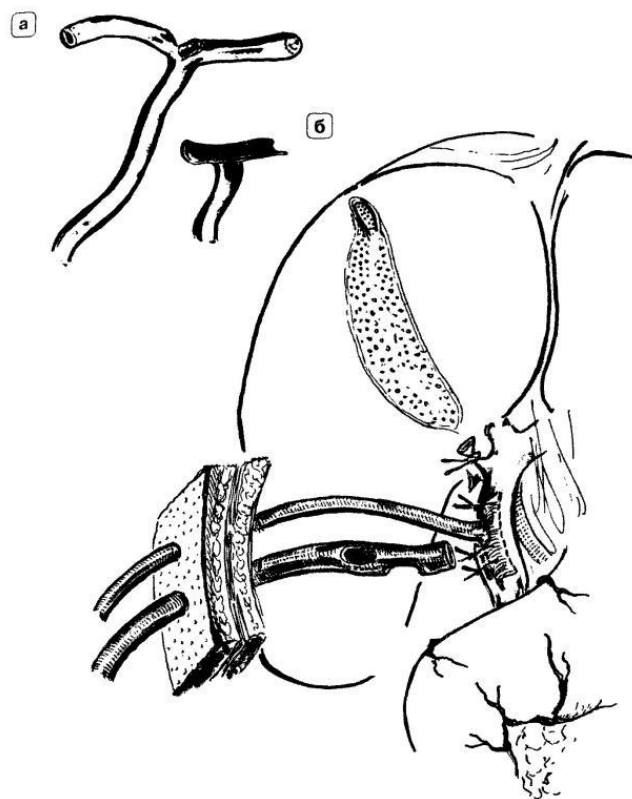
5.14-a. Rasm. Mirizzi sindromi oqma shaklining haqiqiy turi: to'liq emirilgan pufak yo'li sohasida oqma.



5.14-b. Rasm. UO'Y devoridagi defektni o't pufak devoridan hosil bo'lgan qiroq yordamida plastika qilish.

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

tashqi drenajlanadi. T-simon drenajning proksimal qismi UO‘Yda yangi paydo bo‘lgan bo‘shlig‘iga kiritiladi.



5.15-Rasm. T-simon drenaj yordamida UO‘Y tashqi drenajlash. a – T-simon drenajni qisqa ariq ko‘rinisha shakllantirish turlaridan biri; b-xoledoxotomik teshik tugunli choklar bilan drenajgacha tikilgan, jigar osti sohasi drenajlangan.

Ichki biliodigestiv oqmalarda xoletsistektomiya

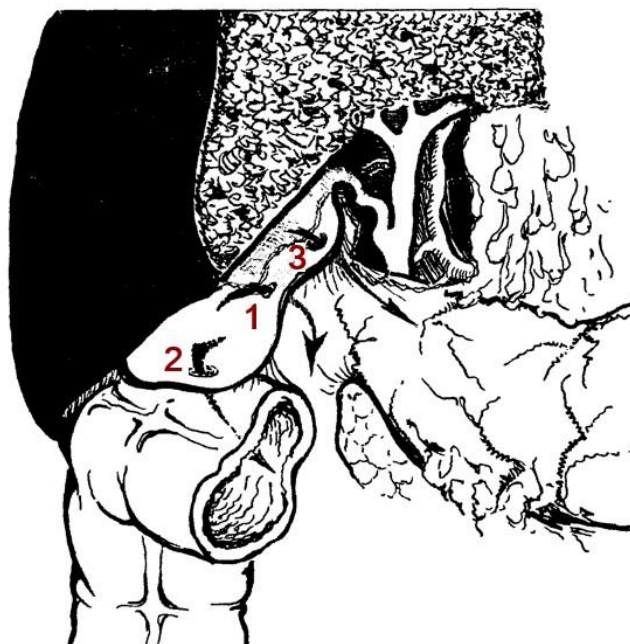
Biliodigestiv oqma bo‘lganda har doim o‘t pufagi ga yaqin a‘zolarga tarqalgan yaqqol namoyon bo‘lgan chandiq-bitishmali jarayon bo‘ladi. SHuning uchun operatsiya (qaysi usulda bajarilishidan qat‘iy nazar) qiyinchilik bilan o‘tadi. A‘zolarning topografo-anatomik holati o‘zgarishi hisobiga sharoit og‘irlashadi.

Ko‘proq qiyinchiliklar xoletsistoduodenal oqma bo‘lganda vujudga keladi. Bunda har doim o‘t puagi bo‘yni va jigar-o‘n ikki barmoq ichak boylami sohasida qupol chandiqli deformatsiya bo‘ladi, bu esa jigardan tashqari o‘t yo‘llari travmatik jarohatlanish xavfini nihoyatda oshiradi. Bundan tashqari chandiq orasidan o‘n ikki barmoq ichak piyozcha va vertikal qismini ajratish katta qiyinchilik to‘g‘diradi. Bunday holatda o‘t puagi «tubidan» ajratish mumkin. Chandiq orasidan o‘t puagi distal

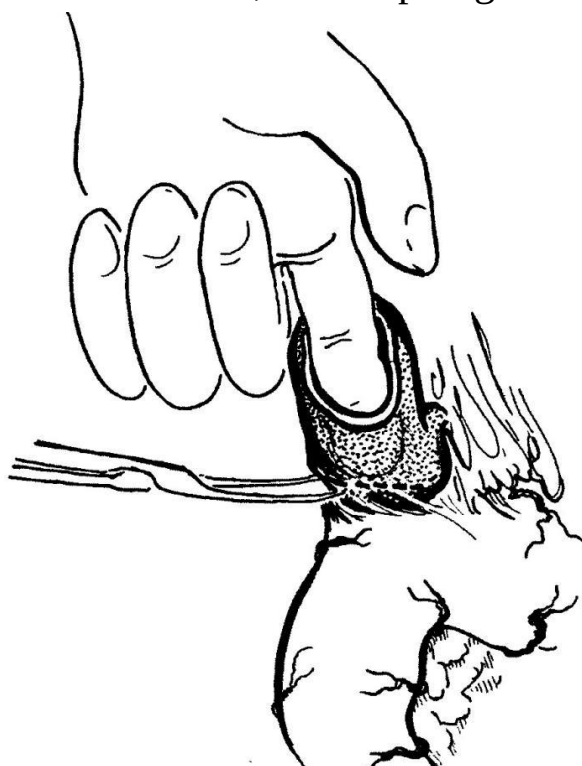
qismini ajratib, jigardan tashqari o't yo'llarining joylashishi aniqlangandan so'ng o'n ikki barmoq ichak ajratiladi. O't puagi va o'n ikki barmoq ichak katta maydonda bir-biriga fiksatsiyalanganligiga qaramasdan oqma diametri katta bo'lmaydi. Ichak va pufak o'rtasidagi bitishmalarni ajratishda a'zolar o'rtasidagi qavatda ishlab katta bo'lmagan qaychidan foydalanish kerak. Agar uni bajarish imkoni bo'lmasa, **a'zolar o't pufagi devorini kesish yoki o't pufagi bo'shlig'ini ochish bilan ajratiladi. O'n ikki barmoq ichak devori butunligining buzilish ehtimoli kam bo'lishi kerak.** O't o'n ikki barmoq ichakdan qat'iy oqma teshigining perimetri bo'ylab kesib olinadi.

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

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



5.16-Rasm. Oqma: 1 – xoletsistoduodenal; 2 – o‘t pufagi va ko‘ndalang sambar ichak o‘rtasida; 3 – o‘t pufagi va me‘da o‘rtasida.



5.17-Rasm. Xoletsistoduodenal oqma. Barmoq yordamida oqma teshigini ajratish va oqma teshigining perimetri bo‘ylab a‘zolari ajratish.

Xoletsistoduodenal va xoletsistogastral oqmalarda yirik toshlarning ichak trakti bo‘shlig‘iga migratsiyasi oqibatida o‘tkir obturatsion ichak

tutilishiga olib kelishi mumkin. O't toshlari tufayli ichak tutilishida shoshilinch operatsiya bajarilganida, oqma ajratilmaydi va xoletsistektomiya bajarilmaydi.

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

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

O'tkir xoletsistitda operatsiyalarning o'ziga xos xususiyatlari

O'tkir kataral va o'tkir flegmonoz xoletsistitning davosi konservativ terapiyadan boshlanadi, u shuningdek operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatida ham qaralishi mumkin. Konservativ terapiya choralariga a'zoga funktsional tinchlikni ta'minlash maqsadida ochlik; mahalliy sovuq qo'llash; o't pufagi silliq mushaklarini bo'shashtirish va og'riqsizlantirish maqsadida spazmolitiklarni buyurish; kristalloidlardan iborat poliion eritmalar, glyukoza bilan infuzion terapiya o'tkazish. SHuningdek, tsefalosporinlarning II – III avlodi yoki metronidazol qo'shib penitsillinlar bilan himoyalangan antibakterial terapiya o'tkazish mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, o'tkir obturatsion xoletsistitda o't pufagi bo'shlig'ida keskin bosim oshishi va uning devorida mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi tufayli antibakterial vositalarning kontsentratsiyasi o't pufagi devori va uning bo'shlig'ida etarlicha bo'lmasligi mumkin. Antibiotiklar birinchi navbatda infeksiyon jarayonni o't pufagi dan boshqa a'zolarga o'tishini oldini olish

maqsadida buyuriladi. Qorinda og‘riq intensivligining pasayishi yoki yo‘qolishi va oldin paypaslangan o‘t pufagi paypaslanmasligi yoki kattaligining kichrayishi konservativ terapiya naf berganligidan darak beradi. Dinamik UTT o‘tkazilganda o‘t pufagi kattaligi kichrayadi, oldin o‘t pufagi bo‘yinch sohasida fiksatsiyalangan tosh, bo‘shliqqa siljiydi. Agar og‘riq pasayib yoki yo‘qolsa va shu bilan birga o‘t pufagi tubi paypaslanishi davom etgan holatda konservativ terapiya naf bermaganligidan darak beradi. Davolashdan naf bo‘lgan yoki bo‘lmaganligi to‘g‘risidagi ob‘ektiv ma‘lumotni dinamik UTT o‘tkazib olish mumkin, shuningdek, laborator tekshirish tahlillariga ko‘ra xulosa chiqariladi.

Gangrenoz xoletsistitda pufak oldi abstsessida, o‘t pufagi empiemasida shoshilinch operatsiya bajarilishi kerak (qarshi ko‘rsatma bo‘lmasa).

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

Ayrim holatlarda, ya’ni og‘ir qo‘shimcha kasalliklar hamroh bo‘lganda, «zich» pufak oldi infil’tratini ajratish imkoni bo‘lmaganda xoletsistostomiya bajariladi.

Keksa yoshdagi bemorlarda o‘tkir xoletsistit xirurgik davosining taktikasi. O‘tkir xoletsistitda keksa yosh xirurgik davo uchun qarshi ko‘rsatma bo‘da olmaydi. O‘t pufagi devorida destruksiya juda tez rivojlanishi va operativ davo xavfini oshiradigan qo‘shimcha kasalliklarning bo‘lishi hisobga olinib davolash taktikasi ishlab chiqiladi. Ushbu holatning murakkabligi o‘t pufagi destruktiv yallig‘lanishlar va intoksikatsiya qo‘shimcha kasalliklarni dekompensatsiya bosqichiga o‘tishini tezlashtirishi bilan baholanadi. Bundan kelib chiqqan holda, sutka davomida konservativ terapiyadan naf bo‘lmaganda, qoyidaga ko‘ra bemorlarga operativ davo o‘tkazish kerak.

Ammo, og‘ir qo‘shimcha kasalliklari bo‘lgan bemorlarda, ya’ni radikal xirurgik davo o‘tkazib bo‘lmaganda, tanlov usuli bo‘lib, ul’ttratovush nazoratida o‘t pufagi bir yoki bir necha marta punktsiya qilinadi yoki teri orqali, jigar orqali mikroxoletsistostoma qo‘yiladi.

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

O'tkir toshsiz xoletsistitda o't pufagi devorida tez destruktsiya bo'lishi mumkinligi shoshilinch xoletsistektomiyani talab qiladi. Operatsiya an'anaviy (ochiq) va laparoskopik usul bilan bajarilishi mumkin. Faqatgina nisbatan kam holatlarda teri orqali punktsion xoletsistostomiya adekvat va etarli davolash chorasi bo'lishi mumkin.

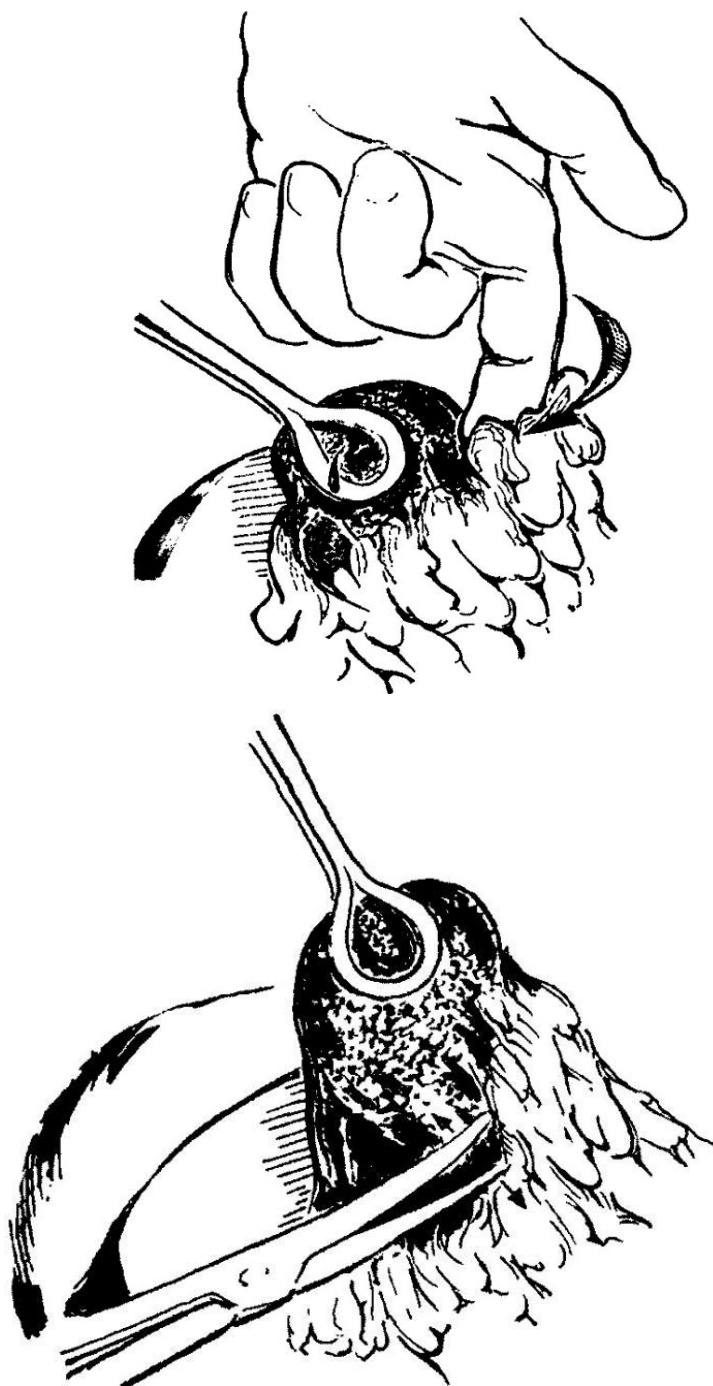
O'tkir xoletsistitda an'anaviy xoletsistektomiya

O'tkir xoletsistitda xoletsistektomiyaga o'tishdan oldin, o't pufagi ni operatsiya vaqtiga shakllanib ulgurgan yallig'lanish infil'tratidan ajratib olish kerak.

O't pufagi ni yallig'lanish infil'tratidan ajratib olish

O'tkir xoletsistitda yallig'lanish o'zgarishlari nafaqat o't pufagi da, balki atrof to'qimalarda ham bo'ladi, shu bilan xoletsistektomiya o'ziga xos qiyinchiliklarni to'g'diradi. O'Ttubi sohasida pufak devorini bitishmalardan tozalash bilan O'Tinfil'tratdan ajratilishi boshlanadi. O'Tkeskin kattalashishi va infil'trlangan devorning taranglashishi, a'zo siljimasligi va fiksatsiyalanishini hisobiga O'Tbo'yinchasiga qisqichlarni qo'yishga imkon bermaydi. Ajratishni engillashtirish maqsadida O'Tdevorlari bo'shashishi uchun pufak bo'shatiladi. Buning uchun O'Ttubidan yo'g'on igna bilan punktsiya qilinib, O'Tbo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinadi va mikroflorag tekshiriladi. Pufak bo'shatilgandan so'ng punktsiya joyiga uchi yumaloq qisqich qo'yiladi, bu qoldiq suyuqlikni punktsiya joyidan chiqishiga yul qo'ymaydi. Bundan tashqari, pufak oson ajratilishi uchun qisqich pufak traktsiyasi uchun ishlatiladi. «Siyrak» infil'tratda O'Tatrof to'qimalardan tsirkulyar harakatlar bilan ko'rsatkich barmoq yoki tupfer bilan ajratish mumkin. Zich infil'tratdan O'Tajratib olish juda murakkab vazifaga aylanadi. To'qimalar tupfer, barmoq yordamida «tumtoq» yo'llar bilan ajratiladi yoki qaychi yordamida «o'tkir» yo'l bilan pufak yotoqdan ajratib olinadi. Qaychi to'qimalarni kesish maqsadida emas, balki qaychi uchlarini kengaytirish yo'li bilan to'qimalar ajratiladi. Infil'trat hosil qiluvchi a'zolarni bir – biridan ajratish muvaffaqiyati uni

«qavatda» ishlashi natijasida yuzaga keladi. A'zolari ajratishda mexanik ta'sir yaqin turgan strukturalarga emas, balki pufak devoriga qaratilishi kerak. Asosiy qiyinchilik infil'trat ichidan O'Tbo'yinchasini, Gartman cho'ntagini ajratib olishda to'g'iladi, chunki bunda UO'Y va O'BI jarohatlanish xavfi juda yuqori (5.18-rasm).



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

Gartman cho‘ntagini infil’trat ichidan ajratib olgandan so‘ng u uchi yumaloq qisqichga olinishi kerak, buning yordamida pufak yuqori va lateral tamonga traktsiyasi amalga oshiriladi. Keyin esa Kalo uchburchagi oldingi yuzasining proektsiyasi bo‘ylab, pufak medial konturi bo‘yicha qorin parda kesiladi, keyin oldingi kesimning orqa yuza proektsiyasi bo‘ylab qorin parda kesiladi. Buning natijasida pufak bo‘yinchasidan pastda va pufak yo‘li oldida yupqa yog‘ to‘qimasidan iborat to‘siq qoladi. Bu to‘siq qalinligi juda minimal bo‘lishi mumkin, ya’ni qorin parda oldingi va orqa varaqlari kesilganidan so‘ng pufak bo‘yinchasi va yo‘li orqasida «tuynuk» hosil bo‘ladi, uning yon devorlarini pufak yo‘li va pufak arteriyasi hosil qilsa, asosini esa UJY hosil qiladi, ya’ni Kalo uchburchagining tamonlari. Lekin ko‘pincha yallig‘lanish infil’trati hisobiga yog‘ to‘qimasi 5dan 10 mm gacha qalinlikdagi zich to‘qimaga aylanadi. Bunday holatlarda yog‘ to‘qimasi ehtiyotlik bilan dissektor uchi bilan yoki kichik tupfer yordamida yuqorida aytilgan «tuynuk» hosil qilib ajratiladi.

Bunday «tuynuk» hosil qilinishi natijasida UJY joylashishini ko‘rib, uning jarohatlanishini oldini olish mumkin. Keyin esa pufak yo‘li va pufak arteriyasi ajratiladi. O‘t pufagi arteriyasini farqlashga, bevosita pufak devorida, arteriya yo‘nalishi bo‘ylab joylashgan limfa tuguni yordam beradi. O‘t pufagi yallig‘lanish jarayoni hisobiga bu limfa tuguni kattalashib oson aniqlanadi. Pufak arteriyasini ajratishda limfa tuguni jarohatlanishini oldini olish lozim, chunki bunda parenximatoz qon ketishi mumkin. Bunday holat vaziyatni yanada chigallashtiradi.

Pufak yo‘li va arteriyasi ajratilgandan so‘ng yana bir bo UJY va UO‘Y chetda qolganligiga ishonch hosil qilish kerak. SHuni yodda tutish kerakki, Gartman cho‘ntagidan yumaloq qisqich bilan pufak yuqori va lateral tamonga traktsiya qilinganidan so‘ng UO‘Y joyidan siljib, pufak yo‘lini eslatadigan darajada yuqoriga chuzilishi mumkin. Bu UO‘Y to‘liq kesilishiga sababchi bo‘lishi mumkin. SHuning uchun, ajratilgan nay ko‘rinishidagi strukturalarning anatomik tuzilishini muljal qilib, Gartman cho‘ntagidan tortishni bushashtirish yoki yaxshisi to‘xtatish kerak.

Pufak yo‘li va arteriyasiga birin-ketin qisqich qo‘yilib, kesiladi va so‘rilmaydigan ip bilan bog‘lanadi. Pufak yo‘li cho‘ltog‘ini tikib bog‘lash ham mumkin, bu bog‘langan ipni joyidan siljib ketishiga yo‘l qo‘ymaydi. Pufak yo‘li va arteriyasini ajratish bo‘yicha yuqorida aytilgan texnik qoyidalarga rioya qilinsa jigardan tashqari magistral o‘t yo‘llar jarohatlanish xavfi juda minimal bo‘ladi.

O‘tmobilizatsiyasi bosqichida, o‘sha zahotida bartaraf qilishga majbur qiladigan, har xil asoratlar ro‘y berishi mumkin.

Operatsiya vaqtidagi qon ketish

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

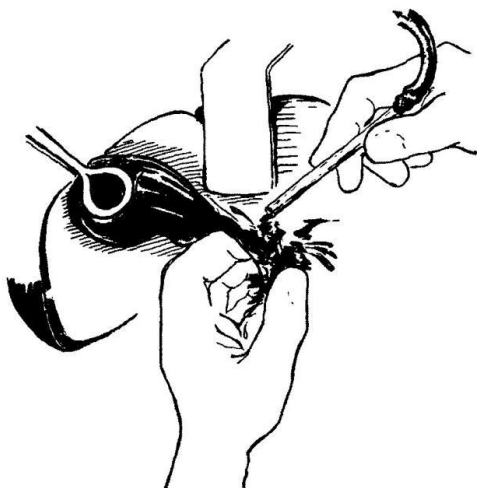
Tupfer yordamida qonayotgan arteriyani bosib turish natijasida qon ketishni vaqtinchalik to‘xtatish mumkin. Agar bundan keyin ham qon ketish davom etsa jigar o‘n ikki barmoq ichak boylamini barmoqlar yordamida qisish bilan vaqtinchalik gemostazga erishish mumkin. Ayrimda, chap qo‘l ko‘rsatkich barmog‘ini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

ishonch hosil qilish kerak. Agar arteriyaning chultog'i nisbatan uzun bo'lsa, tikmasdan faqatgina bog'lash etarli bo'ladi. CHultog nihiyotda kalta bo'lganda qisqich branshasining aynan uchidan 3-0 yoki 4-0 so'rilmaydigan ip bilan atravmatik ignada Z-simon chok qo'yiladi. Bunda pufak arteriyasining chultog'i va atrof yog' to'qimasi chokka ilinishi kerak.



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

To'qimalarning keskin infil'tratsiyasida O'Tbo'yinchasini mobilizatsiyasi vaqtida pufak arteriyasi asosiy ustun o'ng jigar arteriyasidan uzilishi natijasida qon ketish ro'y berishi mumkin. Bunday holatda qon ketishni to'xtatuvchi qisqich qo'yish mumkin emas. Yuqorida aytilgandek, qon ketishini vaqtinchalik to'xtatish kerak. Jarohat quritilib, o'ng jigar arteriyasining devor oldi defektining joylashgan o'rni topiladi va gepatoduodenal boylam tarangligini bo'shatmasdan 4-0 yoki 5-0 ip bilan atravmatik ignada devor oldi choki qo'yiladi (5.20-rasm).



5.20-Rasm. O'ng jigar arteriyasi defektini «barmoq» nazoratida tikish.

O'tyotog'idan ajratish har doim ham subseroz amalga oshmaydi. Buning natijasida yallig'lanishli o'zgargan jigar parenximasi qon ketish bilan kechadigan yuzaki jarohatlanishi mumkin. Pufakni

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

TaxoKomb plastinasi bilan O'tyotog'ini aplikatsiya qilish intensiv qon ketishni to'xtatuvchi samarali usul hisoblanadi [4]. Bunda O'tyotog'ini tikish shart emas.

Operatsiya vaqtida o't-safro oqishi

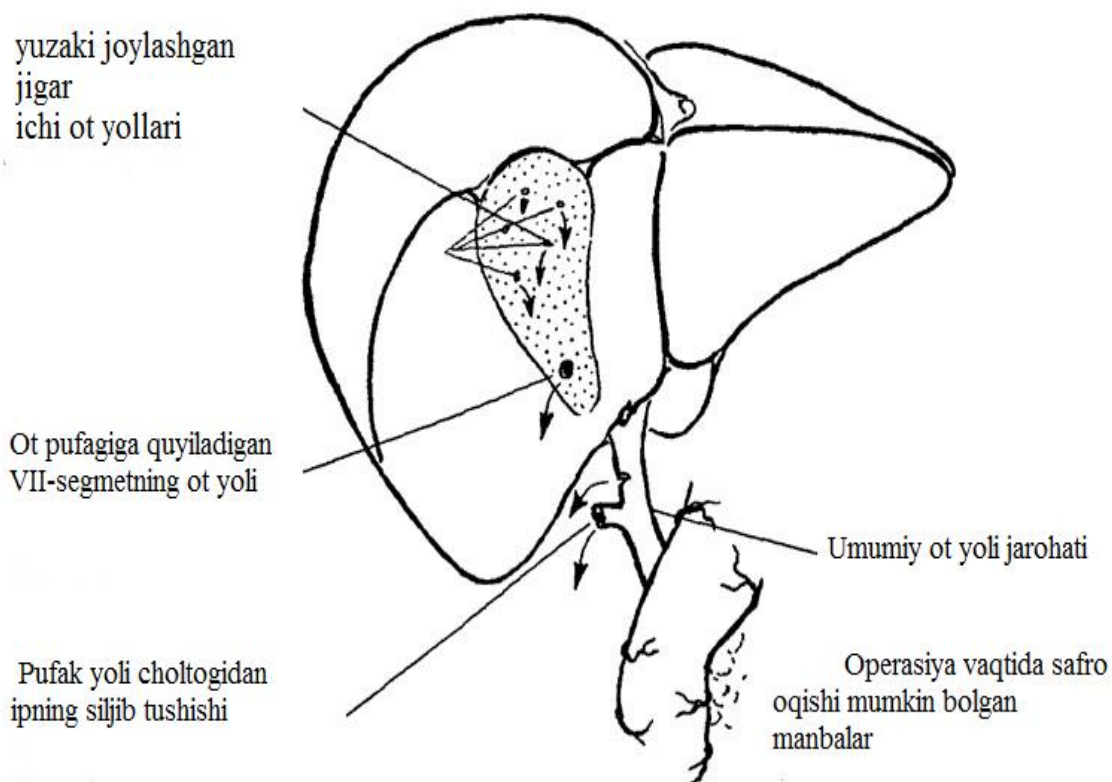
O'tkir xoletsistitda operatsion travma darajasining yuqori bo'lishi natijasida qo'yidagi asoratlar xavfi oshadi: O'tyotog'ida yuzaki joylashgan kichik o't yo'llarining jarohatlanishi, pufak yo'li cho'ltog'ida joylashgan ipning uzilishi yoki siljib tushishi, UJY va UO'Y devor bir qismining jarohati, magistral o't yo'llarining to'liq kesilishi (rasm 5.21).

O'tyotog'idagi yuzaki joylashgan jigar ichi o't yo'llarining jarohati odatda operatsiya vaqtida aniqlanmaydi; jigardan tashqari o't yo'llarining travmalari, ayniqsa o't yo'li devori bir qismining jarohati, pufak yo'li cho'ltog'idan ipning siljib tushishi yoki cho'ltoqni ip bilan kesilishi ham birdaniga aniqlanmaydi. YUqorida sanab o'tilgan asoratlar operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga o't-safroning oqishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pmiqdorda safro oqganda qorin bo'shlig'ida safro yig'ilganligini ko'rish mumkin. Bunday holat UJY yoki UO'Y to'liq kesilib proksimal uchi bog'lanmaganda ro'y beradi. O't-safro kam miqdorda oqganda qon bilan aralashib qolganligi uchun qorin bo'shlig'ida ko'rish qiyin.

Safro oqish manbasini topish uchun jigar osti sohasidan barcha yig'ilgan suyuqlikni so'rib olinishi kerak. Bundan keyin gepatoduodenal boylamga katta marli tamponi yaqinlashtirilib, distal qismi boylamga, o'rta qismi esa O'tyotog'iga zich bosiladi. Bir necha daqiqa ushlab turgandan so'ng tampon rangi o'zgarganligi baholanib sekin olinadi. Safro oqganda tamponda sariq rangdagi dog'lar paydo bo'ladi. Tampon

o'rta qismi sariq rangga bo'yalsa safro oqishi pufak yotog'idan ekanligidan darak beradi, agar tampon uchi bo'yalsa jigardan tashqari o't yo'llari yoki pufak yo'li cho'ltog'idan safro oqayotganligini bildiradi.

Pufak yotog'idagi jigar ichi o't yo'llarining jarohatidan o't-safro oqganda jarohatlangan o't yo'lini kichik diametri tufayli ko'rib bo'lmaydi. Lekin O'tyotog'i yaxshi ko'zdan kechirilishi kerak, chunki hatto juda kichik diametrdagi o't yo'li ham jigar parenximasi bilan drenajlanadi (7 bobga qarang.). Agar o'tyotog'idagi kesilgan o't yo'li aniqlansa, unga kontrast modda yuborib fistulografiya o'tkazish lozim. Parenximani drenajlaydigan kattalik sohasiga bog'liq ravishda va jigar ichi o't yo'llarining boshqa o't yo'llari bilan bog'liqligini hisobga olib keyingi harakatlarni aniqlash kerak: o't yo'lini bog'lash, uni drenajlash yoki anastomoz qo'yish.



5.21-rasm.

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

Agar pufak yo'li cho'ltog'idan ip siljib ketishi natijasida safro oqsa, pufak yo'li cho'ltog'i Fyodorov qisqichi yoki dissektor bilan qayta

ushlanib tikib bog‘lanadi. Cho‘ltoq kalta bo‘lganda qayta bog‘lab bo‘lmaydi, chunki pufak yo‘li teshigi sohasida UJY qirrali defekti paydo bo‘ladi. Bunday holatlarda devor defekti 3-0 yoki 4-0 so‘riluvchi ip bilan atravmatik ignada tikiladi. Yallig‘lanish infil’tratsiyasida UJY devori qalinlashadi va shilliq qavatni ilmasdan chok qo‘yish mumkin. Xuddi shunday UJY va UO‘Y devorining qirrali defekti tikiladi. UJY va UO‘Y to‘liq kesilganda xirurgik davoning texnikasi IV bo‘limda bayon qilingan.

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

Pribram usulida xoletsistektomiya

O‘tkir xoletsistit tufayli xoletsistektomiya bajarilayotganda o‘torqa devorini ajratishda va bo‘yinchasini mobilizatsiya qilishda ayrim vaqtlarda qiyinchiliklar to‘g‘iladi. To‘qimalardagi yaqqol yallig‘lanish infil’tрати eski chandiqli o‘zgarishlar bilan birga kelishi texnik muammolarni to‘g‘diradi. Pufak devori va jigar parenximasi orasidagi qavatga kirish imkoni bo‘lmaydi. Buning natijasida orqa devor mobilizatsiyasida intensiv qon ketish bilan kechuvchi jigar parenximasining jarohati kelib chiqadi, pufak bo‘yinchasini ajratishda jigardan tashqari o‘t yo‘llarining jarohatlanish xavfi yuqori bo‘ladi. Bunday asoratlarni oldini olish uchun o‘toldingi va yon devorlarini kesib olish va orqa devorini qoldirish yo‘li bilan xoletsistektomiyaning bir nechta usullari taklif qilingan [5]. 1927 y. Pribram bunday holatlarda o‘toldingi devorini kesib olib, orqa devor shilliq qavatini elektropichoq yordamida kuydirgandan so‘ng pufak orqa devor mushak qavat qirg‘oqlarini bir-biriga tikishni taklif qilgan. A.V. Vishnevskiy esa bunday holatlarda pufak orqa devoriga chok qo‘ymasdan olingan o‘tbo‘yinchasi va yotog‘i sohasiga Vishnevskiy mazi bilan tampon qo‘yib operatsiyani yakunlashni taklif qilgan. Thorek, pufak orqa

devorini qoldirib, chok qo'ymasdan orqa devor shilliq qavatini o'tkir qoshiqcha bilan olishni taklif qilgan.

Hozirgi vaqtda Pribram usulida xoletsistektomiya qo'yidagi modifikatsiyada amalga oshiriladi. Pufakning oldingi yon devorlari pufak bo'yinchasigacha kesiladi, pufak bo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinib, toshlar olinadi. O'tbo'yinchasi va pufak yo'liga metall yoki plastik zond kiritiladi, uni muljal qilib infil'trlangan to'qimalar orasida pufak yo'lining joylashishi aniqlanadi. Pufak yo'li va jigardan tashqarri o't yo'llari farqlash imkoni bo'lgan holatlarda, pufak yo'li ehtiyotkorlik bilan dissektor bilan «aylanib» o'tiladi va qalin to'qimalarni qo'shib bog'lanadi. Shundan so'ng o'tbo'yinchasi pufak yo'ligacha kesiladi. Lekin pufak yo'liga qo'yilgan ip bushab ketmasligi uchun bog'langan ipgacha 2-3 mm kesilmagan to'qima qolishi kerak. Shuning bilan bir qatorda, odatda gepatoduodenal boylam sohasida infil'trlangan to'qimalar orasidan naysimon strukturalarni farqlab bo'lmaydi. Bunday holatlarda pufak yo'li bog'lanmaydi. O't gipertenziyasi bo'lmasa bog'lanmagan pufak yo'lidan o't-safro oqishi kuzatilmaydi.

Pufak orqa devori va bo'yincha soha shilliq qavati to'liq buzilgunicha koagulyatsiya qilinadi. Bunda argon yoki plazmenli «skal'pel» bo'lgan bipolyar koagulyatsiyani qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. Jigar osti sohasiga drenaj nay qoldirib, kontrapertura orqali chiqariladi.

O'tkir xoletsistitda laparoskopik xoletsistektomiyaning o'ziga xos xususiyatlari.

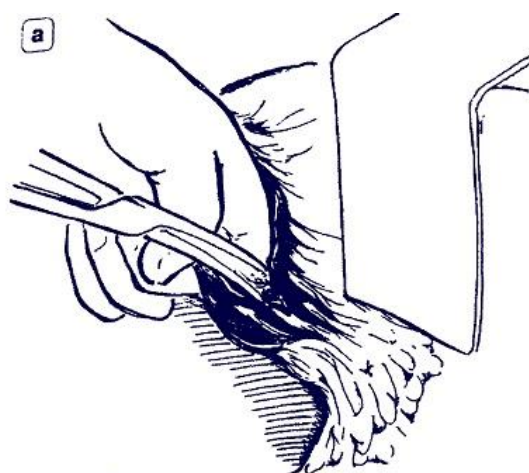
Uzoq vaqt mobaynida o'tkir xoletsistit laparoskopik xoletsistektomiya operatsiyasi bajarilishi uchun qarshi ko'rsatma hisoblangan edi. Hozirgi vaqtda o't yo'llarida laparoskopik operatsiyalarni bajarishda yuqori tajribaga ega bo'lgan klinikalarda, LXE o'tkir xoletsistitda muvaffaqiyatli bajarilmoqda. LXE erta (kasallik boshlangandan birinchi 2-3 sutkada) bajarishga harakat qilish kerak, chunki keyinchalik o'to'rab turuvchi infil'trat zich bo'lib qoladi, ya'ni operatsi bajarilishini qiyinlashtiradi. O'tdevori qalinlashadi va qisqichga ushlanmaydi.

O't va atrof to'qima yallig'lanish o'zgarishlari (pufakning qalinlashgan devori, pufak oldi infil'tratining bo'lishi) operatsiya davomida uchta 10 millimetrli troakarlarni qo'llashga majbur qiladi. Bunda O't 10 millimetrli qisqich bilan fiksatsiya qilib, infil'tratni tupfer yordamida ajratishga imkon bo'ladi.

Operatsiya O'ttubi sohasida pufak devorining katta bo'lmagan qismini infil'tratdan ajratish bilan boshlanadi. Devor ochilganidan so'ng, yo'g'on igna yoki yaxshisi elektroso'rg'ichning 5 millimetrli nayi yordamida punktsiya qilinadi. Pufak bo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinganidan keyin mikroflora ekmasiga tekshiriladi, shundan keyin pufak oldi infil'tratini ajratish yakunlanadi.

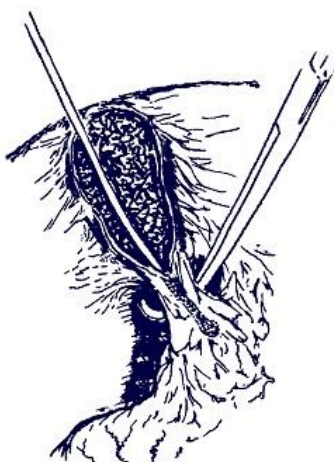
Gartman cho'ntagini infil'trat orasidan ajratish operatsiya «kaliti» hisoblanadi. Gartman cho'ntagida ko'pincha siljima yordamida toshlar bo'lib, uning devoriga qisqich qo'yishga imkoniyat kam bo'ladi. Bunday holatda zich yopishib qolgan toshni yuqoriga, pufak tanasining bo'shlig'iga siljitishga harakat qilish kerak. Shundan so'ng Gartman cho'ntagiga 10 millimetrli qisqich qo'yiladi va pufak yuqori va lateral tamonga traktsiya qilinadi. Shuni yodda tutish kerakki, pufak ortiqcha tortilganda UO'Y siljib jarohatlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Keyin Kalo uchburchagi sohasida qaychi yordamida qorin parda kesiladi va tumtoq yo'l bilan, dissektor yoki tupfer yordamida infil'trlangan kletchatka ajratiladi va umumiy jigar hamda pufak yo'li o'rtasida «tuynuk» shakllantiriladi, ya'ni an'anaviy xoletsistektomiyadagi kabi. An'anaviy xoletsistektomiyadan farqli ravishda, shakllantirilgan «tuynuk» asosi bo'lgan UJY gepatoduodenal boylam infil'trlangan yog' to'qimasining orasida joylashganligi uchun laparoskopik amaliyotda har doim ham tez farqlanmaydi (5.22-rasm).



Pribram usulida
xoletsistektomiyaning sxematik
ko'rinishi. a — «barmoq»
nazorati ostida O'P oldingi yon
devorini kesish; b — pufak
bo'yinchasiga qo'yilgan zond
nazorati ostida pufak yo'lini
ajratish va farqlash; v — O'P
orqa devori shilliq qavatini
elektrokoagulyatsiya qilish.

b



v



5.22-a, b, v. rasm.



5.23-rasm. O't bo'shlig'idagi yirik tosh qisqich yordamida yuqoriga
siljirilganidan so'ng Gartman cho'ntagini ajratish engillashadi.

Ayrim holatlarda xirurg «tuynuk»ni shakllantirib UJY lateral tamonga siljitadi. Bunda u pufak yo‘li deb baholanib kesilishi mumkin. Jigardan tashqari o‘t yo‘llarining jarohatini oldini olish uchun, xirurg nafaqat pufak yo‘lini, balki UJY va UO‘Y yaxshi farqlanganligiga ishonch hosil qilishi kerak. O‘t yo‘llarini aniqlash uchun qo‘yidagi usulni qo‘llash mumkin. SHakllantirilgan «tuynuk»ga xirurgik asbob kiritilib, pufak yo‘li va o‘tbo‘yinchasi lateral va bir oz yuqoriga siljiriladi. Bunda gepatoduodenal boylam chekkasida aniq farqlanadigan UO‘Y tortilishi kuzatiladi. Jigardan tashqari o‘t yo‘li oldingi devoriga pufak yo‘li taxminiy qo‘yilish joyida 1 sm dan uzoq bo‘lmagan oraliqda vistseral qorin parda va yog‘ to‘qimasi tozalanadi. Agar o‘t yo‘llarining aniq qo‘yilish joyi ajratilsa, jigar darvozasi tamonidan keladigan UJY terminal qismi, UO‘Y va pufak yo‘lini ko‘rish imkoni bo‘ladi (nay strukturalarining T-simon tuzilishi).

UJY jarohatlanish xavfi bo‘lganligi uchun pufak yo‘lini magistral o‘t yo‘liga yaqin joydan ajratish tavsiya etilmaydi. LXE amaliyotga kiritilganidan so‘ng, pufak yo‘lining qolib ketgan uzun cho‘ltog‘ida tosh bo‘lmasa asorat kelib chiqmasligi ma‘lum bo‘ldi.

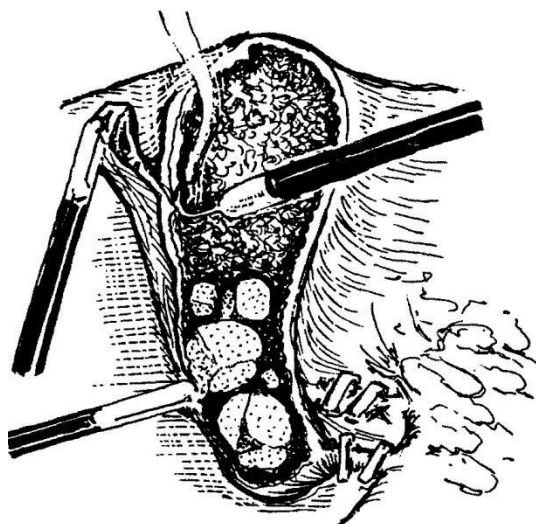
Pufak yo‘liga klipslar qo‘yishda ortiqcha kuch sarf qilmaslik kerak, chunki bu pufak yo‘li cho‘ltog‘ devorining qisman teshilishi va hattoki klipslar yordamida infil’trlangan devorning kesilishiga sabab bo‘lishi mumkin. Xuddi shunday ehtiyotlik bilan pufak arteriyasi klipslanadi va kesiladi.

Ayrim holatlarda pufak arteriyasi ikkita qon tomir bilan namoyon bo‘lishi mumkin, ulardan bittasi pufak yo‘lidan oldinda, ikkinchisi esa odatdagi joydan o‘tadi. Bunday holat bo‘lishi mumkinligini xirurg yodda tutishi kerak, chunki qo‘shimcha arteriyani pufakni qon bilan ta‘minlaydigan yagona manba deb qabul qilib cho‘ltog‘iga ishlov bergandan so‘ng odatdagi joydan chiquvchi asosiy arteriya ustunidan qon ketishi mumkin.

O‘tyotog‘idan ajratishda ma‘lum qiyinchiliklar to‘g‘ilishi mumkin: infil’trlangan to‘qima oson yirtiladi, har doim ham pufak orqa devori va uning yotog‘i orasidagi qavatga «kirish» iloji bo‘lmaydi. Bunday holatlarda Pribram tamonidan tavsiya etilgan operatsiya usulidan

foydalanish mumkin, ya'ni pufak oldingi yon devorlarini kesib, orqa devor shilliq qavatini koagulyatsiya qilish. Bunda pufak bo'yinchasining oldingi devori pufak yo'liga qo'yilgan klipslardan 3-5 mm qolganicha kesish kerak. Uzun «ochilmagan» pufak bo'yinchasining cho'ltog'i qolganida uning bo'shlig'ida toshlar qolishi mumkin. Agar pufak bo'yinchasi pufak yo'liga qo'yilgan klipsga yaqin joydan kesilsa, klips joyidan kuchishi mumkin.

Agar pufak bo'shlig'idan yirik toshlar qorin bo'shlig'iga tushsa ular konteynerda olinadi. Ko'pmayda toshlar uchligining diametri 10 millimetr kattalikda bo'lgan elektr so'rg'ichi bilan muvaffaqiyatli so'rib olinadi (5.24-rasm).



5.24-rasm. Pribram usulida xoletsistektomiyada o't pufagi ning oldingi yon devorini kesib olish. Kesimning pastki burchagi klipsdan 3-5 mm yuqorida.

O'tkir xoletsistit tufayli xoletsistektomiyalarning hamma holatlarida bilio- va gemostaz nazoratidan so'ng jigar osti sohasi antiseptik eritma bilan yuviladi va tashqi diametri 10 mm bo'lgan nay bilan drenajlanadi.

Gemostazning o'ziga xos xususiyatlari

Arterial qon ketish. Laparoskopik operatsiya vaqtida qon ketishni to'xtatish murakkab vazifa hisoblanadi. endovideosixirurgik aralashuvlarga xarakterli bir qator o'ziga xos spetsifik xususiyatlar mavjud. «Pul'satsiyalovchi» qon ketish vujudga kelganda laparoskop optikasiga qon sachraydi, bu esa laparoskop yon oynasini artish uchun

laparoskopni qorin bo'shlig'idan chiqarishga majbur qiladi. Bu vaqt oralig'ida jigar osti sohasiga qon yig'ilib, qon ketish manbaini yashiradi. Bundan tashqari, qorin bo'shlig'ida qon yig'ilgandan so'ng yorug'lik yutilishi oshib, ko'rinish yomonlashadi. Bunday muammolarni oldini olish uchun, qo'yidagi qoyidalarga rioya qilish kerak.

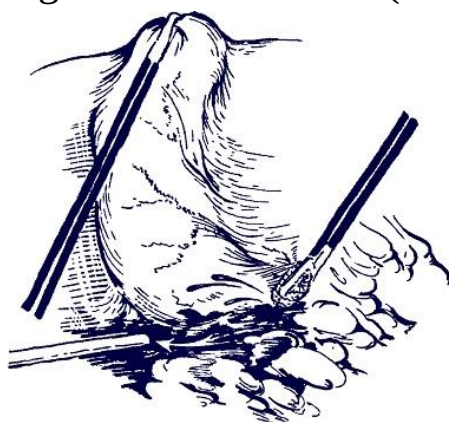
Arterial pul'satsiyalovchi qon ketganda laparoskop qon ketish manbaidan optika ifloslanmaydigan masofaga o'tkazilishi kera. **Qonayotgan qon tomirning anatomik ko'rinishi aniq farqlanmasidan klipslash, to'qimalarni koagulyatsiya qilish yoki «ko'r-ko'rona» qisqich qo'yish mumkin emas.** Qon ketayotgan manba yoki u aniqlanmasa qonayotgan joy har qanday asbob bilan bosib turiladi. Bu deyarli har doim vaqtinchalik qon ketishini to'xtatadi yoki qon ketishini nihoyatda kamaytiradi. Shundan so'ng to'kilgan qon so'rib olinadi. elektroso'rg'ichni ishlatgan holda, qonayotgan tomirni bosib turish qisqa vaqtga bushatib, qon ketish manbai farqlanadi. Jarohatlangan pufak arteriyasi yoki uning cho'ltog'idan qon ketganda u dissektor yoki qisqichga olinib, bir oz yuqoriga tortiladi va shu zahotiyoq ushlab turgan asbobning tagidan o'ng jigar arteriyasi klipsiga ilinmasligiga ishonch hosil qilib klipslanadi. Agar qon ketish manbai jigar arteriyasi bo'lsa, arteriya devoridagi defekt 4-0 yoki 5-0 so'rilmaydigan ipda atravmatik igna bilan tikiladi. Agar xirurg endoskopik chok qo'yish texnikasini mukammal bajara olmasa yoki sharoit arteriya defektini sifatli tikishga yo'l qo'ymasa, kechiktirmasdan konversiyaga o'tish kerak.

O'tyotog'idan qon ketish. O'tkir xoletsistitda O'tyotog'idan ajratib olgandan so'ng jigar parenximasidan qon ketadi. Gemostazni ta'minlash uchun bipolyar koagulyatsiyani qo'llash lozim. O'tyotog'ining yuqori yarmidan qon ketganda qon ketishni to'xtatishda qo'yidagi usul yordam beradi. Yotoqning qonayotgan yuzasi bipolyar qisqich bilan bosib turiladi. Bipolyar qisqichning qarama-qarshi tamoni jigarning diafragmal yuzasiga biron-bir asbob (grasper, so'rg'ichning metal nayi) qo'yiladi. Bu asbob bilan jigar bipolyar qisqichga zich bosiladi va koagulyatsiya amalga oshiriladi. Asboblar o'rtasida jigar parenximasining

kompressiyasi bilan birga koagulyatsiya qilish yaxshi gemostatik afzallikka ega.

Pufak yotog'ini elektrokoagulyatsiya qilishdan naf bo'lmaganda TaxoKomb gemostatik vositasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi [3]. TaxoKomb plastinasi 10 mm diametrdagi portga mos qilib nay shaklida urab, qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Atravmatik qisqichlar yordamida plastina yoyilib, pufak yotog'ining qonayotgan joyiga tupfer bilan bosib turiladi va 5 min. davomida qo'zg'atmasdan ushlab turiladi.

Gemostatik vositani qo'llash bo'yicha qoidalariga rioya qilinsa to'liq gemostazga erishish mumkin (5.25-rasm).



Pufak
arteriyasidan qon ketganda
tupfer bilan bosib turish
natijasida vaqtinchalik qon
ketishni to'xtatishga erishish.



Bipolyar koagulyatsiya va jigar
to'qimasi kompressiyasi (asboblar o'rtasidan bosib
turish hisobiga) bilan birga o't pufak yotog'idan
qon ketishini to'xtatish.



Pufak yotog'ini
TaxoKomb plastinasi bilan applikasiya
qilish.

5.25-rasm. O't pufagi va uning yotog'iga islov berish jarayoni.

Laparoskopik xoletsistektomiya vaqtida o't-safro oqishi

Pufak bo'shlig'ining ochilishidan tashqari holatlarda LXE vaqtida jigar osti sohasida safro paydo bo'lsa o't yo'lining jarohatlanganligidan darak beradi. Xuddi an'anaiviy operatsiyadagi kabi, safro oqishining manbai O't yotog'ida yuzaki joylashgan kichik diametrdagi o't yo'llari, pufak yo'li cho'ltoq'idan klipsning sirpanib tushishi yoki cho'ltoqni klips yirtishi natijasi bo'lishi mumkin. Laparoskopik operatsiyalarda laparoskop optik tizimi kattalashtirib ko'rsatishi natijasida o't yo'llarining jarohati kam uchraydi.

Xoletsistektomiya yakunlanganidan so'ng, safro aniqlansa yoki aniqlanmasa ham biliostaz sifatini tekshirish uchun jigar osti sohasini sinchiklab ko'rish kerak. Ko'rik pufak yotog'idan boshlanadi, asosan yotoqning yuqori lateral va pastki uchligidagi qismiga e'tibor berish kerak. YUqori qismda jigar V segmentida yuzaki joylashgan o't yo'llari, pastki qismda esa VII yoki VIII segmentning qo'shimcha o't yo'li jarohatlanishi mumkin. Yotoq yuqori qismida jarohatlangan o't yo'li 1 mm diametrdan ziyot bo'lmagan yupqa devorli naysimon ko'rinishda bo'lib, och rangdagi kam miqdorda safro oqishi bilan xarakterlanadi.

Yotoq yuqori qismi yuzaki o't yo'llar biliostazining optimal usuli bo'lib klipslar qo'yish hisoblanadi. Buning uchun klipapplikator branshlarining uchlari jigar parenximasida aniqlangan o't yo'li o'qiga perpendikulyar 2-3 mm chuqurlikda cho'ktirilib klipslar qo'yiladi. Bipolyar koagulyatsiyani ham qo'llash mumkin, ammo bu usul har doim ham naf bermaydi.

Yotoqning pastki qismida O't yoki UJY va O'JY qo'yiladigan jigar VII yoki VIII segmentining qo'shimcha o't yo'li kesilganligini aniqlash mumkin. Qo'shimcha o't yo'li 1-2 mm diametrdagi yupqa devorli naysimon ko'rinishda bo'lib, och rangdagi ko'pmiqdorda safro oqishi bilan xarakterlanadi. Segmentar o't yo'lining kesilishi «drenajlanmaydigan» segment paydo bo'lishiga sababchi bo'lishi mumkin. Bu asoratning klinik ko'rinishi operatsiyadan keyin xafta yoki oy o'tgandan keyin namoyon bo'ladi.

Qo'shimcha o't yo'lining kesilganligi aniqlangandan so'ng, uning bo'shlig'iga nay kiritib xolangiografiya qilishga harakat qilish kerak.

Agar jigar ichi anastomozlari bo'lmasa va bu o't yo'li jigar bir segmentini drenajlaydigan hajmda bo'lsa Ru usulida och ichak qovuzlog'i bilan biliodigestiv anastomoz (BDA) yoki tashqi drenajlash bajarish kerak. Qo'shimcha o't yo'li klipslanishi kechki asoratlarni keltirib chiqaradi.

O'tkir xolelsistitda pufak yo'li cho'ltog'ini klips yirtishi yoki klipsning cho'ltoqdan sirpanib tushishi odatiy holat. Bunday asorat aniqlansa defektdan pastroqda pufak yo'lining cho'ltog'i qayta klipslanishi kerak. Pufak yo'li cho'ltog'ini klips yirtgandan so'ng cho'ltoq qolmasdan UJY devorida defekt paydo bo'lsa, unga 3-0 yoki 4-0 so'rilmovchi ip bilan atravmatik ignada chok qo'yish kerak.

O'tkir xolelsistit asoratlari

MEXANIK SARIQLIK

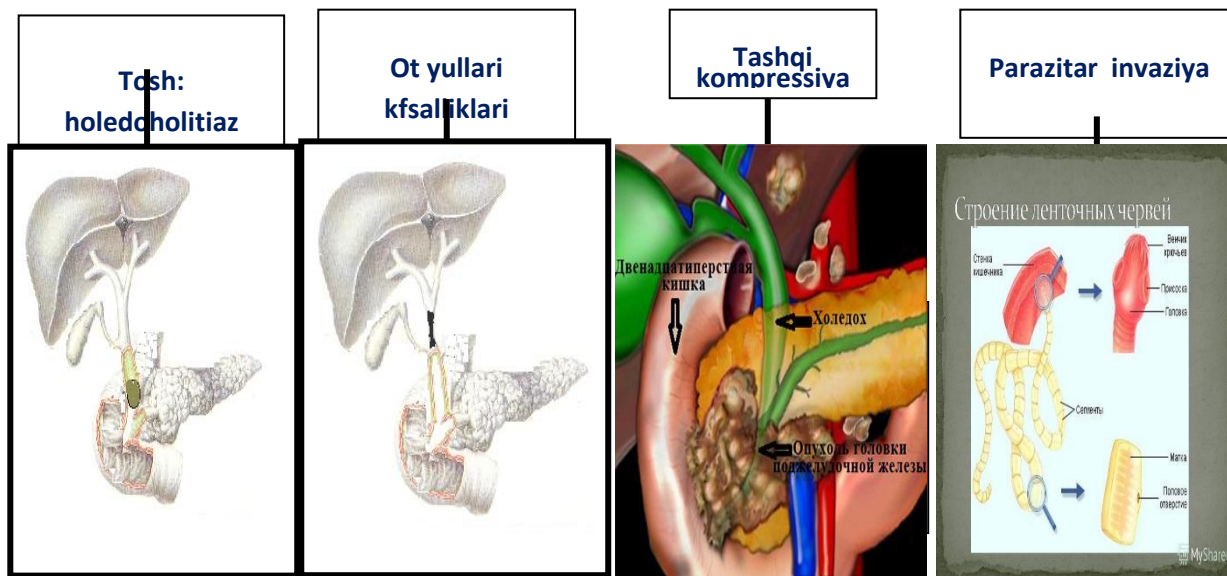
Mexanik (obturatsion) sariqlik o't chiqaruvchi yo'llar qisman yoki to'liq tutilib, o't suyuqligining ichakka tushishini buzilishi natijasida rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

Hozirgi vaqtda mexanik sariqlikning sabablari juda yaxshi urganilmokda. Etiologik printsipga ko'ra, ularni bir nechta asosiy guruhlariga birlashtirish mumkin:

- 1) Xoledoxolitiaz;
- 2) O't yo'llari va katta duodenal surg'ich strikturasi;
- 3) Yallig'lanish kasalliklari (Xolangit);
- 4) Me'da osti bezi boshchasi va o't yo'llari o'smalari, kistalari;
- 5) Jigar va o't yo'llarining parazitlar kasalliklari.

Mehanik sariqlikning etiologiyasi

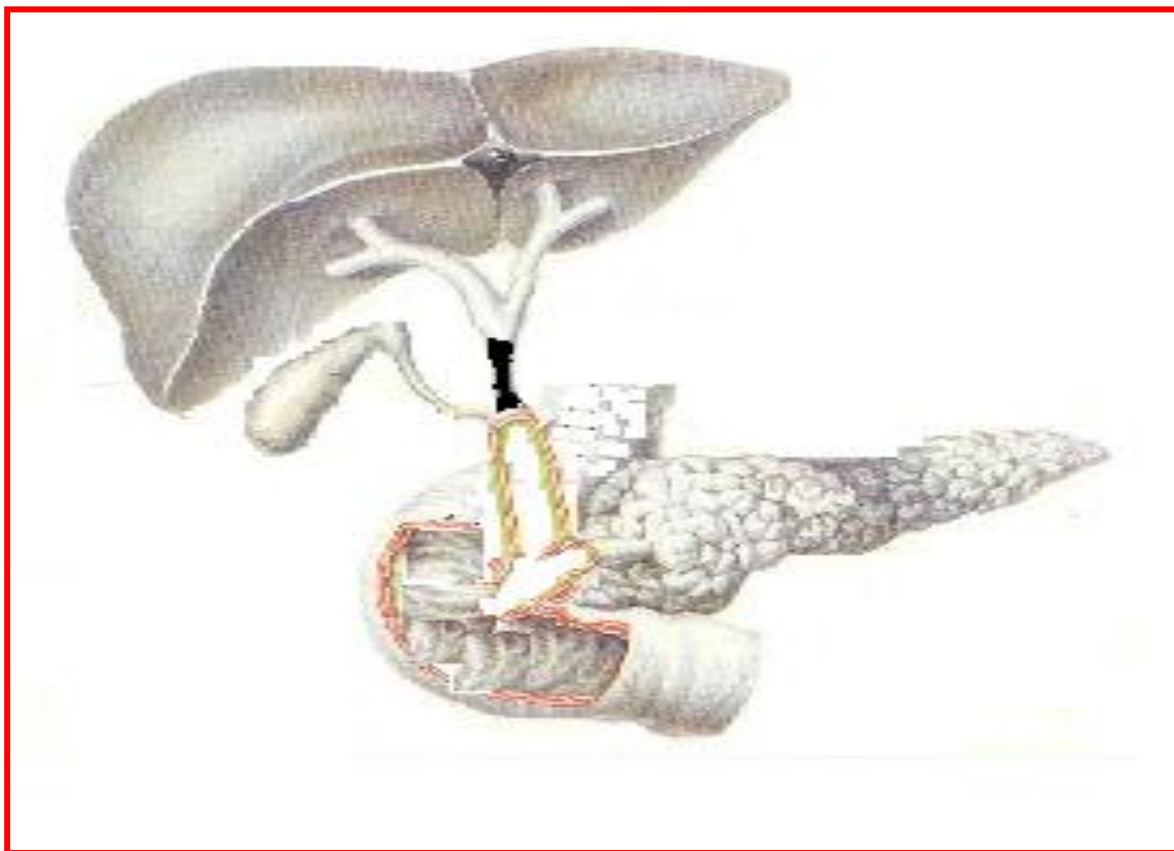


5.26-rasm. Gepatobiliar tizimning anatomik ko‘rinishi.

1. Xoledoxolitiaz. Dunyo bo‘ylab aholining taxminan 10-15% o‘t tosh kasalligi bilan kasallangan deb xisoblashadi va bu odamlarning aksariyati hech qanday alomatlarga duch kelmaydi. Xoledoxolitiaz 35-42% hollarda mexanik sariqlik sabablidir. Xoledoxolitiaz kasalligi tosh bilan kasallangan bemorlarning 7-48 foizida uchraydi. Yoshi katta va keksa odamlarda xoledoxolitiaz 2-3 marta ko‘proq kuzatiladi. Agar o‘t toshlari o‘z vaqtida olib tashlanmasa, u holda jiddiyroq va ba’zi hollarda hayot uchun xavfli bo‘lgan holatlar, masalan, xoletsisit, xolangit, pankreatit va sariqlik paydo bo‘lishi mumkin. Shu munosabat bilan, toshlar mavjudligi aniqlansa imkon qadar ularni tezda olib tashlash tavsiya etiladi.

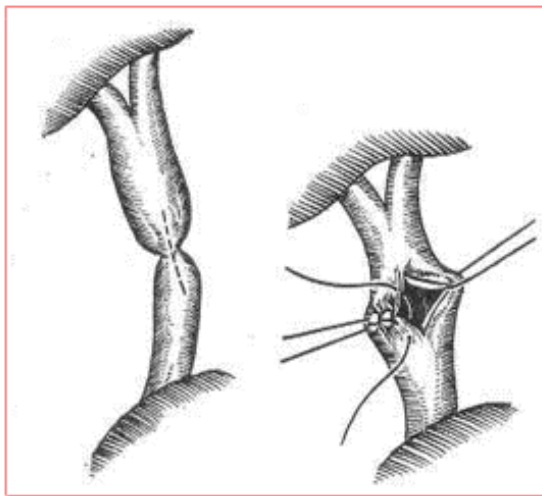
2. O‘t yo‘llarining chandiqli torayishi (strikturasi). O‘t yo‘llarining torayishi ko‘p hollarda to‘g‘ridan-to‘g‘ri o‘t yo‘llarida (xolangit) va atrofdagi to‘qimalarda, shuningdek turli xil operatsiyalar paytida (xoletsistektomiya, gastrektomiya va boshqalar) yallig‘lanish jarayonlarining natijasidir. Adabiyotlarda yozilishiga ko‘ra, zararlanishning kursatgichi 0,1% dan 0,74% gacha. 82,9–97% hollarda oshqozon-ichak traktining shikastlanishining sababi yaniy yatrogen shikastlanishdir. XDS ning stenozi (sinonimlari: papillostenoz, faterov

surgichining stenozi, XDS-ni torayishi Oddi sfinkterining sklerozi) XDS tor kanalining qisman yoki to'liq torayishi bo'lib, ko'pincha safro gipertenziyasi va o'n ikki barmoq ichakda safro chiqishi buzilishiga olib keladi. Umumiy o't yo'lining chiqish qismidagi stenozlar o't yo'llari patologiyasi bilan og'rikan bemorlarning umumiy sonining 0,7-35,6% da uchraydi. Oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo'lgan bemorlarda XDS stenozining chastotasi 0,7-35,6% gacha. Ko'pincha 40 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan ayollar azob chekishadi. XDS stenozining sabablari: O't tosh kasalligi (xolelithiaz ko'pincha mikrocholedolithiaz), surunkali choletsistit, xolangit, pankreatit, parapapillyar zonaning divertikullari, XDS o'smalari, Oddi sfinkterining instrumental ta'sirlari va funktsional shikastlanishlari. O't bilan XDS stenozining rivojlanishi toshning XDS orqali uning devorlariga travmatik ta'siri shuningdek o't yo'llarining yallig'lanishi bilan bog'liq. Xolangit bo'lsa, oshqozon-ichak traktining kontakt orqali yallig'lanishi XDS ga tushishida kelib chiqadi bu esa ularning keyingi skleroziga olib keladi.

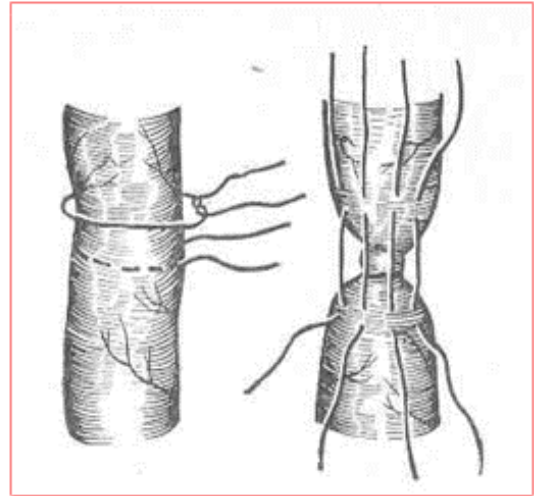


5.27-rasm. O't yo'li strikturasi.

Xoledox strikturasini jarroxlik usulida davolash turlari



Geyneke –Mikulich usuli



Rezeksiya

5.28-rasm. Umumiy o't yo'li o'tkazuvchanligini tiklovchi operatsiyalar.

3. Yallig'lanish kasalliklari (Xolangit) - Xolangit deb jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llarining o'tkir yoki surunkali bakterial yallig'lanishiga aytiladi. Eng ko'p uchraydigan sabablari O't yo'llarining toshlari (bemorlarning 70-80 foizida), jarrohlik, laparoskopik, endoskopik jarrohlik, transpapillyarli aralashuvlar (10-5%), xolangiokarsinoma, parazitar infektsiyalar, yatrogen shikastlanishlardir. **Patogenezi** - xolestaz, (o't oqishini buzishi) o't yo'llarida bosimning oshishi natijasida bakterial infektsiya rivojlanishiga olib keladi. Bemorlarning fizikal tekshiruvida o'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riqlar, mushaklarning mo'tadillashishi (yiringli xolangit bilan) qayd etiladi. Peritonning ta'sirlanish simptomi belgilari bo'lmaydi. Ko'pgina bemorlar jigarning pastki qirrasida og'riqni his qilishi mumkin. Yiringli xolangit tezda jigar parenximasi yuzasining qalinlashishiga, o't yo'llari devorlarida va diafragma osti yoki jigar osti sohalarida bir necha kichik xolanjiogen jigar abstsesslari shakllanishiga olib keladi.

Klinik jihatdan o'tkir xolangit tana haroratining to'satdan febril darajaga ko'tarilishi, titroq, va o'ng qovurg'a yoyi ostidagi to'mtoq og'riqlar va og'irlik hissi, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan ajralib turadi. O'tkir yiringli xolangit bilan og'riq kuchli xarakterga ega, sariqlik

erta paydo bo‘ladi, bu nafaqat safro chiqishi qiyinlishuvi, balki jigar parenximasining zararlanishi bilan ham bog‘liq. Titroq, yuqori tana harorati, nafas olishni tezlashishi, taxikardiya, leykotsitlar sonining ortishi bo‘lgan-hayotiy organlar yaniy poliorgan etishmovchiligi, septik shok rivojlantirishi mumkin. Yallig‘lanishlarda tizimli reaksiyaning ushbu belgilari bilan, asoratlarning yanada rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun shoshilinch choralar ko‘rish kerak.



5.29-rasm. Holangit

O‘tkir yiringli xolangit davolash birinchi navbatda, safro yo‘llarining dekompressiyasi va obstruktiv sariqlikni bartaraf etishdan iborat. Xolelitiyoz va uning ba’zi asoratlari (xoledokolitiyaz, o‘n ikki barmoq ichakning katta papillomasi, Mirizzi sindromi) bilan endoskopik manipulyatsiya - papillotomiya, litoekstraksiya va agar kerak bo‘lsa, o‘t yo‘llarining nasobiliar drenajlanishi orqali erishish mumkin. Davolashda eng muhim tarkibiy qismlar-katta antibiotik terapiyasi, BCC ni normallashtirishga qaratilgan infuzion terapiya, to‘qima perfuziyasi, detoksifikatsiya.

4. Me‘da osti bezi boshchasi va o‘t yo‘llari o‘smalari, kistalari - Bu umumiy o‘t yo‘lining intrapankreatik qismini bosib qo‘yishi natijasida rivojlanadi. Mexanik sariqlikning mexanizmi juda oddiy. Kista yoki o‘smaning hajmini kattalashishi umumiy o‘t yo‘lining intrapankreatik qismini mexanik bosishi natijasida biliar gipertenziya va mexanik sariqlikni rivojlanishiga olib keladi.



5.30-rasm. Ultratovush tekshirish (UTT). Oshqozon osti bezining chin kistasi

Jigarning xavfli o'smalari (xolangiogen va hepatotsellyuyar o'sma) safro oqishini buzadi va jigar yo'llarining segmentar va lobar kanallariga tarqalganda biliar stazga sabab bo'ladi. Ekstragepatik o't yo'llarining proksimal qismidagi o'simta (Klatskin o'smasi) kasallikning erta bosqichida jigar o'smasiga olib keladi. Mexanik sariqlikda teri qoplami sarg'imtir-yashil bo'ladi, o't yo'llarini berkitib qo'yadigan o'smalarda esa ersimon rangda bo'ladi. O't tosh kasalligiga bog'liq obturatsion sariqlikda kasallik boshlanayotganda jigar sanchig'iga o'xshash o'ziga xos xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi, ba'zan sariqlik o'tkir xoletsistit zamidida vujudga keladi. Pankreatoduodenal soha o'smalarida sariqlik og'riq sezgilarisiz paydo bo'ladi. Teri qichimasi, ayniqsa bilirubin darajasi baland bo'lganda kuchli bo'ladi. Pankreatoduodenal sohasida o'smalari bo'lgan bemorlarning yarmida Kurvuaze simptomining musbatligi aniqlanadi. Axlat oqchil rangli, o't yo'llari butunlay yopilsa axolik bo'ladi. Siydik to'q rangli. Bevosita va bilvosita bilirubin kontsentratsiyasi, ayniqsa pankreatoduodenal sohaning obturatsion o'smalarida keskin oshgan bo'ladi.

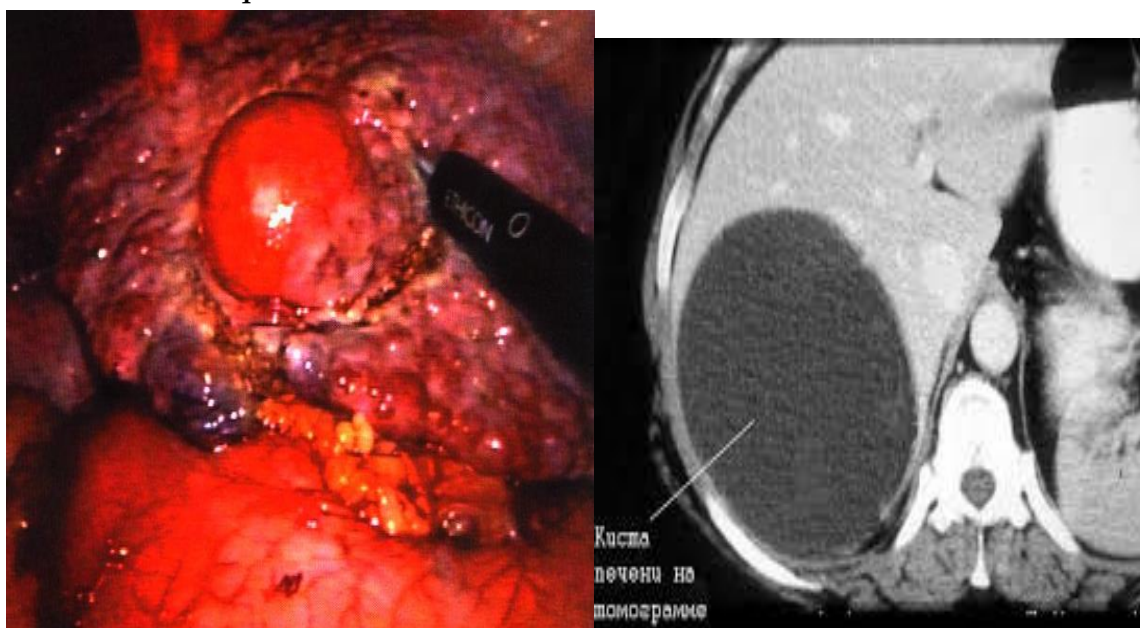
Sariqlikning biror turining klinik kechish xususiyatlari sariqlikni qo'zg'atgan kasallik xarakteriga bog'liq. Bu hol sariqlik turlarini differentsial diagnostika qilishda qo'shimcha qiyinchiliklar tug'diradi. Sariqlikni diagnostika qilishning yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik va laboratoriya usullaridan tashqari, sariqlikning har xil turlarini differentsial diagnostikasi uchun zarur va qimmatli axborot olishga imkon beradigan rentgenologik, endoskopik, radiologik, ultratovush bilan tekshirish usullariga katta o'rin beriladi.

Mexanik sariqlik butun hepatobiliar sistemadagi o'zgarishlar va organizmning bir qator umumiy og'ir buzilishlari bilan o'tadi, bemorlar holatining og'irligi sariqlik darajasi va davomiyligiga proportsional ravishda ortadi, bu qator yangi patologik holatlar paydo bo'lishiga olib keladi, shu sababli davolash natijasi yomonlashadi va o'lim darajasi ko'payadi. Jigar funktsional holatining dekompensatsiyasi nisbatan tez o'tkir jigar etishmovchiligi avj olishiga olib keladi. I.M. Matyashin ma'lumotlariga binoan o't yo'llari obturatsiyasidan 10-14 kun o'tgach jigar funktsiyasi shu qadar buziladiki, xirurgik operatsiya qilish g'oyat xatarli bo'lib qoladi va yuqori o'lim darajasi bilan o'tadi.

Mexanik sariqlikni davolashda dekompressiv aralashuvning muddatlari va turlari, profilaktika qilish yo'llari va operatsiyadan keyin jigar etishmovchiligini davolash muhim masala hisoblanadi. Operatsiya o't pufagi gipertenziyasini davolashning eng effektli chorasi hisoblanadi Biroq narkoz, operatsion jarohat jigar etishmovchiligi rivojlanishi va klinik ifodalangan formaga o'tishi sababli bemorlarning ahvolini qiyinlashtiradi. Ko'rsatib o'tilgan jihatlar xirurglarni mexanik sariqlik bilan og'rigan bemorlarda radikal operatsiyalarni 2 bosqichda o'tqazish kerak degan fikrga olib keladi: birinchi bosqichda jigar funktsional holatini va bemorlarning umumiy ahvolini yaxshilaydigan operatsiya, ikkinchisida radikal operatsiya qilish taklif etiladi. Hozirgi vaqtda laparoskopik xoletsistostomiya, o't yo'llarini nazobiliar drenajlash, endoskopik transduodenal papillotomiya kabi ehtiyot qiladigan usullar qo'llaniladi. Teri orqali jigar orqali xolangiostomiya sariqlik, xolangit hodisalarini kamaytirish yoki tugatish, antibiotiklarni tanlash va maxalliy antibakterial davolash uchun o'tni ekish, xavfli o'smalarni

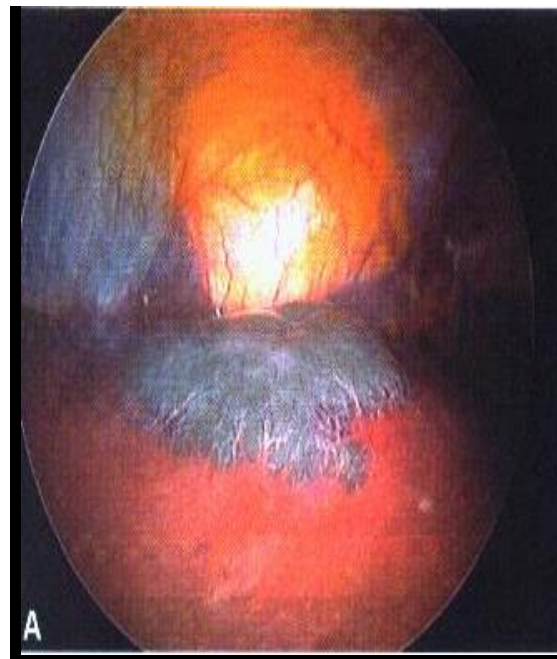
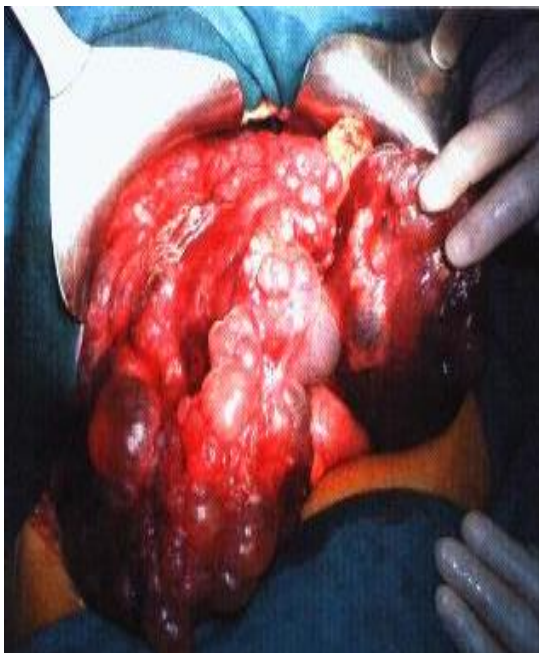
ximiyaviy preparatlar bilan davolash imkonini beradi. Undan operatsiyani ko'tara olmaydigan bemorlarda o't chiqaruvchi yo'llarni tashqi yoki ichki drenajlashning doimiy usuli sifatida foydalanilishi mumkin

5. Jigar va o't yo'llarining parazitlar kasalliklari. Askaridoz - og'iz geogel'mintozi, antroponoz oilasidan kelib chiqqan yumaloq qurt (*Ascaris lumbricoides*), Ascaridae, oilasi, Nematoda sinfiga mansub antroponoz. Rossiya Federatsiyasida har 100.000 aholiga to'g'ri keladigan kasallik xisoblanadi. Oshqozon-ichak traktidagi qurtlarning ko'chishi ko'pincha xolelitsistektomiya sfenktrotomiya, xoledoxostomiya yoki sfenktroplastikadan so'ng kuzatiladi, *A. lumbricoides* larning o't yo'liga ko'chib ketishi askaridozning barcha jarrohlik asoratlarning 28,5 foizini tashkil etadi, oshqozon-ichak trakti va 7% ni bezovta qiladi.



5.31-rasm. Jigar exinokokkozi

Exinokokkoz - bu odamlarda va hayvonlarda surunkali parazitlar kasallik bo'lib, ular organizmga kirib borishi va *Echinococcus granulosus* (lichinka) bosqichining rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Biogel'mintoz tuzilishida exinokokkoz 1,2% ni tashkil qiladi.



5.32-rasm. Jigar exinokokki

Al`veokokkoz - bu jigarining birlamchi shikastlanishi bo`lgan *Echinococcus multilocularis* lenta gel`mintidan kelib chiqqan jiddiy surunkali, tabiiy fokusli kasallik. Al`veokokkozning o`ziga xos xususiyati asoratlar (MS parchalanish bo`shliqlari infeksiyasi, portal gipertenziya) va metastazlar bilan kechadigan birlamchi asseptomatik invaziv tarqalishidir. Rossiyada bu kasallik asosan Sibirda kuzatiladi (Oltoy o`lkasida, Krasnoyarsk o`lkasida, Tyumen va Kurgan viloyatlari), Yakutiya, Chukotkada, Kamchatka viloyatida. Alveokokkozda safro gipertenziyasi 7,5–44,3% da kuzatiladi.

Patogenezi - mexanik sariqlikning asosiy patogenetik aloqasi ekstragepatik o`t yo`llari bilan bog`liq bilirubinni ajratish buzilishidir. Avvalo o`t yo`llarida bosimning oshishi natijasida ta`sirlanadigan ichki O`t yo`llari darajasida, so`ngra hepatotsitlar darajasida regurgitatsiya mavjud. MS paydo bo`lishining dastlabki kunlarida hepatotsit membranalarning o`tkazuvchanligi va ulardan indikator fermentlarining chiqishi qisqa muddatli (3-5 kun) ko`payadi. O`t yo`llarining obstruksiyasi paydo bo`lganidan keyin xuddi shu davrda jigar faoliyati biroz buziladi va hepatotsitlar orqali safro chiqishi davom etadi. O`t yo`llarida bosimning uzoq vaqt ko`payishi jigar hujayralari faoliyatining

buzilishiga olib keladi va (bilirubinning gepatotsitdan qonga qaytishi) sodir bo'ladi. Gepatotsitlar emirilib boshlanganda jigar funktsiyasi yomonlashadi va qondagi boglanmagan bilirubin miqdori ortadi. Ushbu davrda gepatotsit nekrozi kuzatilishi mumkin, shu sababli qondagi aminotransferazalarning faolligi oshadi. Ichakda o't kislotalari yo'qligi sababli lipaza faollashtirilmaydi, oqsil hazm qilish buziladi va yog'da eriydigan vitaminlarning erishi buziladi. K1 vitaminisiz protrombin hosil bo'lmaydi, qon ivish kamayadi.

Safro bakteritsid ta'sirini yo'qotadi, bu esa disbakteriozga olib keladi. O't kislotalarining yo'qligi ichak harakatining buzilishiga olib keladi. Qonda karbamid va kreatinin darajasi ko'tariladi, jigarining antitoksik funktsiyasi buziladi va safro enterogepatikga aylanadi. Gepatotsitlar kamayadi va buziladi. Nefronning funktsiyasi pasayadi va bularning barchasi mexanik sariqlik bilan og'rigan bemorlarda jigar-buyrak sindromining rivojlanishiga olib keladi. Toksik moddalar qon-miya to'sig'ini kesib o'tadi, bu jigar entsefalopatiyasi bilan namoyon bo'ladi. Gram-salbiy ichak florasining yuk bulish paytida ajralib chiqqan endotoksin yoki gramm-manfiy bakteriyalarning lipopolisaxaridi, ichak shilliq qavati jigar portal venasiga, so'ngra umumiy qon aylanishiga kiradi, bu yerda bir qator biologik tizimlar faollashadi: koagulyatsiya tizimi, komplement, qon hujayralari - monotsitlar, makrofaglar, neytrofillar, eozinofillar, endoteliotsitlar shuningdek ko'plab mediatorlarning chiqarilishi boshlanadi. Endotoksin yoki lipopolisaxaridi bilan kasalliklarni davolashning muvaffaqiyati ichak to'sig'ini saqlashga va jigar makrofaglarining (Kupfer hujayralari) ishlashiga bog'liq. O't yo'lining tiqilib qolishi tufayli xolestaz ham naycha epiteliyiga, ham gepatotsitlarga arar yetkazuvchi ta'sir ko'rsatadi.

Gepatotsit ichidagi safro tarkibiy qismlarining to'planishi nafaqat intragepatik xolestazning rivojlanish sabablari bilan, balki tashuvchida nuqson yoki ekstragepatik xolestazda uning funktsiyasini inkor etish bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Safro tarkibiy qismlari (gidrofob o't kislotalari, bilirubin, xolesterin) gepatotsitlarga, xususan uning mitoxondriyalariga nafas olish aylanishini va yog kislotalarini

oksidlanishini bevosita yoki bilvosita to'sib qo'yadigan toksik ta'sir ko'rsatadi. Natijada nafaqat gepatotsitlar funktsiyasini buzilishi, balki lipid peroksidlanish jarayonlarini rag'batlantirish ham sodir bo'ladi, bu hujayralar zararlanishiga olib keladi. O't yo'llari uchun xolestazning oqibatlari, bir tomondan, naychalar bo'shlig'idagi bosimning oshishi, boshqa tomondan, hidrofobik kislotalarning zararli yuvish ta'siridan kelib chiqadi. Ularning ortib borayotgan konsentratsiyasi biokimyoviy jarayonlar zanjirini boshlaydi, natijada apoptoz orqali gepatotsitlar va xolangiotsitlar nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi

MS bilan og'rigan bemorlarning ulushi oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan jarrohlik bemorlarning umumiy sonining 18% yoki undan ko'pini tashkil qiladi. MS ni aniqlash har 1000 kishiga taxminan 5 ta holat. Shimoliy Yevropaliklarda Osiyo va Afrikadagi odamlar bilan solishtirganda o't tosh kasalligi xavfi yuqori. O't pufagi kasalligi bilan ayollar erkaklarga qaraganda ko'proq kasallanishadi. 60 yoshga kelib, amerikalik ayollarning deyarli 25% o't yo'llarida toshlarga ega, 75 va unda katta yoshda ular allaqachon 50% ga aylanadi. 30 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida MS asosiy sababi xoledoxolitiaz; 30-40 yoshdagi odamlar orasida - o'smalar va xoledoxolitiazning chastotasi teng; 40 yoshdan oshganda o'smalar ustunlik qiladi. Barcha yoshdagi populyatsiyalarda, ko'pincha MS ning sababi o't yo'llarida toshlar (45% gacha) va kanallarda, XDS, oshqozon osti bezi, o't pufagidagi neoplazmalar (taxminan 40%).

Hozirgi vaqtda MS bilan kasallangan bemorlar sonining ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmoqda (15-20%), buning sababi ko'pincha: XDS stenozi - 16-29%, pankreatit - 5,4-27,4%, ekstragepatik o't yo'llarining torayishi - 5,3-15%, oshqozon-ichak trakti jigarining parazitlar kasalliklari - 1,6-4% neoplazmalar (oshqozon osti bezi boshining usmasi, XDS usmasi, o't yo'llari), oshqozon-ichak traktining atreziiyasi.

O't yo'llarining kontenital malformatsiyalari kamroq tarqalgan.

Gram-manfiy ichak florasining yuq bulish paytida ajralib chiqqan endotoksin yoki gramm-manfiy bakteriyalarning lipopolisaxaridi, ichak shilliq qavati jigar portal venasiga, so'ngra umumiy qon aylanishiga

kiradi, bu yerda bir qator biologik tizimlar faollashadi: koagulyatsiya tizimi, komplement, qon hujayralari - monotsitlar, makrofaglar, neytrofillar, eozinofillar, endoteliotsitlar shuningdek ko'plab mediatorlarning chiqarilishi boshlanadi.

Endotoksin yoki lipopolisaxaridi bilan kasalliklarni davolashning muvaffaqiyati ichak to'sig'ini saqlashga va jigar makrofaglarining (Kupfer hujayralari) ishlashiga bog'liq. O't yo'lining tiqilib qolishi tufayli xolestaz ham naycha epiteliyiga, ham gepatotsitlarga zarar yetkazuvchi ta'sir ko'rsatadi. Gepatotsit ichidagi safro tarkibiy qismlarining to'planishi nafaqat intragepatik xolestazning rivojlanish sabablari bilan, balki tashuvchida nuqson yoki ekstragepatik xolestazda uning funksiyasini inkor etish bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Safro tarkibiy qismlari (gidrofob o't kislotalari, bilirubin, xolesterin) gepatotsitlarga, xususan uning mitoxondriyalariga nafas olish aylanishini va yog kislotalarini oksidlanishini bevosita yoki bilvosita to'sib qo'yadigan toksik ta'sir ko'rsatadi. Natijada nafaqat gepatotsitlar funksiyasini buzilishi, balki lipid peroksidlanish jarayonlarini rag'batlantirish ham sodir bo'ladi, bu hujayralar zararlanishiga olib keladi. O't yo'llari uchun xolestazning oqibatlari, bir tomondan, naychalar bo'shlig'idagi bosimning oshishi, boshqa tomondan, hidrofobik kislotalarning zararli yuvish ta'siridan kelib chiqadi. Ularning ortib borayotgan konsentratsiyasi biokimyoviy jarayonlar zanjirini boshlaydi, natijada apoptoz orqali gepatotsitlar va xolangiotsitlar nobud bo'ladi.

Tasniflash

Mexanik sariqlikni davolash, jarrohlik taktikasini tanlash uchun E.I.Gal'perin tomonidan tavsiya etilgan uning og'irlik darajasi tasnifidan foydalanish tavsiya etiladi. bu nafaqat biokimyoviy parametrlarni, balki mexanik sariqlikning og'irligini oshiradigan asoratlarni ham hisobga oladi.(5.1-jadval)

5.1-Jadval.

Mexanik sariqlikda jigar etishmovchiligining og'irligini baholash

Labarotor kursatgichlar	Labarotor ko'rsatkichlari laboratoriya parametrlarining me'yordan og'ish darajasini baholash uchun o'lchov		
	1	2	3
Umumiy kon zardobidagi bilirubin (mkmol`/l)	60	60-200	>200
Umumiy kon zardobidagi oksil(mkmol`/l)	>65	65-55	55

Jiddiylikni oshiradigan asoratlari: xolangit, buyrak yetishmovchiligi, jigar etishmovchiligi, ensefalopatiya, oshqozon-ichakdan qon ketish, sepsis. Mexanik sariqlik sindromining bunday asoratlari umumiy bilirubin darajasi 2 koeffitsienti bilan taqqoslanganda va bilirubinemiya darajasiga bog'liq, ya'ni bilirubin 1 ball - asorat 2 ball, bilirubin 2 ball - asorat 4 ball va bilirubin 3 ball - asorat 6 ball. Ikki yoki undan ortiq asoratlari birlashtirilganda, ballar soni ikki baravar ko'payadi yoki mO'tanosib ravishda oshadi. Sepsis ikki yoki undan ortiq asorat sifatida baholanadi. Mexanik sariqlikning o'sma genezisi 1 asorat sifatida baholandi. Baholash omillarining bunday kombinatsiyasi bilan mexanik sariqlikning 3 jiddiy darajasi ajratiladi (5.2-jadval).

5.2-Jadval.

Mexanik sariqlik ogirligi	Ballar yigindisi	Operatsiyadan keyingi asoratlari %	Operatsiyadan keyingi ulim %
Yengil (A sinf)	≤5 ball	16,3	0,8
Urtacha (V sinf)	6-15 ball	59	13,6
Ogir (S sinf)	≥16 ball	88,4	46,1

Mexanik sariqlik: "A" sinfi (yengil obstruktiv sariqlik - 5 balldan yuqori bo'lgan bemorlar); "V" sinfi (o'rtacha og'irlikdagi mexanik

sariqlik) - 6-15 ball bo'lgan bemorlar, "C" sinfi (og'ir mexanik sariqlik) - ? 16 ball bo'lgan bemorlar. MS og'irligini baholashdan tashqari, tasniflash jarrohlik aralashuvning prognozini aniqlashga imkon beradi: bemorlarga MS tasnifi "A" - ijobiy prognoz, "V" sinfi - shubhali, bemorning umumiy ahvoriga bog'liq. Shuni ham unutmangki, jigar yetishmovchiligi kasallikning har qanday davrida sariqlikni murakkablashtiradi va kasallikning prognozi va natijasini aniqlaydi. Ushbu tasniflash MSda jigar yetishmovchiligini bashorat qilishga ta'sir qilmaydi

2. Diagnostika

2.1 Shikoyatlar va kasallik anamnezi.

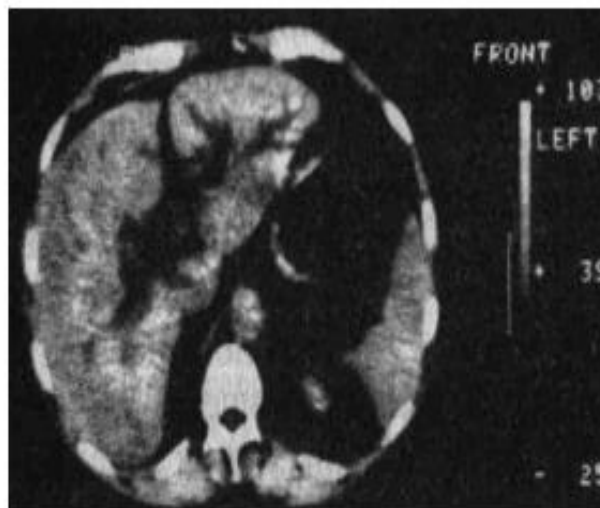
Sariqlik mustaqil nozologik shakl emas, balki bir qator kasalliklarga xos bo'lgan sindrom bo'lgani uchun diagnostika usullari uchun oqilona algoritmni tanlash qiyin. Buning uchun birinchi navbatda klinik va tibbiy tarix ma'lumotlarini hisobga olish kerak. Bemorlar shikoyat qiladilar: og'riqlar, sklera va terining sarg'ayishi; qichima terisi; yallig'lanish jarayonlari mavjudligida tana haroratining ko'tarilishi; umumiy zaiflik; quyuq siydik va yengil najasning sekretiysi; og'izda metall ta'm.

Ultratovush tekshirish



**Sezgirli - 70-90%,
Maxsusli - 80-85%.**

Kompyuter tomografiya



**Sezgirli - 70-90%,
Maxsusli - 80-85%.**

5.33-rasm. Instrumental tekshirish usullari.

Noinvaziv

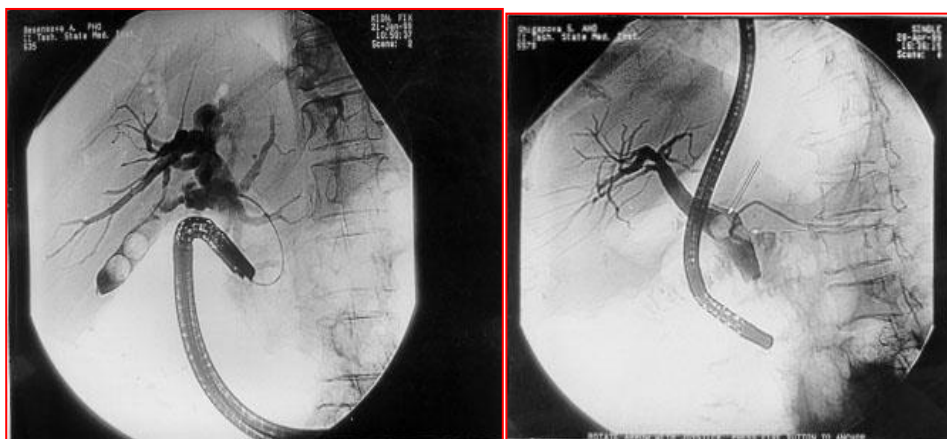
- Ultratovushli tekshiruv
- Rentgenografiya
- Kompyuter tomografiya
- Magnit-rezonans tomografiva



Invaziv usullar

- Ante- i retrograd xolangiografiya
- Laparoskopiya

5.34-rasm.



5.35-rasm. Kontrastli rentgenografiya.

Anamnez: Qoida tariqasida, bemorlar o'ng qovurga yoyi ostidagi og'riqlar, anamnezda O'tda tosh mavjudligi, o't yo'lidagi oldingi operatsiyalar, terining doimiy qichishi, vazn yo'qotish, isitma va titroqning mavjudligi, dietada xato (alkogol ichimliklar, yog'li, qovurilgan ovqatlar, dorivor mahsulotlarni iste'mol qilish) dorilar). Bir qator bemorlar, ayniqsa usma kasalligi tufayli sariqlik bilan og'rigan bemorlarda anoreksiya, dispeptik ko'rinish (ko'ngil aynish, beqaror tabure) bilan og'riydilar. Xuddi shu patologiya bilan, vazn yo'qotish xarakterlidir va ba'zida bu og'riq va sariqlikning paydo bo'lishidan oldin kasallikning birinchi alomatidir. Ishtahaning pasayishi bemorlarning

yarmidan ko'pida uchraydi. Ko'pincha yog'li yoki go'shtli ovqatlarga nafrat mavjud. Ba'zida ovqatdan keyin og'irlik hissi paydo bo'ladi, oshqozon og'rig'i, ichak faoliyati tez-tez buziladi, qichishish paydo bo'ladi, ich qotishi va ba'zida diareya mo'l-ko'l, kulrang-loy rang bo'lib, yoqimsiz hidga ega, ko'p miqdordagi yog'ni o'z ichiga oladi. O'tkir xolangitni o't yo'llari kasalligi bilan og'rgan bemorlarda, o't yo'llarida stentlash, o'ng qovurga ostidagi og'riqlar, titroq bilan isitma va mexanik sariqlik bilan og'rgan bemorlarda qo'llash mumkin. Mexanik sariqlikning klinik ko'rinishidagi xarakterli alomatlar:

Og'riq, sariqlik, terining qichishi, vazn yo'qotish, ishtahani yo'qotish, isitma. Og'riq mexanik sariqlikning asosiy belgisi kasallikning boshida o'tkir og'riq hurujining paydo bo'lishi, jigar kolikasiga o'xshash. Og'riq o'ng kovurga ostida paydo bo'ladi, pastki orqa, bo'yin o'ng yelka va yurak mintaqasiga tarqaladi. Sariqlik o'smasi bilan og'rgan bemorlarda (20%), umuman og'riq bo'lmaydi. Har xil intensivlikdagi og'riq sindromi bemorlarning 70-85 foizida, odatda o'ng kovurga yoyi yoki epigastral soxada kuzatiladi. Oshqozon osti bezi boshining usmasi bilan og'riq o'ng o'ng kovurga yoyi yoki epigastral mintaqada seziladi, tananing va dumning usmasi chap kovurga yoyi va epigastral mintaqada og'riq bilan tavsiflanadi, ammo u o'ng kovurga yoyi og'rik hislarni ham namoyon qilishi mumkin. Mexanik sariqlik kasalligi bilan kasallanish xoledoxolitiaz tufayli kelib chiqadi. Uning xarakterli simptomlar majmuasi qorin bo'shlig'idagi kuchli og'riqlar, terining rangsizlanishi va skleradan iborat bo'lib, ular og'riq 12-24 soat o'tgach, najasning rangsizlanishi va siydik rangining qizarushi. Safro aylanmasi to'liq tikanmasa, sariqlik tez ortadi, agar bu sodir bo'lmasa yoki safro chiqib ketishini bezovta qiladigan "klapan" mexanizmi paydo bo'lsa, u kechuvchi xususiyatga ega. Sariqlik bilan o'sma paydo bo'lishi bilan kasallikning birinchi alomatlari kam uchraydi, ko'pincha og'riq yoki tana vaznini yo'qotishdan oldin, asta-sekin rivojlanadi. Uning intensivligi doimiy ravishda o'sib boradi.

Terining qichishi terining retseptorlarini O't kislotalari bilan tirnash xususiyati tufayli yuzaga keladi. Sariqlik bilan, oshqozon osti bezi usmasi tufayli ko'pchilik bemorlarda qichishish paydo bo'ladi. Odatda

bu sariqlik paydo bo'lganidan keyin paydo bo'ladi, ko'pincha qonda bilirubin miqdori yuqori bo'ladi, Bu bemorlarning axvolini sezilarli darajada yomonlashtiradi, ularga dam bermaydi, uyqusizlikni va asabiylikni kuchaytiradi, ko'pincha terida izlari ko'rinadigan ko'plab tinalishga olib keladi.

Tibbiy ko'rik

Bemorni tashqi tekshiruvi sklera va terining shilliq qavatini, tanada tinalgan izlarni ko'rsatadi. Teri (shilliq pardalar, sklera) sarg'ish-yashil rangga ega, safro yo'llarining mexanik sariqlik bilan - tuproq rangi xarakterli. Uzoq muddatli mexanik sariqlik bo'lsa, teri bronza rangga aylanadi. Ilgari operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi qorin old devorida yaralar paydo bo'ladi. Uzoq vaqt davomida mavjud bo'lgan MS gomeostaz buzilishining, shu jumladan qon ivishining buzilishiga yordam beradi. Ushbu jiddiy asoratning klinik ko'rinishi minimal jarohatlar va in'ektsiya joylarida teri gematomalari va gemorragik toshmalaridir. Gepatopankreatobiliar zonaning o'tkir yallig'lanish jarayonlarida (masalan, mexanik sariqlik tomonidan murakkablashgan o'tkir xoletsistitda) yuqori tana harorati qayd etiladi. Qorinni tekshirganda, qorin devori nafas olishda ishtirok etadi, qorinni paypaslganda og'riqli, o't pufagi yallig'lanishining buzuvchi shakllari bilan, o'ng kovurgada soxasida lokalizatsiya qilinadi. Xuddi shu joyda, bir qator hollarda, kattalashgan va bo'g'ilib qolgan o't pufagini paypaslash mumkin. Ortner-Grekov, Merfi, Kera, Mussi-Georgievskiyning ijobiy belgilari (frenikus belgisi) aniqlandi. Yallig'lanish jarayonining parietal qorin bo'shlig'iga o'tishi bilan qorin bo'shlig'i mushaklarining kuchlanishiga qo'shimcha ravishda Shchetkin-Blumbergning ijobiy belgisi paydo bo'ladi. Ularning barchasi O'tkir xoletsistitning klinik ko'rsatmalarida batafsil tavsiflangan. Qorinni paypaslash qorinni pal'patsiya qilish bilan bir qator bemorlarda uchraydi - kattalashgan, og'riqsiz o't pufagi (sindrom Kurvuaz'e-Terr'e), ba'zi bemorlarda gepatosplenomegaliya aniqlanadi.

Laboratoriya diagnostikasi

Umumiy va biokimyoviy qon testini o'tkazish tavsiya etiladi.

Sharhlar: qonning umumiy tahlilida sariqlik, leykotsitozning yallig'lanish xususiyati, neytrofillarning yuqori miqdori, C-reaktiv oqsilning ko'payishi, ECHTning ko'payishi, intoksikatsiya, anemiya bo'lishi mumkin. Biyoximik qon testlarida to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita bilirubin kontsentratsiyasining to'g'ridan-to'g'ri va uzoq muddatli mavjudligi va bilvosita fraktsiyasi tufayli ortishi kuzatiladi. Bilirubinning kontsentratsiyasi yuqori raqamlarga - 850 mkol / l gacha va undan yuqori darajaga yetishi mumkin, ammo agar mexanik to'siq bo'lmasa, uning darajasi ko'pincha 100 mkol/l dan oshmaydi. Ishqoriy fosfataza (IF) darajasi oshadi, uzoq davom etgan sariqlik bilan alanin aminotransferaza (ALT) va aspartat aminotransferaza (AST) faolligining o'rtacha o'sishi kuzatiladi. Ba'zida o'tkir hepatitning differentsial diagnostikasi uchun De Rit koefitsienti (AST/ALT nisbati) hisoblab chiqiladi, uning pasayishi virusli hepatit uchun xosdir. Kamroq ma'lumot beruvchi safro kislotalari, xolesterin, lipoproteinlar, triglitseridlarning ko'payishi. Bir qator bemorlarda gamma-glutamilttransferaza (GGTP) faolligi oshgan. Fermentning tarkibi jigarning shikastlanishi bilan ortadi, uning faolligi oshishi xolestazning mavjudligini ko'rsatadi, shuning uchun MS bilan u keskin oshib, normadan 20 baravarga oshadi, bu mexanik sariqlik kasalligi yoki yiringli xolangit qo'shilishi uchun xosdir. Kreatinin miqdori normal darajada saqlanib turadi, buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan uning faolligi oshadi. Kislota asosini o'rganish paytida qon elektrolitlarining qiymati jigar va ko'p a'zolar yetishmovchiligi darajasiga bog'liq. Umumiy siydik sinovini o'tkazish tavsiya etiladi.

Sharhlar: Siydikni umumiy tahlilida - bilirubin aniqlanadi, urobilinogen kamayadi yoki yo'q, ko'p safro pigmentlari, qon lipazasi - o'tkir pankreatitda faollik sezilarli darajada oshadi.

Agar parazitlar etiologiyada mexanik sariqlikga shubha tug'ilsa, ikkita vazifaga muvofiq diagnostika dasturini tuzish tavsiya etiladi:

a) Sariqlikning mexanik xususiyatini blok darajasini aniqlash va UO'Ydagi o'zgarish darajasini baholash uchun standart instrumental tekshirish usullari.

b) MSning parazitlar etiologiyasini aniqlashtirish va tasdiqlash.

Mexanik sariqlikning tabiati rivojlanishida askaridozning etiologik rolini aniqlash uchun standart tadqiqotlar bilan bir qatorda quyidagilardan foydalanish tavsiya etiladi:

a) gemogramma: eozinofiliya, oʻrtacha leykotsitoz;

b) *A.lumbricoideus* tuxumlarini koproskopiya yordamida aniqlash.

Sharhlar: Ishonchli tashxis faqatgina parazitologik tahlildan soʻng, oʻn ikki barmoq ichakda yoki najasda opistorxiya tuxumlari yoki ularning biologik qismlari mavjudligiga asoslanadi. Bu faqat kasallikning 3-4 xaftasida yoki patogenning turini farqlashga imkon beradigan molekulyar biologik ekshiruv bilan mumkin boʻladi. Oshqozon-ichak traktining parazitlar tOʻtilishi boʻlsa, eozinofil sonini oʻrganish tavsiya etiladi ham zarur.

Instrumental diagnostika

Diagnostic nurlanish tadqiqotlari sariqlikning sabablarini aniqlash, mexanik sariqlik mavjudligini va jiddiyligini tasdiqlash, shuningdek, oʻsimta kasalliklarining ekstremal gepatik metastazini istisno qilish uchun ishlatiladi. Jarrohlik yoki interventsion davolanishni rejalashtirish uchun operatsiyadan oldingi davrda mexanik sariqlikning kelib chiqadigan sababini va joylashuvini aniq aniqlash zarur. Turli ilmiy jamoalarning soʻnggi tavsiyalariga koʻra, invaziv boʻlmagan diagnostik tasvirlash ulʼtratovush (ultratovush), kompyOʻter tomografiyasi (KT), magnit-rezonansli xolangiopankreatografiya va endoskopik retrograd xolangiopankreatografiyani oʻz ichiga oladi. Ushbu tadqiqotlar turli darajalarda samarali boʻlib, ichak tOʻtilishining sabablari va darajasini baholash uchun ishlatiladi. Ushbu usullarning barchasi samaradorligini tasdiqlovchi adabiyotlarda koʻplab maqolalar mavjud, ammo qiyosiy tadqiqotlar ularning xulosalarining toʻgʻriligiga taʼsir koʻrsatadigan omillarni kamdan-kam hollarda koʻrib chiqadi. Ushbu omillar orasida oʻrganilayotgan populyatsiyada ekstragepatik obstruktsiyaning tarqalishi, obstruktsiyaning turli sabablari (tasodifiy kombinatsiyalar) va tushunarsiz natijalar yoki bajarilmagan izlanishlarning chastotasi kiradi. Ushbu omillar ishlash koʻrsatkichlaridagi farqlarga taʼsir qiladi. Shunday qilib, har qanday diagnostik shning maqsadga muvofiqligini aniqlash uchun umumiy klinik koʻrinishni hisobga olish kerak.

Qorin bo'shlig'i ul'tratovush tekshiruvi MS bilan kasallangan barcha bemorlarga tavsiya etiladi

Sharhlar: Kengaygan safro yo'llarini aniqlashga asoslanib, ultratovush yordamida sariqlikning mexanik xususiyatini tezda aniqlash mumkin. Mexanik sariqlikning sabablarini aniqlashda ul'tratovush tekshiruvining sezgirligi 70-90%, boshqa xosligi esa 80-85% ni tashkil qiladi. Ushbu usul xoledoxolitiaz, oshqozon osti bezi va jigardagi o'simta, o't yo'llarini kattalashgan limfa tugunlari bilan bosilganda va boshqalarni aniqlashda eng informatsiondir.

Mexanik sariqlik bo'lsa, distal blok bilan endo-ul'tratovush tekshiruvi tavsiya etiladi, agar ul'tratovush, ERXPG, MSKT ishlatilganidan keyin uning sababi noma'lum bo'lib qolsa. Sharhlar: usul oshqozon osti bezi boshining kichik o'smalarida, umumiy o't yo'lining distal qismida, mikroxoledolitiaz va boshqa mayda shikastlanishlarda yuqori diagnostik samarani namoyish etadi. O't toshlarini tashxislash uchun qorin bo'shlig'ining ul'tratovush tekshiruvi va MRT juda informtsion usul bo'lib, u yoki boshqa usulni qo'llash ustuvorligi uning mavjudligi va o'qitilgan mO'taxassislarining mavjudligiga bog'liq.

ERXPGni ul'tratovush tekshiruvi operatsiyadan oldingi aniq tashxisni aniqlashga imkon bermaydigan barcha holatlarda tavsiya etiladi. ERXPG, oshqozon-ichak trakti anastomozlarining avval shakllangan bemorlarida ekstragepatik safro yo'llarini baholash uchun tanlash usuli sifatida tavsiya etiladi. Sharhlar: Shuni yodda tO'tish kerakki, safro yo'llarining torayishi yoki blokining uzunligi haddan tashqari baholanadi, chunki ichidagi torayish yoki ichak tO'tilishidagi safro miqdori signal hosil qilish va kanal tizimining anatomiyasini aks ettirish uchun har doim ham yetarli emas. ERXPG protsedurasi muvaffaqiyatsiz ERXPG bo'lsa va kanallarning shishishi yoki periduktal siqilish tufayli xolangit bilan og'rigan bemorlarda tavsiya etiladi.

MS ni tashxislashda laparoskopiya qilish tavsiya etilmaydi Sharhlar: laparoskopiya faqat bilvosita belgilarini aniqlaydi: jigarning malaxit rangi, uning kattalashishi va qirralarning yaxlitlanishi laparoskopiya yordamida aniqlangan jigar o'smalarining biopsiyasi juda heklangan. Shuni esda tO'tish kerakki, gemangioma biopsiyasi bilan kuchli

nazoratsiz qon ketish ehtimoli yuqori va biopsiya natijasida parazitarni kasalliklar bu jarayonning tarqalishiga olib kelishi mumkin. Qayta takrorlanuvchi o'choqlar va "metastazlar" ni baholash uchun al'veokokkoz uchun pozitsion-emul'sion tomografiyasidan foydalanish tavsiya etiladi.

Davolash

Mexanik sariqlikda konservativ davo

- 1) endotoksemiya sindromi oldini olish.
- 2) jigar-buyrak etishmovchiligi sindromi oldini olish
- 3) jigar entsefalopatiyasi sindromi oldini olish.

Konservativ davoning asosiy prinsiplari quyidagilardan iborat:

- 1) xolestazning oqibatlarini bartaraf etish;
- 2) detoksikatsion terapiya;
- 3) og'riqsizlantirish;
- 4) jigar-buyrak etishmovchiligining oldini olish va davolash;
- 5) eroziya va oshqozon-ichak trakti yaralarini profilaktikasi va davolash (proton pompasi ingibitorlari, Nistamin blokerlari);
- 6) xolangitni davolash.

Mexanik sariqlik bilan og'riqqa bemozlarni konservativ davolash quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi:

- 1) infuzion terapiya;
- 2) jigar parenximasining reparativ jarayonlarini ushlab turish va tiklash uchun dorilarni kiritish;
- 3) antibiotik terapiyasi;
- 4) ovqatlanish;
- 5) detoksikatsion terapiyasi.

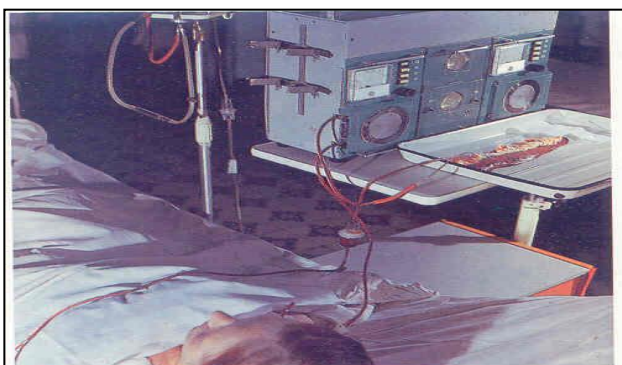
Infuzion terapiyaning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- 1) to'qimalarning yetarlicha perfuziyasini tiklash;
- 2) jigar hujayralari metabolizmini normallashtirish (infuzion antigipoksantlar);
- 3) endogen intoksikatsiyani bartaraf etish.

Detoksikatsion terapiya

Infuzion terapiya mexanik sariqlik uchun infuzion terapiyaning asosiy maqsadi markaziy va periferik gemodinamikani tez va samarali

tiklash, qonning reologik parametrlarini tuzatish, kislota bazasi va elektrolitlar muvozanati, gemostaz tizimi, buzilgan metabolizmning toksik tarkibiy qismlarini yo‘q qilish, hayotiy organlarni energiya bilan ta‘minlash. Mexanik sariqlik bilan og‘rigan bemorlarni detoksikatsion terapiyasi kuniga 1,5-2 litrdan diurezni ushlab turganda suyuqlikni parenteral yuborishdan iborat (kuniga 5-10 ml / kg). Buning uchun 5-10% glyukoza eritmasini tomir ichiga yuborish, uning detoksikasiya funksiyasini yaxshilash uchun jigarda glikogenni tiklash uchun energiya substrati sifatida tavsiya etiladi; buzilgan jigar faoliyatini tiklash uchun oqsil va aminokislotalar aralashmalari, tuzli va polionik eritmalar, plazma, albumin, oqsil, gepatosterol, Vitaminlarni tomir ichiga yuborish. Yo‘qolgan sariq infuzion terapiya hajmi asta-sekin o‘sib boradi va diurezni yetarli darajada ko‘paytiradi. Kun davomida gidroksidlanishni oldini olish uchun (yaxshisi monitor holatida) qon zardobidagi natriy miqdori, gemoglobin darajasi va gematokrit o‘rganiladi.



**Ksenotalok ishlatish bilan
detoksikasiya**



Gemosorbsiya

5.35-rasm.

Mexanik sariqlik bilan og‘rigan bemorlarni dori bilan davolashni kasalxonaga yotqizgandan so‘ng darhol boshlash tavsiya etiladi.

Sharhlar: davolash usullari, hajmi va muddatlari kasallikning xususiyatiga qarab belgilanadi. Asosiy maqsad - sariqlikni tezroq yo‘q

qilish, a'zolar va tizimlarning mavjud kasalliklarini tuzatish, operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish.

Mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda jigar yetishmovchiligining oldini olish va davolash uchun perioperativ davrda infuzion terapiya majmuasiga kuniga 800 ml dozasi remaksol infuzion gepatoprotektorini kiritish tavsiya etiladi. Sharhlar: remaksolni qo'llash operatsiyadan keyingi dastlabki davrda dekompensatsiya darajasini pasaytirishga imkon beradi va endoteroksinga nisbatan Kupffer hujayralarining detoksifikatsiya qiluvchi funksiyasini tiklash vaqtini qisqartiradi. Bir qator klinik tadqiqotlarda perioperativ davrda remaksolning samarasi mexanik sariqlik va keng tarqalgan peritonitli bemorlarda baholandi. Tadqiqotda A.YU. Yakovleva va boshq. remaksolni 800 ml dozada 13 kun davomida yuborish, mexanik sariqlik tufayli safro chiqib ketishini jarrohlik tiklash bosqichi, jigarni dekompensatsiyalashning avvalgi ko'rsatkichlari kamaygan. Gepatotsitlardagi jarayonlarini yaxshilash uchun trental, pentoksifillin va aktovegin kabi dorilarni, shuningdek turli xil gepatoprotektorlarni qo'llash tavsiya etiladi. Gepatotsitlarda metabolizmni yaxshilash uchun ATP, koenzim A, mexidol va boshqalarni buyurish tavsiya etiladi. Mexanik sariqlik sabablariga qarab, jarrohlik aralashuvdan tashqari, aniqlangan kasalliklarning konservativ terapiyasini o'tkazish kerak. Bu xolangit, pankreatit, gepatobiliar mintaqaning onkopatologiyasi, jigar va o't yo'llarining parazitar kasalliklari bo'lishi mumkin. Shuningdek, asoratlarni - jigar yetishmovchiligi, xolangit, oshqozon-ichakdan qon ketishi, sepsisni to'g'irlashga qaratilgan simptomatik terapiyani o'tkazish kerak.

Minimal terapevtik dozalarda va qisqa kurslarda (7-10 kungacha) dori-darmonlarni buyurish tavsiya etiladi. Sharhlar: O't pufagi gipertenziyasini yo'q qilishdan oldin ko'plab dorilar (natriy nukleinat va boshqa purin va pirimidin asoslari: metatsin, pentoksil, kaliy orotat) gepatotsitlar tomonidan kam so'riladi va normal oqimni tiklash uchun kiritilishi jigar faoliyatini yomonlashtirishi mumkin. Shu munosabat bilan, minimal terapevtik dozalarda va qisqa kurslarda (7-10 kungacha) dori-darmonlarni buyurish tavsiya etiladi.

Intoksikatsiya sindromi bo'lsa, enterosorbtsiya tavsiya etiladi. Sharhlar: enterosgel enterosorbent sifatida ishlatilishi mumkin. U ortiqcha bilirubin, karbamid, xolesterin va lipid komplekslarini, shuningdek endogen toksikozni rivojlanishiga javob beradigan metabolitlarni o'zlashtiradi, buzilgan ichak mikroflorasini tiklashga yordam beradi va uning vosita funktsiyalariga ta'sir qilmaydi. MF bilan oshqozon-ichak traktidan qon ketishini oldini olish va davolash uchun proton pompasi ingibitorlari va oshqozon shilliq qavatini o'rab turgan dorilarni qo'llash tavsiya etiladi.

Oziqlanishni mo'tanosib ravishda ta'minlash tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi (dalillar darajasi 3a)

Sharhlar: ovqatlanishdagi buzilishlarni tuzatishga enteral va parenteral oziqlantirish uchun aralashmalar tayinlanganda erishiladi.

Agar mexanik sariqlik sababi xoledoxolitiaz bo'lsa va bemor turli sabablarga ko'ra jarrohlik operatsiyasidan bosh tortsa, ursodeoksikolik kislotani enteral ravishda (kuniga 10 mg) kal'tsifikatsiyalanmagan toshlarni eritishga harakat qilish tavsiya etiladi. Sharhlar: ursodeoksikolik kislotasidan foydalanish safrodagi xolesterin sekretsiasini kamaytirishga yordam beradi. 30-40% hollarda bu o't pufagidagi xolesterolni asta-sekin eritib yuborishiga olib keladi. Ammo, bemorlarning taxminan 50 foizida preparat to'xtatilganidan keyin 5 yil ichida yangi toshlarning paydo bo'lishi takrorlanishi mumkin. Mexanik sariqlik uchun konservativ davoning bir turi sifatida, toshlarni eritib yuborish uchun ekstrakorporal shok to'liqlik litotripsiyani og'iz orqali davolash uchun qo'shimcha vosita sifatida foydalanish mumkin. Toshlarning yo'q qilinishi ularning parchalanish jarayonini yaxshilaydi va kichik bo'laklarni to'liqlik olib tashlashga yordam beradi. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar shartlari (masalan, o'tkir xolelitsistit, xolangit, safro pankreatit), homiladorlik, koagulopatiya yoki bemorlarga antikoagulyant dori-darmonlarni qabul qilish (gematoma shakllanishi xavfi tufayli). Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, litotripsiyadan keyin bemorlarning 70% da o't pufagining shakllanishida relaps kuzatiladi. Mexanik sariqlikni davolash majmuasida kuniga 3 marta suv yoki sharbatda eritib yuborilgan xolestiramin (4 g) yoki kolestipol (5 g)

dan foydalanish, o't yo'llarining obstruksiyasi bilan bog'liq terida qichishishni simptomatik davolashda foydali bo'lishi mumkin. Shuningdek, antigistaminlar ushbu maqsadlar uchun, xususan, tungi uyqu uchun tinchlantiruvchi vosita sifatida ishlatilishi mumkin. Biroq, ularning samaradorligi juda kam. Nalokson va nalmefenni parenteral yuborish ba'zi bemorlarda qichishishni kamaytiradi.

Rifampitsin mexanik sariqlik xolestazni davolash uchun tavsiya etiladi. **Sharhlar:** ichak florasining chastotasi va patogenligini kamaytirish orqali rifampitsin birlamchi (ko'proq toksik) safro tuzlariga kontsentratsiyasini sekinlashtiradi.

Shuningdek, uni ishlatishda bilirubin va ishqorli fosfatazalarda pasayish kuzatildi, buning natijasida terining qichishi hodisalari minimallasadi. Dozalarda qo'llaniladi: kuniga 5-17 mg, lekin kuniga 600 mg dan oshmasligi kerak. Mexanik sariqlikda antibiotik terapiyasining asosiy printsiplari O'tkir yallig'lanish kasalliklari (o'tkir xolangit, xoletsistit va safro pankreatiti) sabab bo'lgan mexanik sariqlik antibiotik terapiyasining asosiy maqsadi tizimli septik reaksiyani ham, mahalliy yallig'lanishni ham cheklash, paydo bo'layotgan va mavjud bo'lgan jarohatlarda jarrohlik aralashuv infeksiyalarining oldini olish va intragepatik shishning oldini olishdir.

Davolash samaradorligining asosiy shartlaridan biri bu, ayniqsa o'tkir xolangitda, kasallikka chalingan bemorning patentsiyasini tiklashdir

Mikroblarga qarshi vositalarni tanlashda farmakokinetikasi va farmakodinamikasi, mikroblor florasining mahalliy qarshilik darajasi, ushbu bemor tomonidan mikroblarga qarshi vositalarni qo'llash natijalari, buyraklar va jigar faoliyati, shuningdek allergiya va boshqa noxush hodisalar mavjudligi hisobga olinishi tavsiya etiladi.

Sharhlar: antimikrob natijalar juda muhim, chunki yaqinda o'tkazilgan antimikrob terapiya (<6 oy) izolyatsiya qilingan organizmlar orasida qarshilik xavfini sezilarli darajada oshiradi. Empirik antibiotiklar terapiyasi bakteriologik tadqiqotlar natijalari va ta'sirchanlik natijalari olinmaguncha amalga oshiriladi, shundan so'ng terapiya dekalatsiya printsiipi yordamida tuzatilishi kerak. Antibiotik terapiyasining

boshlanishi: safro infektsiyasi tashxisi qo'yilgan paytdan boshlab. Safro infektsiyasi bo'lgan septik shok bilan og'rigan bemorlarga antimikrob dorilarni tasdiqlangandan keyin 1 soat ichida yuborish tavsiya etiladi. Boshqa bemorlar uchun - diagnostik tadqiqot tugaganidan keyin 6 soatgacha.

O'tkir xolangit bilan og'rigan bemorlarda mikroblarga qarshi terapiya infektsiya manbai aniqlangandan keyin 4-7 kun davomida buyuriladi.

Sharhlar: Enterococcus spp., Streptococcus spp., Antimikrob terapiya kabi gram-musbat kokkli bakteremiya uchun kamida 2 hafta davomida tavsiya etiladi, bu yuqumli endokardit xavfini kamaytiradi. Agar tosh qoldiqlari yoki siydik yo'llarida tiqilib qolishi bo'lsa, siydik yo'llarining holati bilan bog'liq muammolar hal etilmaguncha davolashni davom ettirish tavsiya etiladi. Mexanik sariqlik bilan o'tkir xolangit, xoletsistit va safro yo'llarining pankreatitlari bilan og'rigan bemorlarga ichkilikbozlikni buyurish tavsiya etilmaydi. Sharhlar: tabletkalarga qarshi antibakterial dorilar sifatida quyidagilar ishlatilishi mumkin: ftorxinolonlar (siprofloksatsin, levofloksatsin yoki moxifloksatsin), amoksitsillin / klavulan kislotasi yoki sefalosporinlar (sefalekssin). Antimikrob terapiya mikroflora qarshiligi bo'yicha mahalliy ma'lumotlarga bog'liq, chunki ular mintaqadan mintaqaga qarab farq qiladi. Kattalashtirilgan spektrli beta-laktamazalar va karbapenemazalar (ya'ni meta-beta-laktamaza va metall bo'lmagan-beta-laktamaza) enterobakteritsid klinik klinikasida qorin va o't yo'llari infektsiyalari, shu jumladan o'tkir xolangit bilan og'rigan bemorlar uchun empirik terapiyani tanlashga sezilarli ta'sir qiladi. xoletsistit biliar pankreatit. Mexanik sariqlik bilan og'rigan bemorlarda E.I. Gal`perin quyidagi antibakterial dorilarni qo'llash tavsiya etiladi: Penitsillinlar guruhi: ampitsillin sul`baktam, agar taxmin qilinayotgan patogenlarning ma'lum bir mintaqadagi antibiotiklarga nisbatan sezgirligi 80% dan yuqori bo'lsa, dastlabki terapiya sifatida foydalanish tavsiya etiladi. Ilgari o'rnatilgan bili digestiv anastamoz bilan og'rigan bemorlarda anaerob infektsiyani davolash uchun dorilarni qo'llash tavsiya etiladi. Sharhlar: metronidazol, tinidazoldan foydalanish tavsiya etiladi.

Karbapenemlar va yarim sintetik penitsillinlar (piperatsillin / tazobaktam, ampitsillin / sulbaktam, sefoksitin va sefoperazon / sulbaktam) o'zlari yetarli antiantimikrob ta'sirga ega. Endoskopik ekstraktsiya konservativ davoga javob bermaydigan bemorlarga ko'llaniladi, ya'ni 3 hafta davomida o't yo'llarida dumaloq askaridalar qoladi. XDSning ampulasi ochilishidan askaridani endoskopik chiqarib tashlash bemorlarning 90-100% da muvaffaqiyatli bajarilishi mumkin. Aksariyat bemorlarga sfinkterotomiya qilish tavsiya etilmaydi.

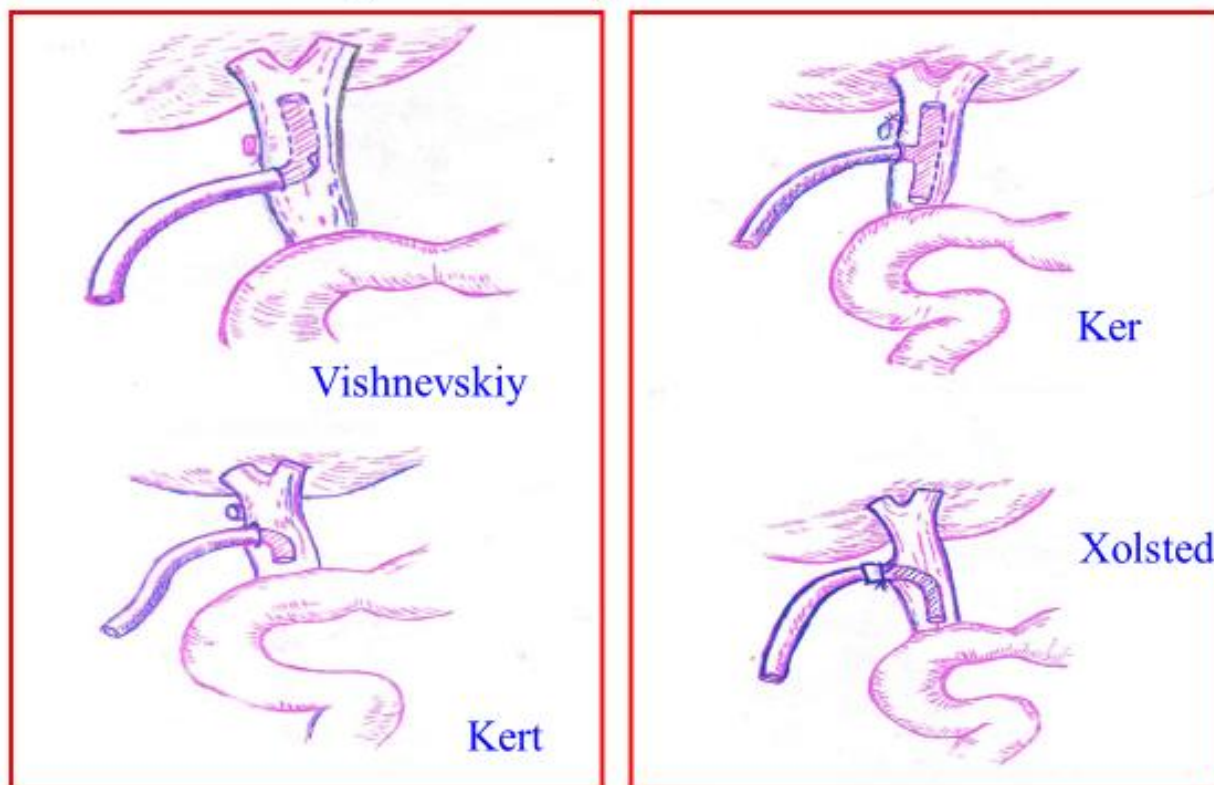
Sharhlar: Bunday bemorlarda sfinkterotomiya qilish O't yullarining takroriy infeksiyasiga olib keladi va XDS ampulasi orqali askaridalarning o'tishini osonlashtiradi

Jarrohlik davolash usullari

Zamonaviy nuqtai nazardan, safro yo'llari jarrohligi minimal invaziv usullarning rivojlanishi va takomillashishi bilan tavsiflanadi, bu minimal jarrohlik va anestetik travma bilan maksimal samaraga ishishga imkon beradi. Mexanik sariqlik bilan kasallangan bemorlarni davolash muammosi jahon tibbiyotida dolzarb va jadal rivojlanayotgan muammolardan biridir. Ushbu kasallikning ahamiyati yillar davomida ushbu patologiyaning statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi, nogironlik va o'lim ko'rsatkichlarining yo'qligi bilan belgilanadi. Mexanik sariqlik bemorlarning ahvolini sezilarli darajada yomonlashtiradi (ko'pincha unchalik yosh emas), bu jigar va buyrak etishmovchiligi, trombogemorragik sindrom, xolemik qon ketishi, yiringli xolangit, jigarda xolangiogenik shishlar, ichak lambiozii va ko'p a'zolar yetishmovchiligiga olib keladi. Shuni yodda tO'tish kerakki, 48-82% hollarda, MS bilan og'rigan bemorlarning ahvoli jiddiy (radikal) jarrohlik aralashuvni oshqozon-ichak traktining blokirovka sabablarini bartaraf etishga imkon bermaydi. Shuning uchun mexanik sariqlikga chalingan bemorlarni davolash natijalarini deyarli 2,5 baravarga yaxshilaydigan zamonaviy yondashuv bu bosqichli jarrohlik davolashdir/ Birinchi bosqichda minimal invaziv texnologiyalardan foydalangan holda UO'Y dekompressiyasi (drenajlash) amalga oshiriladi. MS sindromini (giperbilirubinemiya) organlar va tizimlarning funktsiyalarini normallashtirishni bosqichma-bosqich yo'q qilgandan

so'ng, ikkinchi bosqich yakuniy (shu jumladan radikal) operatsiya hisoblanadi. Ma'lumki, operatsion xavfi yuqori bo'lgan bemorlarning mexanik sariqik (70-80 yoshdan oshgan, og'ir patologiyalarining mavjudligi, peritonit, xolangit va boshqalar), ochiq jarrohlik va operatsion operatsiyani qayta ko'rib chiqishda o'lim arajasi taxminan 4-10% ni tashkil qilishi mumkin. 20% da.

Xoledoxga drenaj o'rnatish usullari



5.36-rasm. Ductus xoledoxusni tashqi drenajlash usullari.

Jarrohlik turini rejalashtirishdan oldin operatsion xavfni baholash tavsiya etiladi. Agar shbu xavfni oldini olish mumkin bo'lsa, unda al'ternativ sifatida endoskopik terapiya tavsiya etiladi. Sharhlar: agar turli sabablarga ko'ra endoskopik texnologiyalardan foydalanish imkoni bo'lmasa, ba'zi hollarda "umidsizlik" xarakteriga ega bo'lgan majburiy jarrohlik aralashuvlarga murojaat qilish tavsiya etiladi.

Bugungi kunga qadar davolash usulini tanlashning yagona mezonlari bo'lishi mumkin emas,

chunki ularning barchasi afzalliklari va kamchiliklari bor va ularning har biri o'z ko'rsatkichlariga ega. Hozirgi bosqichda palliativ o't yo'lini xosil qilishning uchta usuli qo'llaniladi:

- 1) transabdominal jarrohlik (shu jumladan video laparoskopik);
- 2) transduodenal endoskopik usullar;
- 3) teri orqali transgepatik aralashuvlar.

O'z navbatida, safro dekompressiyasi quyidagi talablarga javob berishi kerak: samarali bo'lish, iloji boricha tezroq xolemiyani yo'q qilish, kamroq shikastlanish va eng muhim, asoratlarning va o'limning past darajasi bilan birga bo'lish. Ularning har birini qo'llash uchun asos, birinchi navbatda, sariqlikning sabablari va safro chiqishi bloklanish darajasi. Hozirgi vaqtda ekstragepatik blokning uch turini ajratish odatiy holdir: yuqori, proksimal (qo'shilish haqida), o'rta va past (distal).

UO'Y distal blokining eng ko'p uchraydigan sabablari:

- 1) xoledoxolitiaz, ayniqsa XDS da tosh bilan;
- 2) UO'Yning qattiqlashishi;
- 3) oshqozon osti bezi o'smalari;
- 4) XDS saratoni;
- 5) parazitlar obstruktsiya va boshqalar.

O't yo'llarining proksimal bloki o'choqdan kelib chiqadigan buzilishlarning mavjudligi sababli:

- 1) Klatskin o'smalari (xolangiokarsinoma);
- 2) o't pufagi o'smasi;
- 3) jigar va limfa tugunlari limfa tugunlariga metastazlar va uzoq o'smalar bilan gepatoduodenal ligament;

Asosiy tibbiy muammolarni hal qilishda quyidagi masalalar alohida ahamiyatga ega.

- 1) dekompressiya xatti-harakatlarining ko'rsatkichlari;
- 2) dekompressiya usulini tanlash;
- 3) stentlashning variantini va turini aniqlash;
- 4) sarilikni davolashda bili digestiv anastomozlarning o'rni;
- 5) dekompressiya choralari qo'llash natijasida yuzaga keladigan jarrohlik asoratlarning taktikasi;
- 6) Mexanik sariqlik bilan kasallangan bemorlarni yo'naltirish.

UO‘Y dekompressiyasining asosiy ko‘rsatkichlari quyidagilardir:

- 1) o‘tkir xolangit;
- 2) jigar etishmovchiligi;
- 3) Sariqlikning o‘sma tabiati bilan neoadyuvant terapiyasi zarurati;
- 4) bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik;
- 5) og‘riq va qichishishni kamaytirish;
- 6) bemorning hayot tarzini yaxshilash.

Bugungi kunda, oshqozon-ichak traktining bir yoki boshqa shaklidagi o‘t yo‘llari dekompressiyasi usulini tanlash bo‘yicha munozaralar deyarli to‘xtadi. Shunday qilib, uning distal ko‘rinishi bilan deyarli barcha holatlarda turli xil retrograd endoskopik usullar qo‘llaniladi. Blokning proksimal shakli bilan klinik amaliyotda antegrad transdermal, transgepatik texnologiyalar keng qo‘llaniladi, chunki Proksimal blok bilan endoskopik stentlash bo‘yicha urinishlardagi muvaffaqiyatsizliklar soni 70-72% ga etadi. Endoskopiya (adabiyotlar uchun) O‘t yo‘llarining umumiy bloklari bilan endoskopik va teri orkali usullarni qo‘llash orqali rentgenografiya usulini qo‘llash orqali MS ni yechish mumkin.

MS bilan kasallangan bemorlarni davolash bo‘yicha muhokamalar va qarorlarni qabul qilish turli kasb mo‘taxassislari shifokorlari: jarrohlar, anesteziologlar, reanimatologlar, endoskopistlar, radiatsion diagnostika mo‘taxassislari, laboratoriya shifokorlari va boshqalar ishtirokida tavsiya etiladi.

O‘t yo‘llarining toshlarini, eng avvalo, endoskopik usulni o‘z ichiga oladigan travmatik usul bilan olib tashlash tavsiya etiladi.

Sharhlar:

Ko‘p yillar davomida endoskopik texnologiyalar keng tarqalgan va muvaffaqiyatli ishlatilgan. Vizual usul sifatida ularning yuqori diagnostik samaradorligi, endoskopik tekshiruv paytida va gistologik materiallarni olish qobiliyati bilan bir qatorda tibbiy muolajalarni amalga oshirish bilan birlashtirilgan. Mexanik sariqlik uchun endoskopik transpapillyarli aralashuvni talab qiladigan bemorlar ko‘p tarmoqli shifoxonalarda ixtisoslashgan shifoxonalarga yuborilishi kerak.

Sharhlar: Mexanik sariqlik uchun endoskopik transpapillyar aralashuvi shoshilinch, kechiktirilgan va rejalashtirilgan usulda amalga oshiriladi. Ular jarrohlik davolashning bir bosqichi, ham O't yo'llarini tiklashning mustaqil usullari bo'lib, jarrohlik aralashuvga al'ternativ bo'lishi mumkin. Ko'p tarmoqli shifoxonalarning ixtisoslashtirilgan shifoxonalarida ERXPG dan keyin yuqori samaradorlik va asoratlarning past darajasini ta'minlashga qodir bo'lgan, kamida yiliga 40-50 protsedurani bajaradigan yetarli uskunalar va tajribali mO'taxassislar mavjud.

Rejali ravishda ERXPG bemorlarga qo'llaniladi:

1) xoledoxolitiaz, shubha qilingan XDS va xoledox stenozi bilan mexanik sariqlik klinik ko'rinishi bilan;

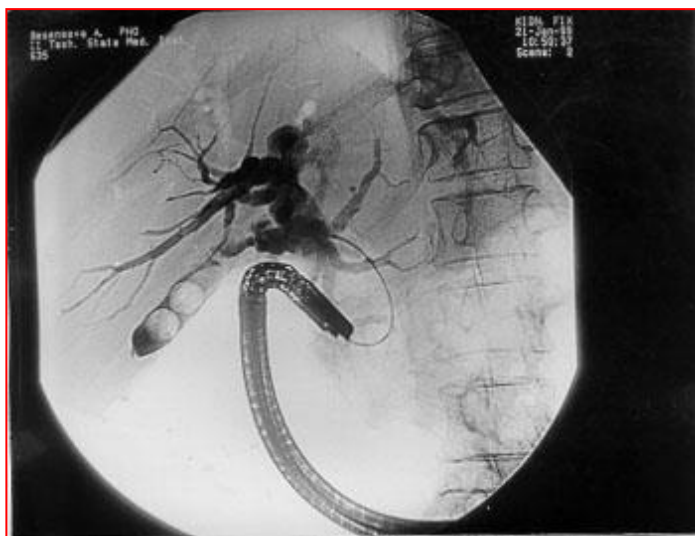
2) radiatsion diagnostika usullari (ultratovush, MRT) natijalariga ko'ra o'zgarishlar mavjud

Bo'lsa (umumiy o't yo'lining kengayishi 8 mm dan oshsa, kal'tsiy mavjudligi, stenoz);

3) gepatopankreatoduodenal zonadagi o'sma shubhasi bilan;

4) agar kerak bo'lsa, oshqozon osti bezidagi patologik jarayonning xususiyatini, birinchi navbatda, o'sma va surunkali pankreatit tashxisini tekshirish;

5) oshqozon-ichak traktida ilgari o'tkazilgan jarrohlik va jarrohlik bo'lmagan aralashuvlar asoratlari bo'lgan taqdirda (naycha tizimining shikastlanishi, stentning yopilishi va boshqalar).



5.37-rasm. Endoskopik retrograd xolangiyopankreatikografiya.

Shoshilinch ravishda ERXPGni amalga oshirish (bemorni kasalxonaga

yotqizgandan so'ng tezda tayyorlash bilan shoshilinch aralashuvni o'z ichiga oladi):

1) yiringli xolangit klinikasi bilan o'tkir safro gipertenziyasi va yuqumli toksik shok rivojlanishi xavfi;

2) o't toshi XDS bilan bog'liq bo'lgan o'tkir xoletsistopankreatitda;

3) operatsiyadan keyingi erta davrda, laparoskopik xoletsistektomiyadan so'ng qoldiq umumiy o't yo'lining tosh kasalligi bo'lgan bemorlarda va MS klinikasida uning XDS ampulasiga kirib borishi sababli (o'tkir pankreatit xavfi, pufak yo'lining naycha etishmovchiligi bo'lsa, safro peritoniti xavfi mavjud).

Mexanik sariqik ERXPG ga qarshi ko'rsatma:

1) o'tkir miokard infarkti, miyada o'tkir qon aylanishining buzilishi;

2) terminal dekompensatsiya yoki kuzish bosqichida kasalliklar mavjudligi.

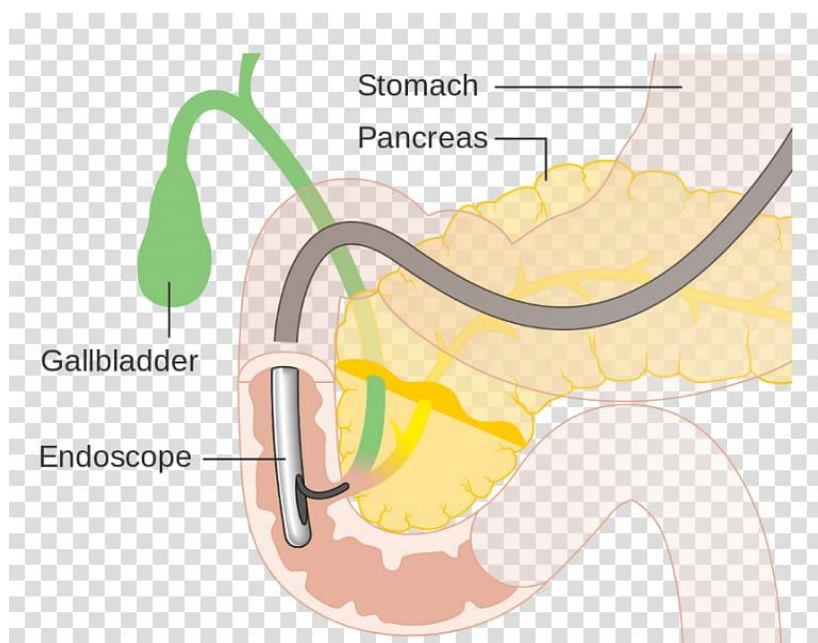
MO'tlaq karshi kursatma - bu bemorning o'ta jiddiy holati (aslida agonal), bunda endoskopiya natijalari davolash taktikasi va kasallikning natijalariga ta'sir qilmaydi.

Endoskopik drenajlash usullarini afzalliklari:

1) davolashning eng fiziologik minimal invaziv usuli;

2) u asoratlarning past darajasiga va kasalxonaga yotqizilishning qisqa muddatiga ega;

3) Jarayondan so'ng tez tiklanish davri mavjudligi.



5.38-rasm.
Endjskopik
drenajlash
Usulning kamchilik
tomonlari.

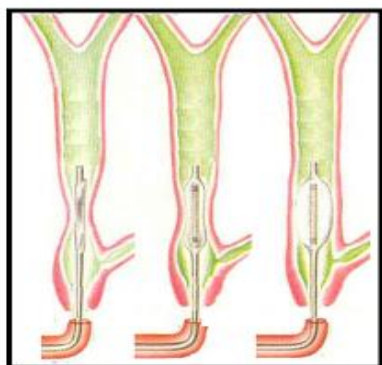
- 1) Bemor va shifokorga mavjud radiatsion yuk;
- 2) O'tkir pankreatit, xolangit kabi asoratlar rivojlanish ehtimoli;
- 3) bir qator bemorlarning takroriy aralashuvlarni o'tkazish zarurati (3-6 oydan keyin stentning o'zgarishi, uning disfunktsiyasi, stent ko'chishi mumkinligi).

Umuman olganda, boshqa tashxis usullaridan foydalanishni talab qiladigan mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarning 10-15 foizida ERXPG bilan UO'Y holati to'g'risida ma'lumot olishning iloji yo'q. Endoskopik aralashuvning mumkin bo'lgan turlari:

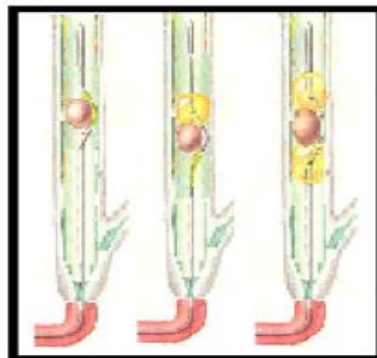
- 1) endoskopik papillosfinkterotomiya;
- 2) endoskopik ballon papillodilatatsiyasi;
- 3) endoskopik virsungotomiya;
- 4) safro va oshqozon osti bezining litoekstraksiyasi;
- 5) mexanik litotripsiya;
- 6) nazobiliar drenajlash
- 7) transpapillar bilioduodenal endoprotez;
- 8) transpapillar pankreatikoduodenal endoprotez;
- 9) o't pufagi va oshqozon osti bezi yo'llarining safro va shish bilan kengayishi
- 10) XDSning yaxshi shakllanishini olib tashlash - papillektomiya.

Xoletsistektomiyadan so'ng xoledoxolitiaz kasalligi bo'lgan bemorlarda endoskopik toshlarni sifatli olib tashlash tavsiya etiladi. Sharh: ERXPG bilan ko'p yillar davomida xoledoxolitiaz kasalligini sariqlikni yo'q qilish uchun endoskopik davolashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Ushbu usul 85-90% hollarda umumiy o't yo'lidan tochni olib tashlash va O't yo'llarini tiklashga imkon beradi.

Umumiy xoledox terminal qismini strikturasini dilatatsiyasi



Ikkitali lateksli balon yordamida toshlarni olish



**5.39-
rasm.**

Ushbu protsedura hatto yoshi kattaroq guruhdagi bemorlarda hamroh bo‘lishi mumkin. EPST natijasida safro yo‘lining yangi, kengroq og‘zi hosil bo‘ladi, bu toshlarni olib tashlash va ichakda safro ajralishini ta’minlaydi. EPST turli xil konfiguratsiyalarga ixtisoslashgan elektr pichoqli papillotomlardan foydalanib, endoskopik yo‘nalish bo‘yicha XDS sfinkterini ajratishning minimal invaziv usuli bo‘lgan umumiy o‘t yo‘llariga kirishga imkon beradi. EPST yordamida elektrokoagulyatsiyaning aralashgan rejimidan foydalanish tavsiya etiladi, chunki bu qon ketish xavfini kamaytiradi

EPST uchun ko‘rsatmalar:

1) mexanik sariqlik bilan og‘rigan bemorlarda surunkali xoletsistit xoledoxolitiaz va XDS stenoz;

2) xoletsistektomiyadan so‘ng, XDS retsidiv yoki rezidual xoledoxolitiaz.

3) izolyatsiya qilingan XDS stenoz (uzunligi ikki santimetrdan oshmasligi kerak);

4) xoledoxo-duodeno-anastomoz bilan ishlaydigan XDS stenoz ("ko‘r-ko‘rona sumka" alomati);

5) transduodenal yoki endoskopik papillosfinkterotomiyadan so‘ng XDS restenoz;

6) stentlashga (katta kalibrli 10-12 Fr stentni o‘rnatishda) yoki jarrohlik aralashuviga tayyorgarlik ko‘rish uchun mexanik sariqlik bilan og‘rigan bemorlarda o‘t yo‘llari, oshqozon osti bezi boshi va XDS usmasi.

2) Katta o‘n ikki barmoq ichakning divertikuldagi joylashuvi, agar anatomik belgilarini yetarli darajada vizualizatsiya qilish imkoniyati bo‘lmasa

3) Anamnezda oldingi EPST (o‘tish davridan oldin) keyin stenoz.

MS yordamida, shuningdek:

Fistuloxoledoxostomiya - disektsiya o‘z-o‘zidan paydo bo‘ladigan oqma orqali amalga oshiriladi, og‘iz tepasida oqma shaklida aniqlanadi.

Retrograd pankreatoxolangiografiya

ERXPG EPSTdan avval

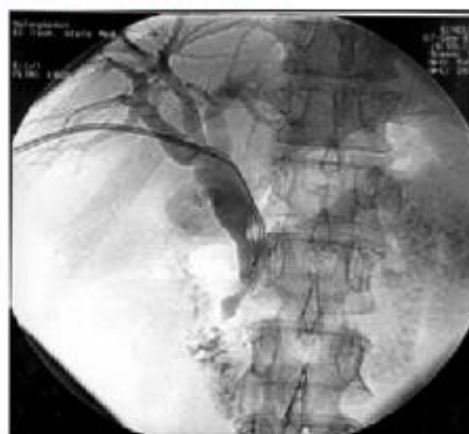
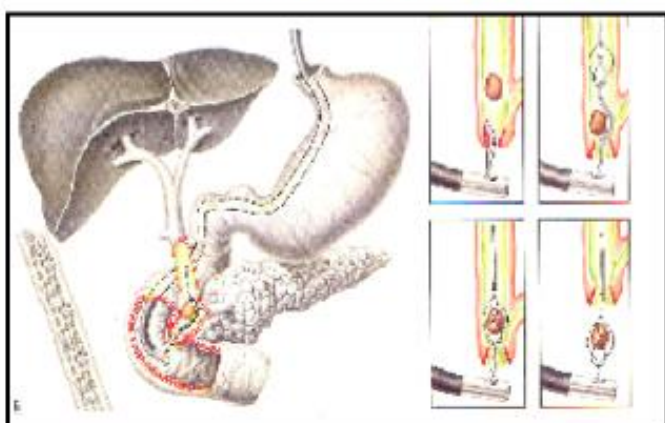


EPSTdan so'ng



5.40-rasm

Dormiya zondiyordamida o't toshlarini olish



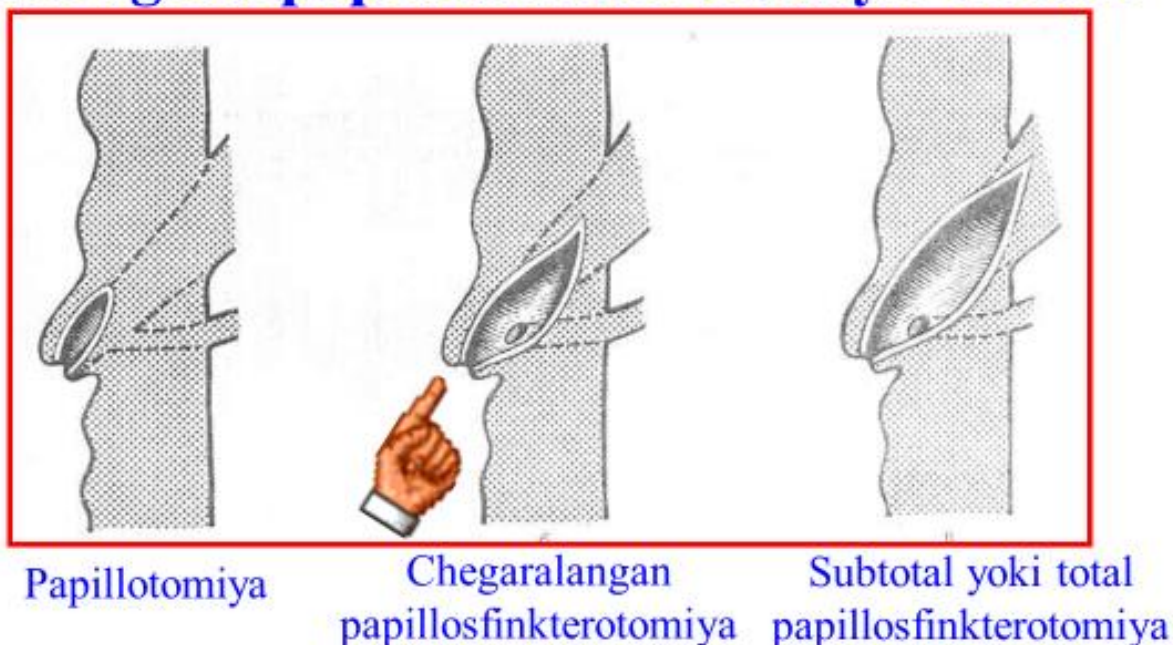
5.41-rasm

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar:

1) Umumiy o't yo'lining zararlangan distal qismining retroduodenal qismi uzunligidan (XDS uzunligi katlami) dan oshib ketishi.

Suprapapillar xoledoxoduodenostomiya - o'n ikki barmoq ichak devoridagi teshiklarni ampulaga qo'yilgan uzunlamasi katakning o'rtasida, o'n ikki barmoq ichak papillotomasi yordamida amalga oshiriladi. Kanalizatsiya qilinmagan papillosfinkterotomiya - uzunlamasi katlamni XDS og'zidan umumiy o't yo'lining og'zini ochguncha ajratish orqali. Shundan so'ng, oxirgi ikki holatda igna papillotomasi standartga o'zgaradi va sfinkterotomiya qilinadi. Mexanik sariqlik uchun endoskopik endoprotez distal xoledoxal o'smalar, oshqozon osti bezi saratoni va KDT o'smalarining 90 foizida samarali hisoblanadi. Yuqori reaksiyalar mavjudligi endoskopik usul uchun jiddiy qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Retrograd papillosfinkterotomiya turlari



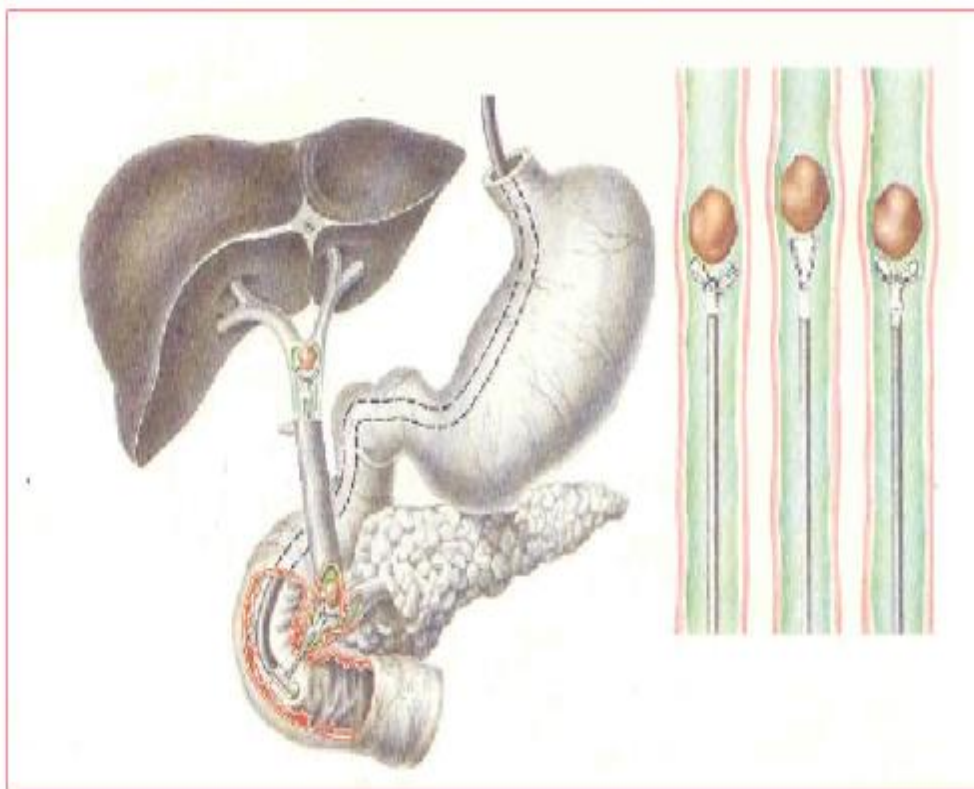
5.42-rasm

Stentning asosiy asoratlari protezning ko'chishi va uni almashtirish zarurati bilan okklyuziya hisoblanadi. Stent obstruksiyasi bo'lsa, rehabilitatsiya yoki tiklash amalga oshiriladi. Nazobiliar drenaj. MS bilan og'rig'an bemorlarda toshlar olib tashlanganidan keyin yoki ularni endoskopik usul bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, oshqozon-ichak traktini dekompressiya qilish va rehabilitatsiya qilish uchun nazobiliar drenaj amalga oshiriladi. Bunday hollarda nazobiliar drenaj. Safro yo'lidan tashqari, u safro yo'lini antibiotikli eritmalar bilan yuvishga

imkon beradi, bu esa xolangitni tezda yo‘q qilishga yordam beradi va vayron qilingan tosh parchalari va mayda kaltsiy qoldiqlarini kuzatib borish uchun radiopak tadqiqotlarini o‘tkazishga imkon beradi. Nazobolyar drenajlash siz safro miqdorini boshqarishga, kanal tarkibidagi tarkibni aspiratsiyalashga va kanallarni antiseptik eritmalar bilan yuvishga imkon beradi Mexanik litotripsiya. Umumiy o‘t yo‘lida (10 mm dan katta) katta kal`tsiy mavjud bo‘lsa, ular qazib olishdan oldin parchalanishi kerak.

Xoletsistektomiyadan so‘ng xoledoxolitiaz kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda endoskopik yordamida toshlarni olib tashlash tavsiya etiladi.

Endoskopik yo‘l bilan xoledoxdan toshni olib tashlash



5.43-rasm

Endoprotezlash uchun uchta turdagi stent ishlatiladi: plastmassa, termoplastik plastmassadan; o‘z-o‘zidan davolaydigan metal: qoplangan, qoplanmagan, qisman qoplangan. Ko‘pincha O‘t oqishini ishonchli ta‘minlash uchun bir nechta stentlar o‘rnatiladi. Ba‘zi hollarda, stentni o‘rnatish uchun ballonni oldindan qattiqlashishi yoki o‘tkazgich

bo'ylab maxsus safro yordamida bujlash kerak. XDS spreyi kengayishi ba'zi bemorlarda EPSTga al'ternativ bo'lishi mumkin. Ammo bu ERCPni bajarganingizdan so'ng o'tkir pankreatit xavfini oshiradi. Safro yoki oshqozon osti bezining toraygan kanallari uchun, distal qismiga konusning tebranadigan plastik bugidan foydalaning. Metall o'z-o'zidan kengayadigan stentlar: ochilishdan keyin ularning diametri 6 dan 10 mm gacha, shuning uchun ular safro oqishini ancha uzoq vaqt (6-12 oygacha) qo'llab-quvvatlaydi.

Endoskopik usul bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, oshqozon-ichak traktini dekompressiya qilish va reabilitatsiya qilish uchun nazobiliar drenaj amalga oshiriladi. Bunday hollarda nazobiliar drenaj. Safro yo'lidan tashqari, u safro yo'lini antibiotikli eritmalar bilan yuvishga imkon beradi, bu esa xolangitni tezda yo'q qilishga yordam beradi va vayron qilingan tosh parchalari va mayda kaltsiy qoldiqlarini kuzatib borish uchun radiopak tadqiqotlarini o'tkazishga imkon beradi. Nazobolyar drenajlash siz safro miqdorini boshqarishga, kanal tarkibidagi tarkibni aspiratsiyalashga va kanallarni antiseptik eritmalar bilan yuvishga imkon beradi Mexanik litotripsiya. Umumiy o't yo'lida (10 mm dan katta) katta kal'tsiy mavjud bo'lsa, ular qazib olishdan oldin parchalanishi kerak.

Mexanik sariqik mexanik litotripsiyani bajarishga ko'rsatma:

1) EPSTdan keyin uning hajmi umumiy o't yo'lining terminal bo'limining og'zidan kattaroq bo'lgan tosh mavjudligi;

2) umumiy o't yo'lining terminal qismi stenoz bilan xoledoxolitiaz;

3) katta o'n ikki barmoq ichakning punktsiya qilinadigan vaqtini cheklaydigan parapapillar divertikuli mavjudligi;

4) Yuqori xavfli yoki jarrohlik davolanishga muhtoj bo'lmagan bemorlarda toshning keng tarqalgan safro yo'llari yoki o'sma stenozining yuqori qavatidagi joylashishi.

Mexanik sariqik toshni olish uchun litotripsiya kursatma.

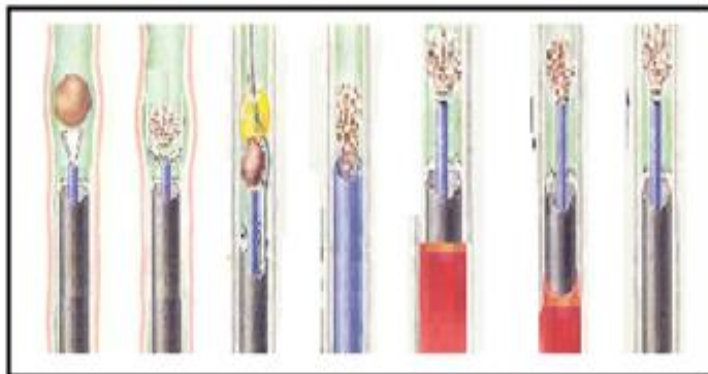
1) o'tkir pankreatit, xoletsistit;

2) koagulopatiyaning og'ir shakllari;

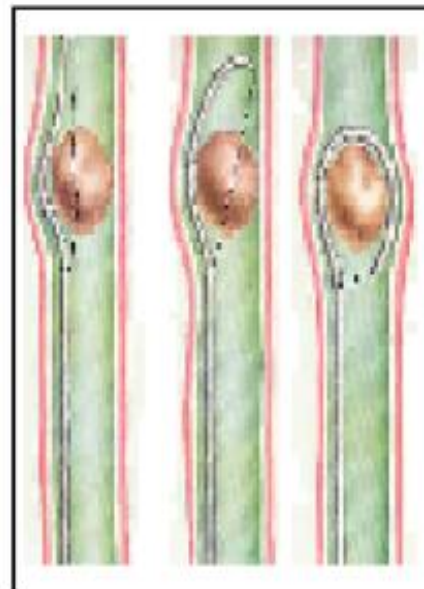
3) tosh, agar uning hajmi litotripsiya savatning diametridan oshsa;

4) Umumiy safro yo'llarining kengayishi, bu yetarli darajada drenajlash uchun biliodigestiv anastomozni talab qiladi.

Mexanik litotripsiya va aspiratsion usul

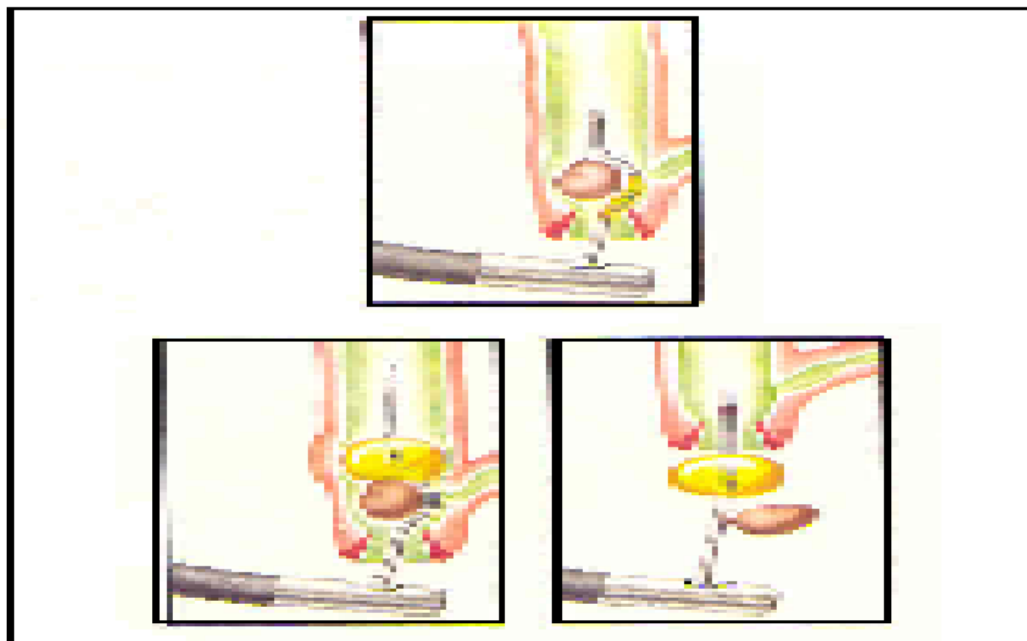


Tosh olish uchun “petlyalovushka”

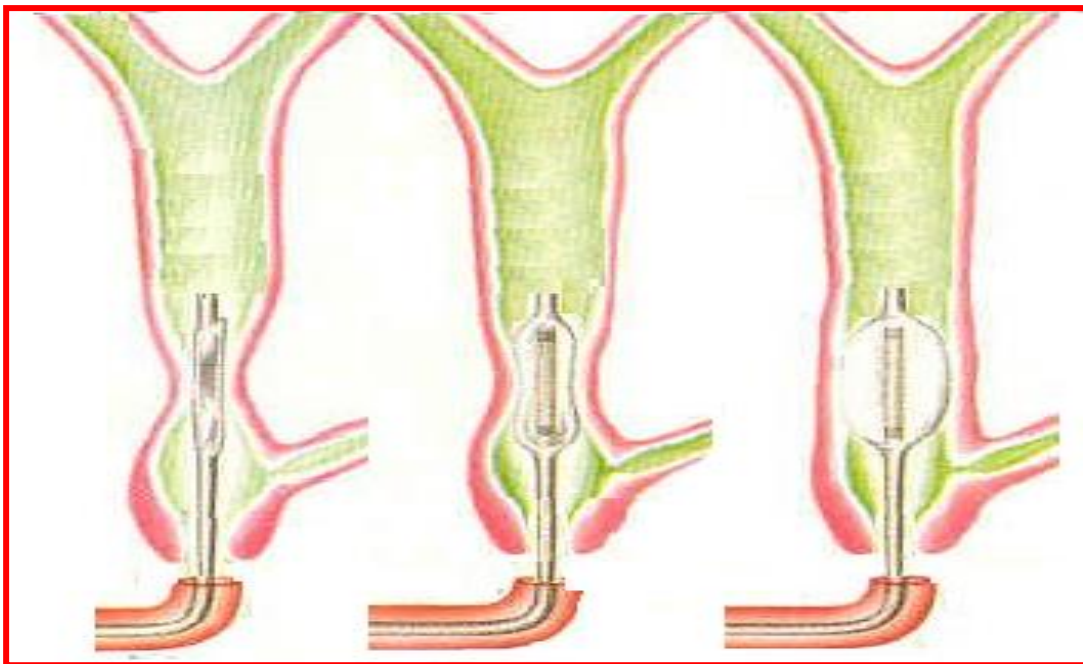


5.44-rasm

Mexanik litoekstraksiya. Safro toshlarini kanallardan tozalash uchun ballon (masalan, Foggarti) va savat (Dormia turi) ekstraktorlari ishlatiladi. Balon ekstraktorlaridan foydalaniladi:



5.45-rasm



5.46-rasm

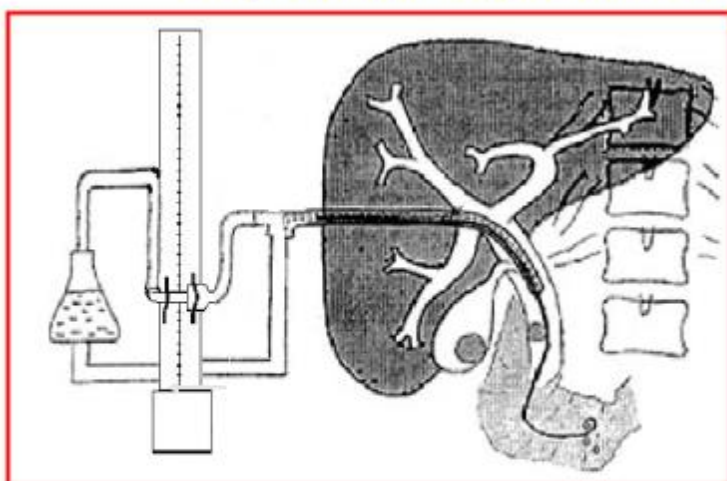
- 1) juda ko‘p miqdordagi kichik toshlar bo‘lsa;
- 2) o‘t yo‘llarining yakuniy tiklanishini nazorat qilish;
- 3) "oklklyuzion" xolangiografiyani olish (EPST va tibbiy muolajalardan so‘ng umumiy o‘t yo‘llarining kontrasti bilan)

Elektrogidravlik intraluminal litotripsi juda samarali va 74% - 98% hollarda parchalarning muvaffaqiyatli parchalanishiga imkon beradi. Toshga nisbatan ozgina zarba berilganligi va toshning katta hajmini hisobga olgan holda, elektro-gidravlik litotripsi sezilarli darajada davom etadi. Lazerli litotripsiyaning ta’siri Toshlarni intrakorporeal yo‘q qilishning bu usuli 87,5 - 95% ni tashkil qiladi. Lazer toshni yo‘q qilishning afzalligi bo‘laklarning juda kichik o‘lchamidir, bu esa kanalni o‘z-o‘zidan tark etishga imkon beradi. Salbiy fazilatlarga vaqtni sarflash, ishlatilgan uskunaning yuqori narxi va operatsion guruh tarkibining ko‘payishi kiradi. Shunday qilib, endoskopik intrakorporal litotripsiya bugungi kunda odatiy litoekstraksiya uchun yaroqsiz bo‘lgan toshlarni yo‘q qilishning samarali usuli hisoblanadi.

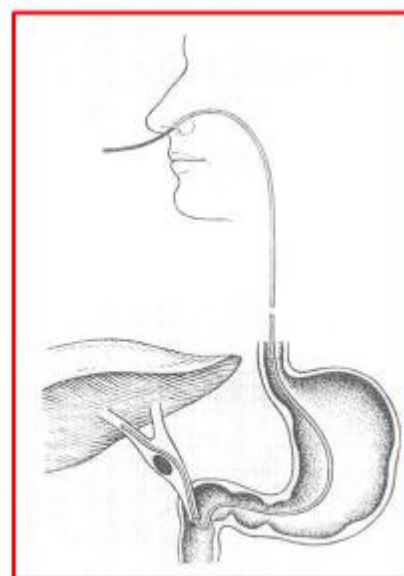
O‘t yo‘llarini drenajlashning kombinatsiyalashgan usullari (Randev texnologiyasi). Ular murakkab anatomik imkoniyatlari bo‘lgan

transpapillar aralashuvlarning terapevtik imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirishi mumkin: XDS ning atipik holati, divertikuldagi XDS joylashuvi, operatsiyadan keyin buzilgan anatomiya, o'simta okkluziyasi bilan aniq to'qimalar o'zgarishi. Usulning mohiyati transdermal kistaning kanali orqali yoki xoledox drenajlash orqali antegrad yoki endosonografik drenaj usullari yordamida operatsiya davomida, shu bilan birga rentgen va yoki ultratovush (qorin bo'shlig'i ul'tratovush, endo ul'tratovush) ostida safro yo'llarida endoskopik retrograd aralashuvlarni birgalikda qo'llashdir So'nggi yillarda, endo-ul'tratovush nazorati ostida sariqik bio-hazm qilish anastomozlarini yaratish usuli mashhur bo'ldi. Oshqozon-ichak trakti rentgen nurlari orqali drenajlanganda, safro dekompressiyasini o'z ichiga oladi, uning samaradorligi to'liq taxmin qilinadi, chunki manipulyatsiya me'da-ichak yo'lining obstruktsiya zonasidan yuqori qismida amalga oshiriladi. Mexanik sariqlik oshqozon-ichak traktiga antegrad kirish mafkurasi tashxis bosqichining (oshqozon-ichak trakti kontrastini o'rganish) va ikkala safro gipertenziyasi sindromiga (dekompressiya) terapevtik ta'sirning birlashishini va obstruktsiya sababini kechiktirishni (sanitariya tadbirlarini o'tkazish uchun transgepatik kanallardan foydalanish) anglatadi.

O't yo'llarini tashqi va ichki drenajlash usullari



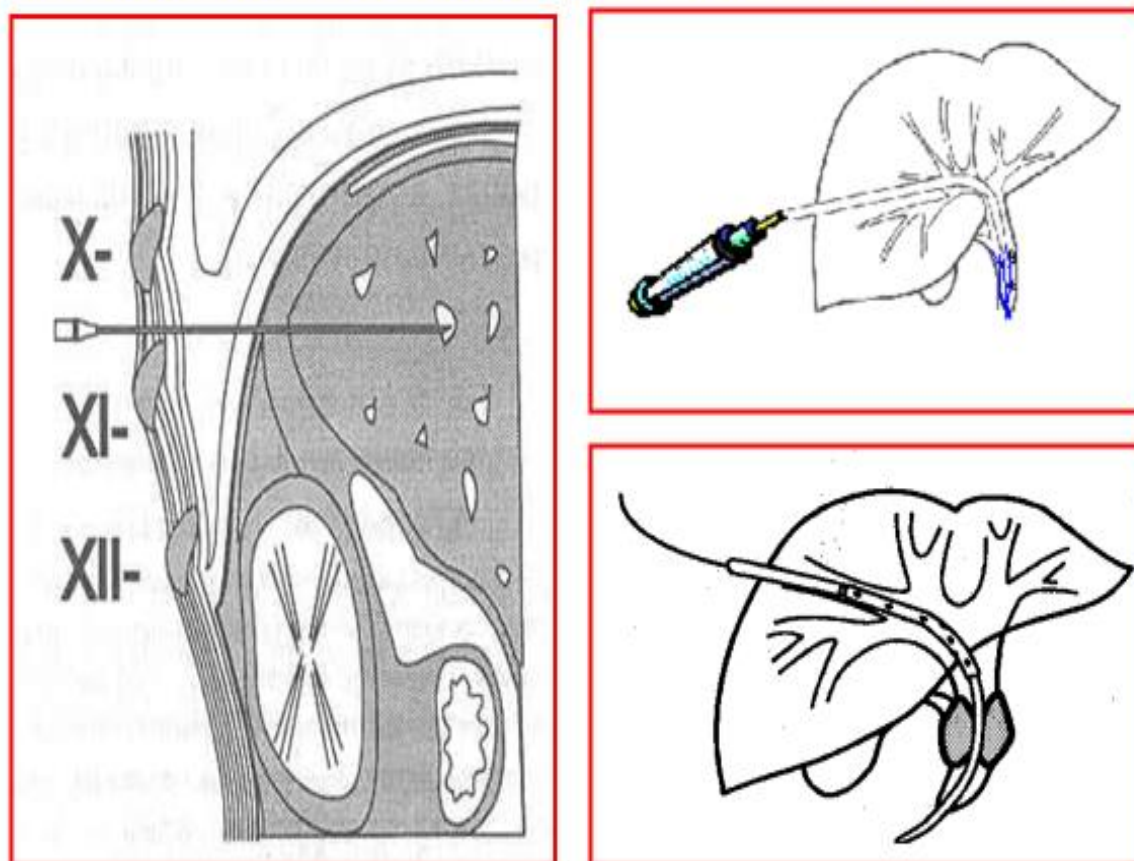
Teri va jigar orqali xoleangiostomiya



Nazobiliar

5.47-rasm. Teri osti transgepatik xolangiostomiyasiga ko'rsatmalar

Teri va jigar orqali xoleangiografiya va xoleangiostomiya amaliyoti



5.48-rasm

- 1) sariqlikning davomiyligi va intensivligidan qat'iy nazar o'sma kelib chiqadigan mexanik sariqlik;
- 2) xoledoxolitiaz, uzoq vaqt va sariqlikning intensivligi bilan;
- 3) uzoq davom etadigan sariqlik bilan benuqson qat'iylik;
- 4) o't yo'llarining yatrogen shikastlanishi (o't yo'llarini kengaytirmasdan).

UO'Y drenajlash ularni turli shakllarda amalga oshirishni o'z ichiga oladi:

- 1) ul'tratovush nazorati ostida teri orqali xoledostomiya;
- 2) laparoskop nazorati ostida teri orqali xoledoxostomiya;
- 3) minilaparotomik kirish orqali laparotomiya yordamida teri orqali xoledoxostomiya. mexanik sariqik teri antegrad texnologiyalarining afzalliklari:

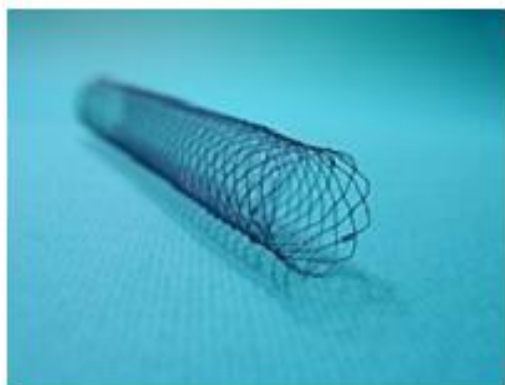
- 1) birinchi urinishdan boshlab protsedura muvaffaqiyatli bo'lishi ehtimoli yuqori;

- 2) sedatsiya uchun kam ehtiyoj;
- 3) jigar segmentlarini selektsiyalash imkoniyati (yuqori blokli);
- 4) ko‘p marotaba o‘tkazish imkoniyati (yuqori bloklarda);
- 5) sariqlikni davolashning jarrohlik bosqichidan so‘ng (yuqori bloklar bilan) operatsiyalar paytida jarrohlarga xalaqit bermaydigan drenajlarning joylashishi va drenaj vaqtini kamaytirish.

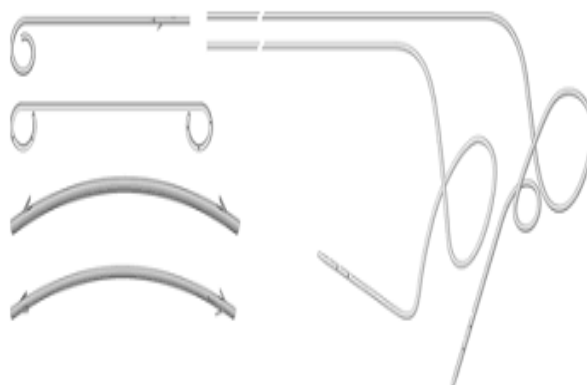
O‘t pufagidagi stentni qisqa vaqt ichida qo‘llash tavsiya etiladi, undan so‘ng endoskopik muolajalar yoki jarrohlik operatsiyalar o‘tkaziladi. Mamlakatimizda safro yo‘llarining antitrest stentlashi (protezlash) turli xil etiologiyalarning mexanik sariqlik sindromi bilan og‘rigan bemorlarga palliativ yordam ko‘rsatishda kam qo‘llaniladi. Hozirgi vaqtda stentlash vaqtini aniqlash, stentni tanlash va stentlashdan keyin xavfsiz xolangiostomiyani o‘rnatish maqsadga muvofiqligi to‘g‘risida savol tug‘iladi stentlash.

Metall stentlardan foydalanish bo‘yicha ko‘rsatmalar:

- 1) ekstragepatik o‘t yo‘llarining xavfli stenoz;
- 2) o‘t yo‘llarining o‘sma stenoz, metastazlar va yoki mahalliy bosilishi tufayli rezektsiya qilinadigan davolash usullarini oldini olish;
- 3) operatsiyadan keyingi yaxshi stenoz;
- 4) safro stenoz bilan asoratlangan surunkali toshli pankreatit;
- 5) o‘tkir xolangit;
- 6) ichki yoki tashqi safro oqmalari;
- 7) asosiy o‘t yo‘llarining tikilmaydigan toshlari

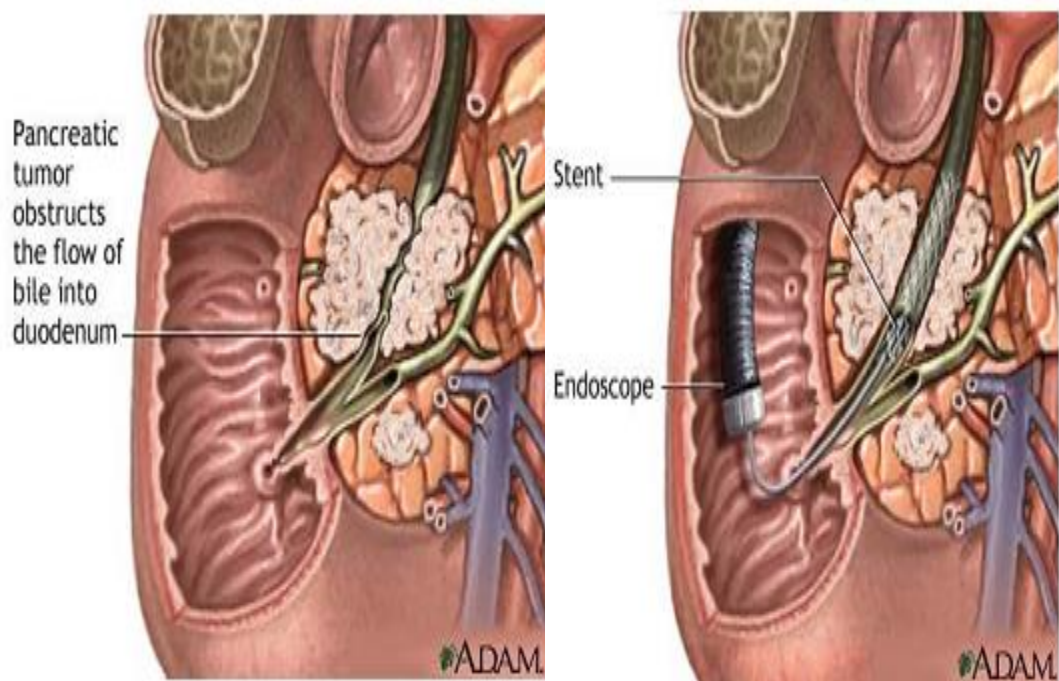


A)



B)

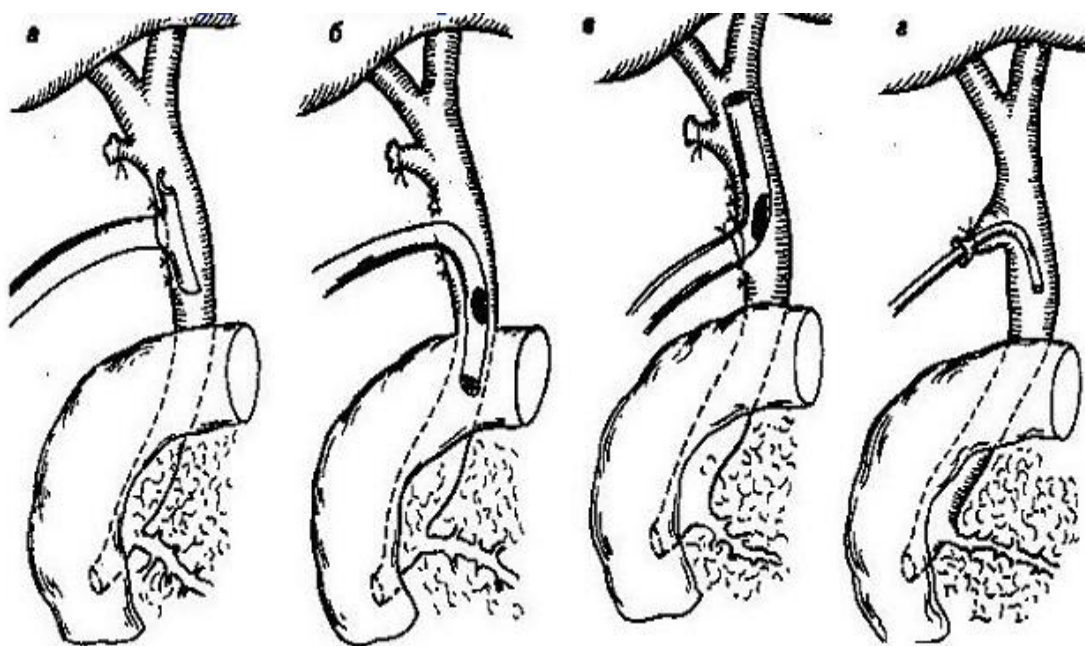
5.49-rasm. Bilyar stentlar: Metall (A), Plastik (B)



5.50-rasm. Mexanik sariqlik bilan oshqozon osti bezi boshchasi o'smasida endoskopik metal stentlash.

Jigardan safro chiqishi vaqtincha dekompressiya versiyasi bilan blokadaning yuqori darajasi bilan (davolanishning keyingi radikal bosqichini rejalashtirishda yoki aksincha, kO'tilayotgan umr ko'rish muddati 3 oydan kam bo'lganda) plastik qoplamali stentlardan foydalanish tavsiya etiladi, protezning oxirgi versiyasi - qoplangan nitinol stentlar hozirgi vaqtda ichi qon tomirlari drenajini ikki bosqichda o'tkazish maqbul deb hisoblanadi: ul'tratovush nazorati ostida va konduktor orqali kengaytirilgan intragepatik o't yo'llarini teshib qo'yish, rentgen tekshiruvi nazorati ostida drenajni o'rnatish. Ammo ikkinchi bosqichni amalga oshirish ul'tratovush nazorati ostida ham mumkin. Xoletsistostomiya Mexanik sariqlik uchun protsedura aralashuvning maqsadi: safro yo'llarining dekompressiyasi (drenajlanishi) qo'llanilishi:

- 1) o't yo'llari tizimining o'smalari (turli darajadagi XDS, UO'Y);
- 2) o't yo'llarini atrofdagi organlarning o'smalari (oshqozon osti bezi, jigar), metastazlar orqali siqish yoki rivojlanish;
- 3) umumiy o't yo'lining terminal qismining torayishi;
- 4) xoledoxolitiaz (agar EPST mumkin bo'lmasa).



51-rasm Umumiy o't yulini tashqi drenajlash a-Keru; b-Kertu; v-Vishntvskiy; g-Holsned.

Teri osti transgepatik xoletsistostomiyasi uqori jarrohlik xavfi bo'lgan bemorlarda bir vaqtning o'zida radikal operatsiya bilan solishtirganda avfsiz al'ternativ manipulyatsiya hisoblanadi. Kerakli ko'rsatkichlar mavjud bo'lganda, laparoskopik xoletsistostomiya qilish tavsiya etiladi.

Yiringli safroni tashqi va ichki chiqarish uchun kamida 1,5-2 mm bo'shliqli drenajlash vositalarini ishlatish tavsiya etiladi.

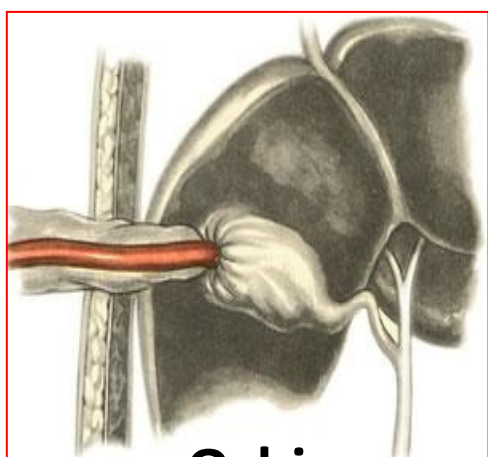
Sharhlar: Bosqichli davolanishni amalga oshirishda kanallardagi aralashuvlarni bajarishning tavsiya etilgan usuli bu tashqi shaklda T-shaklidagi yoki yetarli diametrli drenajlangan drenajdir (yaxshisi 4-5 mm, drenaj esa drenajlangan naychaning 2/3 - 4/5 qismini egallamasligi kerak). Eng og'ir bemorlarda xoletsistotomiya chikarishi mumkin. Izolyatsiya qilingan xoletsistostomiya yiringli xolangit uchun yetarli darajada samarali emas. Pufak yo'lidani yiringli safro chiqishi qiyin. O't pufagiga yaqinlashishda uchta jarrohlik yondoshuvni (ochiq, laparoskopik va minilaparotomiya) taqqoslash jarrohlik shikastlanish darajasida jiddiy farqlarni ko'rsatdi. Laparoskopik kirish eng kam travma bilan kechadi va operatsiyadan keyingi davrning eng oson va eng qisqa kursi bilan tavsiflanadi. Minilaparotomik kirishdan olingan jarrohlik aralashuvlar natijalarini tahlil qilish ushbu aralashuvning oraliq

pozitsiyasini ko'rsatdi. Shikastlanish mezonlariga kelsak, jarrohlik aralashuvning ushbu usuli an'anaviy (ochiq) usuldan sezilarli darajada kamroq xavflidir, ammo bir qator parametrlarda (qon yo'qotish miqdori va operatsiya davomiyligi) laparoskopik tekshiruvdan pastdir. Ammo laparoskopiya paytida intensiv pnevmoperitoneumning hayotiy organlar va tana tizimlari faoliyatiga salbiy ta'siri ehtiyotkorlik bilan operatsiya ichidagi nazoratni va o'z vaqtida tuzatishni talab qiladi

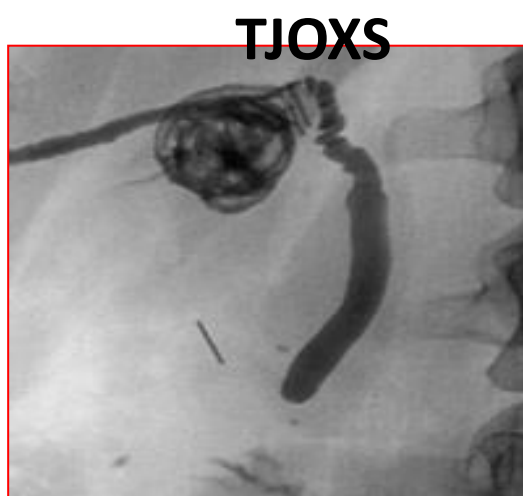
Xoletsistostomiya samaradorligining ko'rsatkichlari:

- 1) safro chiqishi va toshlarni olib tashlash;
- 2) jigar funktsiyasi testlarining ijobiy dinamikasi;
- 3) mexanik sariqlik va xolangit klinikasini yo'q qilish.

Mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda safro oshqozon tizimiga qaytish variantlari. Bir sO'tkada safro tez-tez 0,5 dan 1,5 litrgacha o'zgaradi, ammo ko'pincha dekompressiyadan keyin u 2-3 litrga etishi mumkin 10-12). Axoliyani oldini olish uchun barcha ajratilgan safro ichaklarga qaytarilishi kerak. O't yo'lini teri orqali transgepatik drenajlashdan so'ng, o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'ida safro chikishi afzalroq, ingichka zond orqali. Agar bemor transnazal ravishda o'n ikki barmoq ichakka ingichka zond o'tkazishni rad etsa, me'da shilliq qavatini o'rab turgan preparatlar bilan himoya qilib, safro ichishga ruxsat berish mumkin.



Ochiq



5.52-rasm

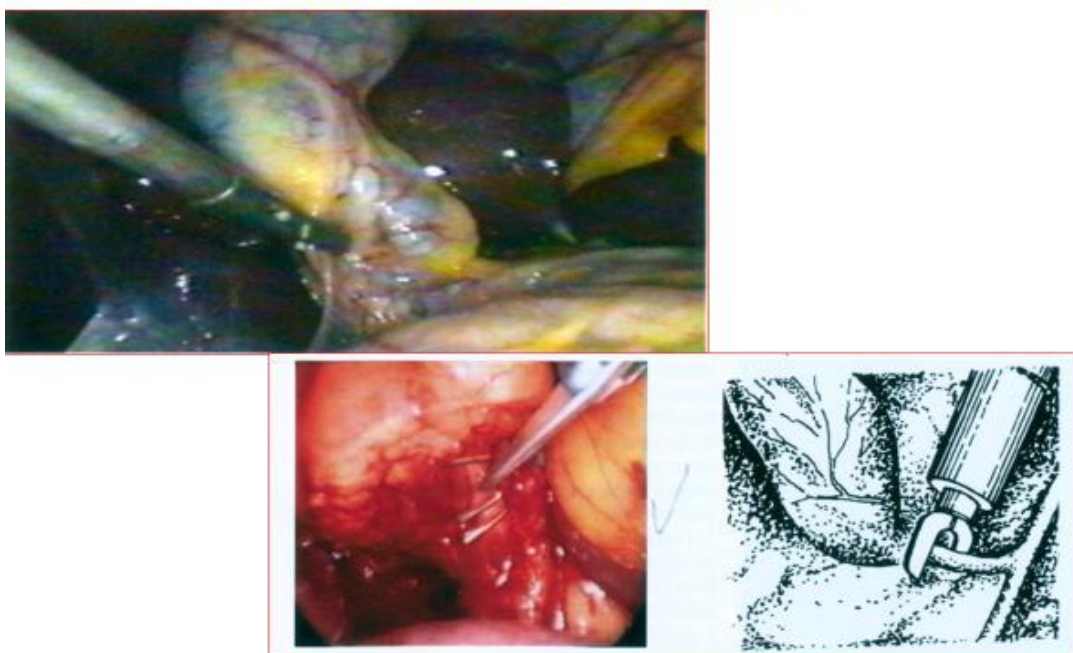
Xoletsistektomiya

Xoletsistektomiya (XE) xoledoxolitiaz va oshqozon-ichak trakti toshlari bilan og‘rigan barcha bemorlarga, agar operatsiyani rad etish uchun aniq sabablar bo‘lmasa, tavsiya etiladi. Mexanik sariqlik bilan asoratlangan o‘tkir xoletsistitda laparoskopik usulda bajarilishi tavsiya etiladi. Sharh: ushbu yondashuv operatsiyadan keyingi o‘lim va asoratlar sonini sezilarli darajada pasaytirishni, kasalxonaga yotqizishni qisqartirishni, tez tiklanishni va ishga qaytishni ta‘minlaydi. Ko‘plab meta-tahlillar va RKI larning tahlili shuni ko‘rsatadiki, LXE dan keyin yuqumli asoratlar, ayniqsa vayron qiluvchi xoletsistit, peritonit va mexanik sariqlik bilan kasallanish holatlari sezilarli darajada kamayadi.

Keksa va keksa bemorlarda LXE ning MS bilan kasallanish natijalari ochiq aralashuvlar bilan solishtirganda o‘lim ko‘rsatkichi, operatsiyadan keyingi asoratlar soniga nisbatan ancha past. O‘tkir, shu jumladan gangrenoz xoletsistitda, LXE xavfsiz va operatsiyadan keyin ochiq usulda qilingan operatsiyaga qaraganda kamroq asoratlarni keltirib chiqaradi. Agar bemor erta operatsiya qilish uchun eng maqbul vaqtdan kechroq kelsa, LXEni yetarlicha malakali jarroh amalga oshirganda mumkin. Operatsiya usulini tanlash to‘g‘risida qarorni operatsion jarroh qabul qilishi kerak, ammo bunday holatlarda jarrohlarning tajribasi minilaparotomik kirishdan xoletsistektomiya foydasini talab qiladi.

Sariqlik balandligida o‘tkazilgan jarrohlik aralashuvlar ko‘plab asoratlar bilan kechadi va operatsiyadan keyingi o‘lim darajasi 15-30% ga etadi, bu operatsiyadan oldin mexanik sariqlik yo‘q qilish mumkin bo‘lgan holatlardan 4 baravar ko‘pdir. O‘tkir xoletsistit va xoledoxolitiaz kasalligi fonida, safro oqishini endoskopik tiklashning iloji yo‘qligi yoki samarasizligi bilan, minilaparotomik kirishdan jarrohlik operatsiyani yetarlicha samaradorlik va xavfsizlik darajasida o‘tkazish imkonini beradi.

Laparoskopik xolelsistektomiya



5.53-rasm

Agar texnik qiyinchiliklar bo'lsa, asoratlarni rivojlanishiga qadar, shu jumladan, laparoskopik yoki minilaparotomik usulda ochiq operatsiyalarni o'z vaqtida o'tkazish tavsiya etiladi. Ekstragepatik o't yo'llarining shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun bir qator LXE'larga ko'ra laparoskopiya va OX uchun mini-laparotomik kirishlardagi operatsiyalarni taqqoslash asorat va o'lim sonining bir xil natijasini ko'rsatmoqda. LXE bilan operatsiya davomiyligi biroz yuqori, ammo operatsiyadan keyingi davr qisqaroq va qulayroq. Operatsiyadan bir oy o'tgach, hayotiy funksiyalarni tiklash darajasida farq yo'q. Agar bemorda pnevmoperitoneumga qarshi ko'rsatma bo'lsa, jarroh murakkablashgan o'tkir xolelsistitning vayronkor shakllarida, operatsiyaning kech bosqichlarida, oshqozon-ichak traktining manipulyatsiyasidagi ehtiyojni qondirishda yetarli darajada tajribaga ega bo'lmasa, minilaparotomik kirishdan XEni amalga oshirish mumkin. Ushbu operatsiyani bajarish laparoskopik aralashuvlar paytida texnik qiyinchiliklar yuzaga kelganda konversiya usuli sifatida ishlatilishi mumkin (Oshqozon-ichak trakti patologiyasini boshqa usullar bilan tuzatish mumkin bo'lmaganda, laparotomik kirish mexanik sariqlik davolashda asosiy vositalardan biri bo'lib qolmoqda). Bu

minimal invaziv aralashuvlarni amalga oshirishda texnik qiyinchiliklar yuzaga kelganda ayniqsa muhimdir. mexanik sariqlik bilan kechadigan o'tkir safro yo'llari pankreatitida kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun LXE erta tavsiya etiladi.

Bunday operatsiyalarni bajarish uchun ko'rsatmalar MS ning barcha asosiy sabablari: yurak-qon tomir tizimining torayishi, oshqozon osti bezi va o't yo'llari shishi va boshqalar, shuningdek, bunday vaziyatlarni endoskopik usul yordamida hal qilishning mumkin emasligi.

Xoledoxoduodenostomiya (XDA) uchun ko'rsatmalar:

- 1) kanallarda bir nechta o't toshlari;
- 2) xoledoxolitiaz;
- 3) jigar xoledoxning naycha va kengaytirilgan torayishlari;
- 4) kista sabab O't yo'llarining o'zgarishi;
- 5) o't yo'llarida takroriy operatsiyalar.

Agar bitta mustaqil operatsiya safro va oshqozon osti bezi sekretsiasini tuzatmasa, umumiy o't yo'lini ikki marta ichki drenajlash tavsiya etiladi, bunda me'da osti bezi va jigar kanallari tizimidan oqib chiqadigan XDA bo'lsa. Bir nechta mualliflarning fikriga ko'ra, XDA, transduodenal papillosfinkteroplastika, o't yo'llaridagi barcha operatsiyalarning 0.3-4.2% ni tashkil qiladi. Bugungi kunda XDA o'rniga Ru-usulida ko'proq fiziologik gepatikoeyunanastomoz o'tkazilib, endoskopik papilloskincterotomiya deyarli transduodenal papillosfinkteroplastika bilan almashtirildi. Eng ko'p ishlatiladigan HDA urnatish texnologiyalari Yuurash, Finsterer va Flerken tomonidan tan olingan usullardir. Ushbu operatsiyalarning kamchiliklari shundaki, ular faqat umumiy o't yo'lining sezilarli kengligi (2,5 sm dan ortiq) bilan qo'llaniladi; ko'pincha anastomoz bo'g'imlarning yuqori burchagidagi kuchlanish tufayli nomuvofiqligi kuzatiladi; shakllangan anastomozlarda «klapan mexanizmi» bo'lmaydi. Laparoskopik usulda biliodigestiv anastomozlarning joylashishi Ru bo'ylab ajratilgan yeyunum qovuzlog'ini shakllantirish qiyinligi sababli asossizdir.

O't pufagi oqishi yuqori darajada buzilgan bo'lsa, uni tashqi yoki tashqi-ichki (ma'qul) usulda teri orqali transgepatatik drenajlash tufayli tiklash tavsiya etiladi. Sariqlik sindromi bo'lgan bemorlarni davolashda

eng ko‘p qo‘llaniladigan ikki bosqichli yondashuv ushbu guruhdagi bemorlarning o‘limini bir necha bor kamaytirdi. Bir bosqichdan ikkinchisiga o‘tishning asosiy mezonlari quyidagilardir: bemorning umumiy holati, safro ajralib chiqishi va bilirubinemiya dinamikasi, safro mikrobial ekish spektri, yiringli asoratlarning mavjudligi (birinchi navbatda o‘tkir xolangit), jigarning funktsional holati va ko‘plab a‘zolar yetishmovchiligining boshqa belgilari.

Distal va o‘rta blokirovkadan kelib chiqadigan mikroflorani endoskopik usul bilan hal qilish tavsiya etiladi, yuqori blok - ul`tratovush tekshiruvi ostida (ko‘pincha) yoki KT-navigatsiya nazorati ostida keng jarrohlik amaliyotida qo‘llash uchun tavsiya etiladi. Sharhlar: Bunday holatlarda muqobil texnologiyalar o‘t pufagi va kanallarida bir vaqtning o‘zida va bosqichli ochiq transabdominal aralashuvlar, so‘ngra oshqozon-ichak traktining transabdominal dehidratatsiyasi yoki endoskopik papillotomiya bo‘lishi mumkin.

Mexanik sariqlik jarrohlik yo‘li bilan boshqarish Yallig‘lanish kasalliklari mexanik sariqlik murakkablashtiradigan oshqozon osti bezining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarida (o‘tkir xoletsistit, pankreatit, xolangit) ochiq va minimal invaziv jarrohlik aralashmalarining keng doirasi qo‘llaniladi. Ushbu usullarning har biri afzalliklari va kamchiliklariga ega, ular amalga oshirishning nisbiy qulayligi, operatsiyadan keyingi asoratlari va o‘limning past darajasi, minimal xarajatlar va qimmatbaho uskunalar va materiallardan foydalanish zarurati bilan yakunlanadi. Bundan tashqari, sariqlikni yo‘q qilish uchun ishlatiladigan operatsiyalarning hammasi ham odatiy emas va umumiy jarrohlik shifoxonalariga kirib borishi mumkin. O‘tkir va surunkali yallig‘lanish kasalliklarida mexanik sariqlik davolash uchun jarrohlik taktikasi mexanik sariqlik uchun operatsiya usulini va hajmini tanlash mumkin bo‘lgan klinik holatlarga qarab belgilanadi. Shoshilinch jarrohlik, bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 2-4 soat ichida, qisqa muddatli operatsiyadan oldingi terapiyadan so‘ng amalga oshirish tavsiya etiladi.

Sharh: jarroh uchun ko‘rsatmalar:

1) peritonit;

2) XDS ogʻzida toshlar;

3) safro sepsisining fenomeni bilan yiringli xolangit.

Peritonitda operatsiyani safro yoʻllarini tashqi drenajlash - xoletsisto yoki xolangiostomiya bilan yakunlash tavsiya etiladi.

Oʻtkir xolangit (ogʻir shaklda) septik shok bilan ogʻrigan bemorlarga reanimatsiya boʻlimida ogʻrikka qarshi choralar koʻrish tavsiya etiladi. Gemodinamik koʻrsatkichlar barqarorlashgandan soʻng, septik shok bilan ogʻrigan oʻtkir xolangit (ogʻir shakl) bilan ogʻrigan bemorlarga jarrohlik muolajalarini shoshilinch va minimal darajada bajarish tavsiya etiladi.

Sharhlar: oʻtkir xolangitga shubha qilingan barcha bemorlar safro yoʻllarini drenajlashni talab qilishi mumkin. Safro sepsisi boʻlgan yiringli xolangit uchun oddiy jarrohlik muolajalarni, masalan, oʻt pufagini dekompressiyalash, transpapillyar endoskopik muolajalar yordamida bajarish tavsiya etiladi. Izohlar: agar ularni qoʻllash imkoni boʻlmasa, infeksiyalangan safro minilaparotomik kirish orqali T-drenajini oʻrnatish bilan transabdominal operatsiya qilish tavsiya etiladi.

Mexanik sariqlikning ogʻirligidan qat'i nazar, oʻtkir buzuvchi xoletsistit (peritonit belgilari boʻlmagan) xoledoxolitiaz, papillostenoz yoki ularning kombinatsiyasi bilan ogʻrigan bemorlarda; shuningdek, surunkali yoki oʻtkir kataral xoletsistit bilan ogʻrigan bemorlarda, xoledoxolitiaz, papillostenoz yoki ogʻir mexanik sariqlik boʻlsa, ularning kombinatsiyasi E.I. Galperinga jarrohlik davolashning bosqichma-bosqich taktikasi tavsiya etiladi.

Sharhlar: 1 bosqich - oʻt pufagining tashqi dekompressiyasi (perkOʻtan oʻtkazuvchanlikdagi xoletsistomiya, laparoskopik xoletsistostomiya, ochiq xoletsistostoma), shuningdek, kista yoʻlini toʻsib qoʻygan boʻlsa, oʻt yoʻllarining tashqi dekompressiyasi (ulʼtratovush tekshiruvi ostida yoki 24 soat ochiq tashqi xoledox). bemorni kasalxonaga yotqizish paytidan boshlab;

2-bosqich - bemorning ahvoli barqarorlashgandan keyin litekstraksiya bilan EPST;

3 bosqich - bilirubin parametrlari normallashtirishgandan keyin minilaparotomik kirishdan laparoskopik, ochiq yoki xoletsistektomiya.

Xoledoxolitiaz kasalligi (qoldiq yoki qaytalanuvchi) bilan ogʻrigan bemorlarga, mexanik sariqlikning ogʻirligidan qatʼiy nazar, bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab va keyingi laparoskopik xolestsistektomiyadan keyingi 24-48 soat ichida umumiy safro yoʻlidan toshni olib tashlangan papillotomiyadan iborat ikki bosqichli endoskopik davolash tavsiya etiladi. .

Sharh: Umumiy safro yoʻllarini naychalashga 2-3 ta muvaffaqiyatsiz urinish boʻlsa, supraduodenal xoledoxotomiya 6-12 soat ichida toshni olib tashlash bilan ochiq usulda bajarilishi kerak, agar EPST samarasiz boʻlsa, endoskopik aralashuvning asoratlari uchun xavfli klinik omillar mavjud, supraduodenal xoledoxotomiya ochiq kirish joyidan va litdan oʻtkazilmasligi kerak. bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 72 soatdan kechiktirmasdan

Ekstragepatik oʻt yoʻllari patologiyasini operatsiya davomida diagnostika qilish.

Oʻt yoʻlini ichki operatsiya davomida qayta koʻrib chiqish sariqlik jarrohlik aralashuvning muhim bosqichidir, shu qatorda bir qator manipulyatsiyalar ham. Safro yoʻllarini ochishdan oldin gepatoduodenal pigmentni tekshirish, palpatsiya qilish, transillyuminatsiya, intraoperativ ulʼtratovush, intraoperativ xolangiografiya, xoledoxoskopiya oʻtkaziladi.

Operatsiyadan oldin xolangiografiya bemorlarda oshqozon osti bezidagi toshlarni, agar ular operatsiyadan oldin aniqlanmagan boʻlsa, aniqlash uchun tavsiya etiladi.

Sharh: Intraoperatsion xolangiografiyaga koʻrsatmalar:

- 1) operatsiya vaqtida mexanik sariqlikning mavjudligi;
- 2) gepatikoxoledoxning kengayishi 8 mm dan oshadi (operatsiya davomida yoki ulʼtratovush boʻyicha);
- 3) oʻt pufagida kichik tosh mavjudligi;
- 4) Kalo uchburchagi sohasidagi noaniq anatomiya;
- 5) xoledoxolitotomiyadan soʻng toshlarni olib tashlashning toʻliqligini nazorat qilish;

6) Ichak traktining yoki o'simta shikastlanishi, zararlanish sohasi va hajmini, shuningdek ularning ustki bo'limlarining holatini aniqlash uchun.

Mexanik sariqlik bilan og'rgan bemorlarda to'g'ridan-to'g'ri intraoperativ xolangiografiya ehtiyotkorlik bilan qo'llanilishi kerak - bu intraduktal bosimni minimal darajaga ko'tarilishi bilan (kontrast moddani 250 mm dan oshmaydigan suv ustuniga yoki 5,0 ml dan 12,5-25% kontrast modda eritmasining kengligi 10 mm dan kam bo'lgan kontrast moddaning kiritilishi bilan). Qorin bo'shlig'i sepsisida asoratlangan va ayniqsa shok bilan og'rgan obstruktiv yiringli xolangitli bemorlarda operatsiya ichidagi xolangiografiya qilish, asoratlarni kuchayishi yoki shokning kuchayishi xavfi yuqori bo'lganligi sababli tavsiya etilmaydi. Ilgari xoletsistektomiyadan o'tgan bemorlarga umumiy safro yo'lini teshib qo'yish bilan operatsiya ichidagi xolangiografiyani o'tkazish tavsiya etiladi. Sharhlar: Agar xolangografiya natijalariga ko'ra, xoledoxotomiya va umumiy kanalni boshqa instrumental tadqiqotlar uchun ko'rsatmalar bo'lmasa, teshigi 5/0 o'lchamdagi sintetik so'rilmaydigan materialdan qilingan chok bilan yopiladi. Intraoperativ xolangiografiyaning diagnostik qiymati Usulning axborot tarkibi 98%, sezgirlik 75-100%, o'ziga xoslik 86,9-100%, aniqlik 92-98,7%. Usulning kamchiliklari qo'shimcha vaqtning qiymati va operatsiya narxining oshishini o'z ichiga oladi (bu ishning haqiqiy vaqtini, qo'shimcha jihozlar va rentgen tekshiruvlarini o'z ichiga oladi). Intraoperativ xolangiografiya natijalari har doim ham foydali ma'lumotlarni bermaydi: 2-5% hollarda, o't yo'llarida toshlar aniqlanmaydi, 10% hollarda turli xil anatomik normalliklar aniqlanmaydi va 1% hollarda safro yo'llarining shikastlanishi tan olinmaydi. Noto'g'ri ijobiy natijalar (taxminan 20% holatlarda yuz berishi mumkin) behuda va potentsial xavfli xoledoxotomiya yoki ERCP ni bajarisha olib keladi va bu o'z navbatida bemorlarning davolanish vaqtining ko'payishiga olib keladi. O't yo'llarining tekshirilishi kaltsiy tashxisini, umumiy o't yo'lining terminal qismi va o't yo'lining torayishini aniqlashga imkon beradi.

O't yo'lini tekshirish uchun ko'rsatmalar:

1) umumiy o't yo'lining 10 mm dan oshiq kengayishi bilan namoyon bo'ladigan ichak kanalining gipertenziyasi;

2) xoledoxolitiazga shubha qilish;

3) XDS stenozi;

4) aniqlanmagan genezisning sariqligi;

5) XDS bo'yicha transduodenal aralashuvlar

Intraoperativ Fibroxolangioskopiya Xoledoxoskopiya ekstragepatik o't yo'llarining holatini vizual ravishda baholashga imkon beradigan yagona usuldir.

Hozirgi vaqtda uni amalga oshirishning quyidagi usullari ajratilgan:

1) xoletsistektomiya, xoledoxolitotomiya paytida, pufak yo'lining ochilishi yoki xoledoxotomiyaning ochilishi paytida operatsiya ichidagi xolesterin;

2) operatsiyadan keyingi transfistulyar xolesterin - umumiy o't yo'lini yoki teri orqali transgepatik gepatikostomani tashqi drenajlash orqali;

Usulning afzalliklari uning yuqori aniqligi va tadqiqot samaradorligini o'z ichiga oladi, bu ancha yuqori va 95-98% ga etadi. Har bir xoledoxotomiya uchun xolesterolni qo'llash oxirgi tashxis usuli sifatida bemorlarning 89.2–98.4% da kal'tsiyni aniqlashga imkon beradi.

Laparoskopik xoletsistektomiya paytida kanal yo'lidagi toshlarni olib tashlash uchun kengaygan safro yo'lini transvezikal yoki transdual tekshirish tavsiya etiladi.

Laparoskopik xolestiti o'rganish natijalarini muntazam ravishda ko'rib chiqish, uning bajarilishidagi asoratlar darajasi 2 foizdan 17 foizgacha va o'lim darajasi 1-5 foizni ko'rsatadi. Agar oshqozon-ichak traktidagi mavjud patologiyani minimal invaziv usullar bilan tuzatish amalga oshirilmasa, ochiq jarrohlik texnologiyalaridan foydalanish tavsiya etiladi. Operatsiyadan oldin turli xil diagnostika usullari bilan aniqlanmagan xoledoxolitiaz kasalligi yuqori bo'lgan bemorlarga operatsiya ichidagi xoledoxotomiya tavsiya etiladi.

Izohlar: operatsiya ichidagi xolextotomiya laparotomiya bilan ham, laparoskopik usul bilan ham amalga oshirilishi mumkin. Unga ko'rsatmalar: toshlar, yiringli xolangit, umumiy o't yo'llarining

torayishi, yo'llardagi parazitlar. Lekin joylashgan joyga qarab, supraduodenal, retroduodenal yoki transduodenal xoledokotomiya amalga oshiriladi. O't yo'llarining patentsiyasini tuzatgandan so'ng ular drenajlanadi. Bu tashqi va ichki.

Umumiy o't yo'lini tashqi drenajlash uchun ko'rsatmalar:

- 1) operatsiya vaqtida mexanik sariqlik;
- 2) yiringli xolangit;
- 3) davolash uchun litotripsiya, litoekstraksiya va xoledoxoskopiya qo'llanilgan xoledoxolitiaz;
- 4) o'tkir pankreatitda Xoledoxotomiyani bajarish usullari.

Umumiy o't yo'lining distal qismi va KSD patentsiyasiga bog'liq:

- 1) umumiy o't yo'lining birlamchi choklari;
- 2) pufak yo'lining tomirlari orqali Vishnevskiy, Xalstaded, Keru bo'yicha tashqi drenajlash;

3) xoledokoduodenostomiya, papillosfinkterotomiya yoki xoledoxoeyunoanastomoz bilan ichki drenajlash Umumiy o't yo'lining bunday choklari kamdan-kam hollarda qo'llaniladi, faqat 2-5% ichida. So'nggi yillarda zamonaviy yuqori sifatli drenaj kanallari paydo bo'lishi bilan, ularga ustunlik berish kerak, chunki bu drenaj o't yo'lini tabiiy ravishda oqishiga yordam beradi, kanallarni deformatsiyasiz, ularda yanada ishonchli o'rnatiladi.

Parazitar mexanik sariqlikni davolash

Parazitar mexanik sariqlik uchun, safro dekompressiyasi jarrohlik davolashning birinchi bosqichi sifatida tavsiya etiladi.

Sharh: O'z-o'zidan safro oqishini normallashtirish jarrohlik davolashning asosiy maqsadidir (MS ichakni dekompressiya qilishning mO'tlaq ko'rsatkichidir) Agar buzuvchi jarayonlar bo'lmasa, aralashuv dastlabki bosqichda faqat o't yo'lini dekompressiyalashni ta'minlaydigan bosqichma-bosqich amalga oshiriladi. minimal invaziv usullardan:

Exinokokkoz.

MS tomonidan jigar exinokokkozi asoratlangan bo'lsa, ikkita maqsadga erishish tavsiya etiladi:

- 1) safro ichakka normal kirib borishini ta'minlash;
- 2) exinokok kistasiga ta'sir qilish

Sharhlar: birinchi maqsadni hal qilish uchun, transpapillyar transduodenal endoskopik aralashuv (stentlash, drenaj), perkO'tan transgepatik manipulyatsiyalar (xoletsistolangiostomiya) yoki randev exnologiyasi yordamida safro dekompressiyasini ta'minlash tavsiya etiladi. Sariqlikni yengilgandan so'ng, exinokokk kistasiga duch kelish masalasini Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti - norasmiy ishchi guruhning echinokokkozi (World Health Organization- Informal Working Group on Echinococcosis (WHO-IWGE)) [4,7,10,11] (sm. Prilojenie G2). tavsiyalariga muvofiq hal qilish kerak. Qaytaga qarshi terapiya har qanday operatsiyadan keyin ko'rsatiladi. Kistning o'z-o'zidan yoki travmatik yorilishi. Muolajalar yorilishdan keyin imkon qadar qisqa vaqt ichida bitta yoki bir nechta a'zolarida 3,5 sm dan oshmaydigan bir nechta kistalar mavjud bo'lganda, shuningdek, jarrohlik davolanish mumkin bo'lmagan yoki kontrendikatsiyasiz buyuriladi. Punktsiya-drenaj usullari.

Qo'llanilishi:

- a) diametri 5 sm dan katta yoki unga teng bo'lgan (CE1mandl)noexogen zararlanish
- b) qizcha kistasi bo'lgan kist (CE2) va yoki ma'lum membrana (CE3) c) punktsiya uchun qulay bo'lgan ko'p kamerali kistaa;
- d) infektsiyalangan kista.

Jarrohlik davolash printsiplari parazitni yo'q qilish, atrofdagi to'qimalarning ifloslanishini oldini olish, qoldiq bo'shlig'ini yopishdir.

Kista bo'shlig'ini davolash uchun germitsid sifatida 80-100% glitserin eritmasi yoki 30% natriy xlorid eritmasi tavsiya etiladi.

Tavsiya etilgan jarrohlik davolash turlari

- a) peritsistektomiya - parazitni tolali membrana bilan birga olib tashlash;
- b) sistektomiya (exinokokkektomiya) - exinokok kistasining elementlarini tolali membranasiz olib tashlash;
- v) jigar rezektsiyasi;
- d) tashqi drenaj;
- e) fenestratsiya;

f) marsupializatsiya.

Jarrohlik usuli sifatida quyidagilar tavsiya etiladi:

a) ochiq;

b) laparoskopik

Al`veokokkoz

Jigar va o`t yo`llarining zararlangan qismlarini rezektsiyalash tavsiya etilmaydi.

Sharhlar: al`veokokkoz asosida mexanik sariqlikni davolash, odatda, og`ir bemorlarda jigar yetishmovchiligiga qarshi amalga oshiriladi. Al`veokokkozning hayot uchun xavfli asoratlari bo`lsa, safro dekompressiyasini, yiringli fokusni tashqi drenajlash orqali vaziyatni hal qilish tavsiya etiladi. Bunday vaziyatda tashqi-ichki drenajlashsiz teri orqali transgepatik xolangiostomiya qilish afzalroqdir.

Endobiliar aralashuvlar tavsiya etilmaydi, chunki ular safro yo`llarining holatiga ta`sir qiladi, ular rezektsiya qilinganidan keyin safro yo`llarini tiklash uchun ishlatilishi mumkin. Sariqlikni to`xtatgandan so`ng, bemorni ixtisoslashtirilgan markazga majburiy ravishda yuborish bilan radikal yoki palliativ aralashuvning mumkinligi haqidagi savolni hal qilish kerak.

Hayotga xavf tug`diradigan asoratlarni to`xtatgandan so`ng jarrohlik davolashning taktik masalalarini hal qilish uchun jigar al`veokokkozini quyidagi guruhlariga bo`lish tavsiya etiladi:

a) rezektsiya qilinadigan;

b) chegaralangan rezektsiya;

v) qaytarib bo`lmaydigan;

d) operatsiya kilinmaydi.

Operatsiyadan keyingi asoratlar va o`lim endoskopik safro yo`llarini dekompressiya usullarining asoratlari. Endoskopik transpapillyar aralashuvlar invaziv aralashuv bo`lib, ba`zi hollarda asoratlar bilan birga keladi. Masalan, masalan, EPST yuqori chastotali tokdan foydalanilganda, manipulyatsiyadan keyingi jiddiy asoratlar paydo bo`lishi xavfi mavjud, ba`zi mualliflarning fikriga ko`ra, bu holatlarning 10,5% gacha, o`lim esa 2,3% gacha. EPST bilan monopolyar rejimda yuqori chastotali tokni ishlatish 0,8-6,5% hollarda qon ketishiga va 9%

hollarda o'tkir pankreatitga olib keladi. EPSTdan keyin asoratlarni kamaytirish uchun ko'pgina mualliflar kesishda ustun bo'lgan aralash tokdan foydalanadilar. Asoratlarni oldini olish o'rganish uchun ko'rsatmalarning to'g'riligi, bemorlarni jarrohlik operatsiyasiga tayyorlash va bemorlarni operatsiyadan keyingi davolanish, texnik jihatdan to'g'ri aralashuvlarga rioya qilishdan iborat. Eng ko'p uchraydigan asoratlari: qon ketish, pankreatit, retroduodenal teshilish, xolangit. Qon ketishi. Ushbu asoratning umumiy chastotasi 0.8-1.3% oralig'ida o'zgarib, PST guruhida 2% ga etdi [13]. Gemoglobin miqdori 20 g / l ga pasayganda qon ketishi klinik jihatdan ahamiyatlidir. Olingan qon ketish to'g'ridan-to'g'ri disektsiya vaqtida yoki aksariyat hollarda aralashuvdan keyin bir necha soat (ba'zan kunlar) keyin o'zini namoyon qilishi mumkin.

EPSTdan keyin qon ketish xavfi omillari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- 1) 60-200 mkmol / l dan yuqori bilirubinemiya bilan mexanik sariqlik
- 2) yuqori bilirubinemiya (mexanik sariqlik) bilan birgalikda gipertenziya.

Oldindan qon ketadigan omillar:

- 1) EPST texnikasini buzish;
- 2) aralashish sohasidagi anatomik xususiyatlar - parapapillyar divertikul, aberrant filiallarning mavjudligi a. rancreaticoduodenalis;
- 3) dorilar yoki fon kasalliklari (mexanik sariqlik, jigar kasalligi, gemofiliya) tufayli yuzaga keladigan koagulopatiya fonida aralashuvni amalga oshirish.

Qon ketishni davolashda ko'p hollarda endoskopik gemostaz tavsiya etiladi:

- 1) adrenalini eritmasi 1: 10000 yoki 3-5 ml 0,5% li etoksisklerol eritmasi kesmaning chetiga yuboriladi;
- 2) amaliy vositalardan foydalanish (Endoklot)
- 3) gemostazning fizik usullaridan foydalanish (elektro- yoki argon-plazma koagulyatsiyasi);

4) shishgan balon ekstraktori yordamida ajratilgan to'qima maydonini vaqtincha tamponadasi.

Sharhlar: mahalliy endoskopik manipulyatsiyalarning samarasizligi bilan gemostatik terapiya, qon mahsulotlarini quyish uchun vena ichiga yuboriladigan dorilar bilan davolanish kerak.

Qayta qon ketganda, jarrohlik usulida davolanish tavsiya etiladi: tomirni EPST hududida miltillatish. Pankreatit ERXPGning eng xavfli asorati o'tkir pankreatitning rivojlanishi bo'lib, uning chastotasi 1,3% dan 1,8% gacha va agar EPST qilingan bo'lsa, 5,4% gacha.

O'tkir pankreatitning og'ir shakli bo'lgan taqdirda davolash tavsiya etiladi.

Sharhlar: endoskopik operatsiyadan keyin o'rtacha safro pankreatitida hech qanday terapiya talab etilmaydi.

O'tkir pankreatit endoskopik aralashuvdan so'ng ($P < 0.05$) xavf ostida bo'lgan bemorlarda tez-tez uchraydi:

- 1) yosh va o'rta yoshdagi ayollarda;
- 2) mayda o't yo'llari toshlari bo'lgan bemorlarda 1,0 sm dan oshmasligi;
- 3) o't yo'llarining qisqa tarixi bo'lgan bemorlarda;
- 4) oshqozon osti bezi patologiyasi bo'lmagan taqdirda;
- 5) o'rganish paytida safro gipertenziyasi belgilari bo'lmagan taqdirda .

Xolangit. Transpapillyar aralashuvlardan so'ng uning paydo bo'lishining sababi: safro oqishini yetarli darajada tiklash emas:

- 1) ERXPG uzunligi yetarli emas (aralashuv zonasining murakkab anatomik tuzilishi, mavjud cho'zilgan stenoz yoki o'sma);
- 2) litotripsiyadan keyin papillupolitda tosh bo'laklarining to'kilishi;
- 3) asboblarning va uskunalarni qayta ishlash qoidalarini buzish.

Xolangitning oldini olish uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

- 1) umumiy safro yo'llarini drenajlash yoki stentlash;
- 2) floroskopik nazorat ostida to'liq litotripsiya va litoekstraksiya o'tkazish, kanallarni sanitariya qilish;
- 3) aseptik choralarga rioya qilish (ishlov berish uskunalari, bir marta ishlatiladigan asboblardan foydalanish qoidalari);

4) oshqozon-ichak traktining obstruksiyasi va safro sepsisining rivojlanish xavfi bo'lgan bemorlarda antibiotiklarni profilaktik retsepti

O't yo'llarini teri orqali dekompressiya qilish usullarining asoratlari. Tashqixolangiostomiyaning asoratlari. O't yo'llarini teri orqali transgepatik drenajlash ma'lum miqdordagi texnik nosozliklar (6,7%) va asoratlar (17,3%) bilan birga keladi]. Bemorlarning 10-15 foizida rivojlangan asoratlar keyingi jarrohlik aralashuvlarning sababi, 8-10 foizida esa o'limning asosiy sababi hisoblanadi. Ko'pincha asoratlar va nosozliklar operatsiyadan keyingi davrda drenajlash va drenaj ko'chib yurish paytida ishlatiladigan vositalar va texnikaning nomukammalligi, texnik qiyinchiliklar tufayli yuzaga keladi. O'tkir peritonit va qorin bo'shlig'ida qon ketishidan kelib chiqadi. Ba'zi bir mualliflarning fikriga ko'ra, MS bilan og'rigan bemorlarning kasalxonada davolanishining o'rtacha darajasi boshqa mualliflarga ko'ra $20,6 \pm 0,6$ dan $28,1 \pm 0,5$ gacha, 30 dan 45 kungacha, asoratlarni rivojlanishi bilan 64-90 ga etadi. kunlar. MS bilan kasallangan bemorlarni davolashning bunday uzoq davrida infeksiya tez-tez qo'shilib boradi va drenajning joylashishi ham tuzatishni talab qiladi va qo'shimcha jarrohlik jarohati bilan bog'liq bo'ladi

Quyidagi asorat turlarini ajratish taklif etiladi:

1) Operatsiya davomida:

a) qon ketish (0,5% dan 17% gacha), bunday asoratlardan o'lim 3% ga etadi. Bularga quyidagilar kiradi: qorin bo'shlig'ida qon ketish (8% gacha), drenajlash va gemobiliya natijasida yuzaga keladigan drenaj kateteri bo'ylab tashqi qon ketish (2,0-17,7%), bu drenaj yuvish va gemostatik davolashni talab qiladi

b) Qorin bo'shlig'iga safro oqishi kanallarni teshish va drenajlashdan keyingi bir necha soat ichida sodir bo'ladi va shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladigan peritonitning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

v) pnevmotoraks (0,6 dan 1,1% gacha) [3-4];

v) pnevmotoraks (0,6 dan 1,1% gacha) [3-4];

d) kontrast moddalarga allergik reaksiyalar (0,2 dan 0,5% gacha) [3-4]; 2) erta (2-7 kun):

a) o't yo'llarini drenajlashni talab qiladigan drenajning to'liq joylashishi (5,5 dan 17,8% gacha);

b) uning holatini to'g'irlashni talab qiladigan drenajning qisman joyida joylashishi (11,7 dan 23,2% gacha); v) jigarning subkapsular gematomasi (1,6 dan 1,7% gacha).

3) Kech (22-30-kun):

a) xolangit bemorlarning 0,7-28,0% da kuzatiladi - xolangit rivojlanishining asosiy sharti - uzoq muddatli mexanik sariqlikdir

b) supragepatik yoki subgepatik shish (4,2 dan 5,3% gacha);

v) plevra bo'shlig'iga safro oqishi - ul'tratovush nazorati ostida drenajlash yo'li bilan tuzatiladi (1,7% dan 2,6% gacha);

d) pnevmoniya (0,4 dan 0,6% gacha);

e) peritonit (0,8 dan 1,6%);

f) o'pka atelektazi (0,2 dan 1,6%);

g) gidrotoraks (0,8 dan 0,9% gacha).

Antigrad safro protezidan so'ng yuqumli asoratlari 15% hollarda uchraydi va etarli antibiotiksiz profilaktika qilinmasa, ularning chastotasi 40-58% gacha ko'tariladi, bu drenajlashdan oldin o't yo'llarining allaqachon ifloslanganligidan kelib chiqadi. Bundan tashqari, safro protezining antegrad asoratlari, masalan:

1) o'tkir reaktiv pankreatit (11,9% dan 12,87% gacha)

2) o'tkir xoletsistit (0,9% dan 1,32% gacha) 3) yiringli xolangit (0,7% dan 28% gacha).

4) segmentar jigar yo'lining obstruktiviyasi (0,5%) gacha

Askaridoz. Kuzatilgan bemorlarda askaridaning jarrohlik asoratlari bilan operatsiyadan keyingi o'lim kuzatilmagan va 6 oydan 3 yoshgacha bo'lgan davrda kasallikning qaytalanishi kuzatilmagan.

Exinokokkoz. Operatsiyadan keyingi exinokokkozning asoratlari 17 dan 40% gacha, jarrohlik davolashdan keyin o'lim 2,5-7,0%, keksa yoshda esa 25-30% gacha. Parazitar kelib chiqadigan mexanik sariqlik operatsiyalarida operatsiyadan keyingi asoratlari 22,7 foizda qayd etilgan, 7,6 foizida ular o'limga olib kelgan. Operatsiyadan keyingi asoratlari orasida eng tez-tez uchraydigan va noqulay natija jigar yetishmovchiligi hisoblanadi. Bu bemorlarning 23,1% da kuzatilgan.

Al'veokokkoz. Al'veokokkozda operatsiyadan keyingi asoratlarni 18 foizdan 42 foizgacha, bu holatda o'lim darajasi 15 foizdan 38 foizgacha etadi. Mexanik sariqlik bilan murakkablashgan al'veokokkozni jarrohlik davolashda davolash natijalari keskin yomonlashadi: bilirubinemiya darajasida > 200 mkm/l sariqlikning boshqa har qanday asoratlari bilan birgalikda asoratlarning chastotasi 54,8% gacha ko'tariladi, 2 yoki 3 asoratlarni bilan 80% gacha, o'lim darajasi 30% dan ortiq. Laparoskopik va ochiq operatsiyadan keyingi asoratlarni shikastlanishi kiradi.

Safro yo'llarining shikastlanish xavfi laparoskopik aralashuvga ega bo'lgan har 10000 bemorga 36 dan 47 gacha va ochiq jarrohlik yo'li bilan 10 000 bemorga 19 dan 29 gacha shikastlanishni tashkil qiladi. Mexanik sariqlik o'smalarida erta va kechiktirilgan LXE o't yo'llariga shikastlanish chastotasi va konversiya tezligi bilan bir xil. Intraoperativ asoratlarning oldini olish operatsiyalarning maqbul vaqti bo'yicha tavsiyalarga qat'iy rioya qilish, kirishni o'zgartirishni o'z vaqtida amalga oshirish, operatsiyaning asosiy bosqichlarini amalga oshirish qoidalariga aniq rioya qilishdir. Jarrohlik aralashuvidan tashqari operatsiyadan keyingi asoratlarni: o'pka va pnevmoniyaning shamol atelektazi, miokard infarkti, tromboembolik asoratlarni, o'pka emboliyasi. Yuqoridagi asoratlarning oldini olish uchun birinchi navbatda zamonaviy jarrohlik usullaridan foydalanish kerak. Bemorni erta faollashtirish, enteral ovqatlanishni o'z vaqtida boshlash, yetarli analgetik va giyohvand moddalarni oldini olish kerak.

3.5 Prognoz MSni yengil va o'rtacha og'irlikdagi o'z vaqtida radikal davolash bilan prognoz ijobiy bo'ladi. Xavf ostidagi guruhdagi bemorlarda bu, asosan, birga keluvchi kasalliklarning kompensatsiyasi darajasi va xususiyatlariga bog'liq. Choklarning mos kelmasligi, omentobursit, anastomozning chandig'i, xolangitining rivojlanishi (o't yo'llari sirozining rivojlanishiga qadar o't), takroriy xolelitiyaz. Bunday holatda o'lim darajasi 3 - 10% ga etadi. Uning yetishmovchiligi bemorlarning 1,1 foizida uchraydi.

Ushbu asoratning sababi ko'pincha:

1) operatsiya paytida texnik xatolar - yetarlicha ehtiyotkorlik bilan tikilmaslik, ichak va kengaygan safro yo'llarining tarangligi, ularning asboblarida shikastlanish;

2) keksa va keksa yoshdagi, qandli diabet bilan og'riq bemorlarda regenerativ jarayonlarning pasayishi va boshqalar;

3) kontrendikatsiyani yetarlicha baholamaslik - umumiy o't yo'llari va ichak qovuzloqlari, yupqa kanal devorlari, duodenostaz, yiringli xolangit devorlarida yallig'lanish-infiltrativ o'zgarishlar mavjudligi.

4). Reabilitatsiya samarali og'riq qoldiruvchi vosita. Operatsiyadan keyingi og'riq bemorning operatsiyadan keyingi kasalxonada bo'lish muddatiga ta'sir ko'rsatadigan eng muhim omil hisoblanadi. Tezlashtirilgan safarbarlik - bu harakat qilishning erta qobiliyati. To'shakda dam olish mushaklarning yo'qolishi va kuchsizlanishini yomonlashtiradi, o'pka funksiyasini yomonlashtiradi, venoz tiqilishi va tromboemboliyaga moyil bo'lib, operatsiyadan keyingi bitishma shakllanishiga yordam beradi. Operatsiyadan keyingi erta faollashtirish uchun barcha sa'y-harakatlar kerak.

Operatsiyadan keyingi anesteziyani o'tkazishda, mintaqaviy anesteziya, neyronal bloklar, asetaminofen va steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar kombinatsiyasidan foydalangan holda multimodal yondashuv tavsiya etiladi, bu opioidlardan foydalanishni kamaytiradi va natijada ularning yon ta'sirini kamaytiradi. Operatsiyadan keyingi davrda ko'ngil aynishi va qusish bo'lsa, farmakologik terapiya tavsiya etiladi (droperidol, antiserotonik preparatlar va opioidlar kam ishlatilganda anesteziya). Mexanik sariqlik parazit etiologiyasi bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish, oldini olish va kuzatuv.

Exinokokkoz, alveokokkoz. Jarrohlik, safro yo'llarining tezkor dekompressiyasi jigarni vaqtincha depressiyaga olib keladi va jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda uni chuqurlashtirishga olib keladi. Shu munosabat bilan operatsiyadan keyingi davrda jigar yetishmovchiligini oldini olish va davolashga qaratilgan chora-tadbirlar hal qiluvchi rol o'ynaydi. O't yo'lini tushirish tezligi aralashuvdan keyingi birinchi kun drenaj tizimiga ta'sir qilish orqali boshqarilishi

mumkin. Davolashning majburiy komponenti intra- va ekstrakorporeal detoksifikatsiya usullari bo'lishi kerak. Jarrohlikdan keyin immunologik reaktivlikni ximoya qilish terapiya olgandan keyin boshlangan immunostimulyatsion terapiyani davom ettirishni talab qiladi. Gepatik va detoksifikatsiya qiluvchi intensiv terapiya, davomiy antibiotik terapiyasi zarur. Operatsiyadan keyin imkon qadar tezroq kimyoviy terapiya buyuriladi - tana vazniga albendazol 10-15 mg, tana vazniga mebendazol - 40-50 mg / kg - ikki haftalik intervalli bir oylik kurslar - 3-6 kurs. Kimyoterapiyaning maqsadi, ayniqsa ko'p va kushma shikastlanishlarda, tarqalib ketgan jarayonda, pufaksimon shakllarning yaxlitligini o'z-o'zidan yoki tasodifan buzganda. Kimyoterapiyani tayinlash masalasi jarroh va yuqumli kasalliklar bo'yicha mO'taxassis bilan birgalikda hal qilinadi.

Operatsiyadan keyingi davrda birinchi yil davomida laboratoriya va instrumental monitoring o'tkazish tavsiya etiladi.

Askaridoz. Antгельmintik dorilarni muntazam ravishda iste'mol qilish ichak askaridasining qaytalanishining oldini oladi, uning asoratlari safro yo'llarining askariazidir. Jamiyatda askaridozga qarshi kurashda hech qanday qiyinchiliklar bo'lmasligi kerak, bu sog'liqni saqlash va sanitariya-gigienani yaxshilashga qaratilgan ommaviy kimyoterapiya yordamida amalga oshiriladi. Ichak askaridasini davolashda samarali antiparazitik vosita sifatida jarrohlik aralashuvini kimyoterapiya kursi bilan to'ldirish operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlanishini va kasalliklarning qaytalanishini oldini oladi.

Profilaktikasi

Mexanik sariqlikning paydo bo'lishining oldini olishning asosiy maqsadi jigar, ekstragepatik o't yo'llari va oshqozon osti bezi kasalliklarini o'z vaqtida davolash va tegishli profil mO'taxassislari, shuningdek, oilaviy shifokor, terapevt tomonidan muntazam ravishda kuzatib borishdir.

Nazorat savollari.

- 1) Sariqlikning tabiati va uning paydo bo'lish sabablarini aniqlash uchun qaysi tekshirish usullari kerak?
- 2) O't tosh kasalligi uchun eng keng tarqalgan laparoskopik jarrohlik usuli?
- 3) O'tkir xolesistit odatda qanday boshlanadi?
- 4) O'tkir asoratlanmagan xolesistitning harakterli laborator simptomi?
- 5) Asoratlangan o'tkir xolesistit bilan bemorlarda jarroh taktikasi?
- 6) Umumiy o't yo'lining normal kengligi?
- 7) Safroni litogenlik indeksi nima bilan belgilanadi?
- 8) O't pufagidan toshni umumiy o't yo'liga o'tish paytida nima kuzatiladi?
- 9) O'tkir xolangit klinikasi uchun xarakterli?
- 10) O't tosh kasalligi bo'lsa, shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma?
- 11) Surunkali xolesistitni klinik kechishiga ko'ra tasnifi?
- 12) Qonda bilirubin miqdori normada?
- 13) Shoffar sohasini paypaslaganda og'rik bo'lishi qaysi kasallik uchun xos?
- 14) O't pufagi qaysi holatlarda paypaslanadi?
- 15) O'tkir xolesistitni qaysii kasalliklar bilan difdiagnostika qilinadi?

VI BOB O‘TKIR PANKREATIT (PANCREATITIS ACUTA).

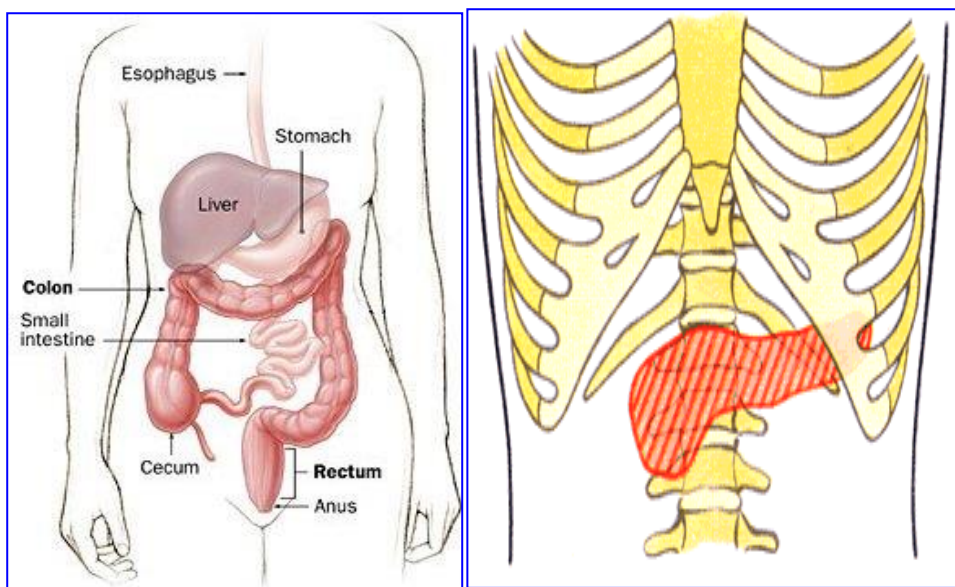
(ME’DA OSTI BEZI KASALLIKLARI)

So‘nggi yillarda xorijiy va yurtimiz olimlaridan V. S. Savel`ev (1983), A. A. Shalimov (1983), M. I. Kuzin (1989), O‘.O. Oripov (1984), M.V. Danilov (1985) amaliy jarrohlikning pankreatologiya sohasi rivojiga katta hissa qo‘shdilar. Me‘da osti bezi (g. pancreas) hazm qilish yo‘lining eng muhim bezlaridan biri bo‘lib, juda katta fizilogik vazifani bajaradi. Ichki va tashqi sekret ishlab chiqarish funktsiyasini bir vaqtning o‘zida bajaradigan bu aralash bez, nafaqat hazm qilish jaroyonida, balki metabolizmning boshqa ko‘pgina tomonlariga ham jiddiy ta’sir ko‘rsatadi. Uning anatomik joylashuvi, jigar, me‘da, taloq, arteriya va qopqa vena sistemasining yirik arteriyalari quyosh chigalining postganglionar tarmoqlari bilan chambarchas aloqador, unda operatsiya o‘tkazishni birmuncha qiyinlashtiradi va jarrohlardan bu xayotiy muhim a’zoga yondoshish yo‘llarini puxta o‘rganish va operatsiyaning tejamkor, kam invaziv va samarador usullarini izlab topishni talab etadi.

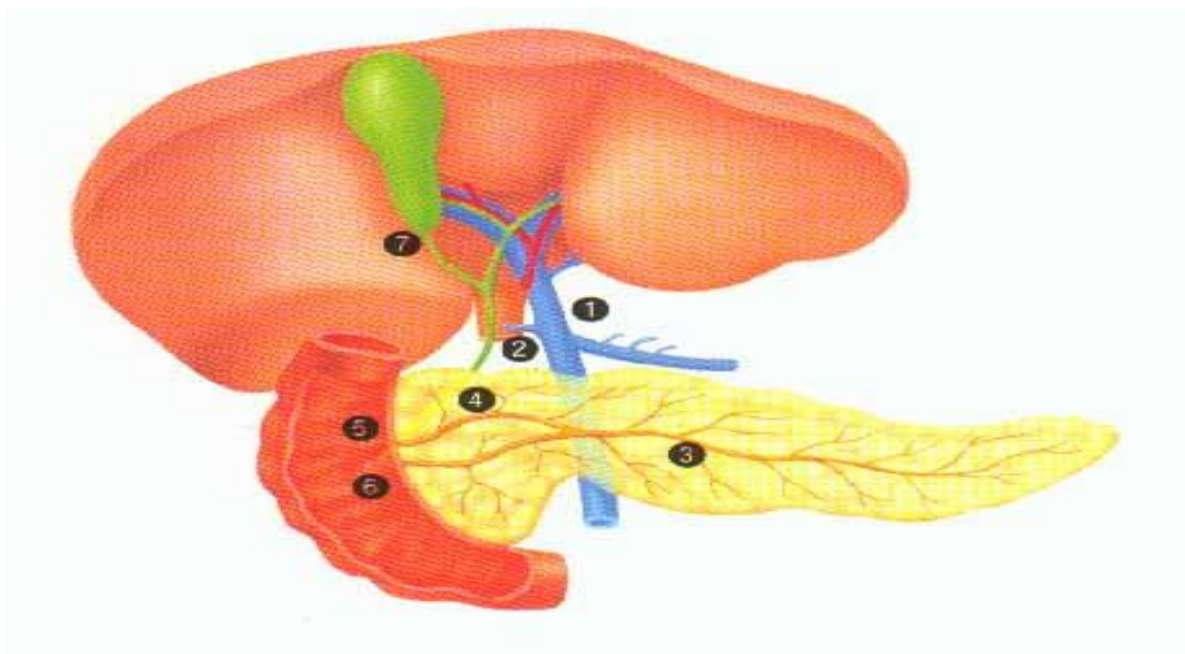
Anatomik-fiziologik ma’lumotlar

Me‘da osti bezi qorin pardasi ortidagi bo‘shliqda I-II bel umurtqalari sathida joylashgan bo‘lib, umurtqa pog‘onasini ko‘ndalang yo‘nalishda kesib o‘tadi, shu tufayli boshchasi va tanasining boshlanishi o‘rta chiziqdan o‘ng tomonda, tana va dum qismining ko‘proq qismi esa, chap tomonda bo‘ladi. Bez o‘lchamlari odatda 16,0 x 4,0 x 2,5 sm bo‘lib, uning vazni taxminan 60-70 gramni atrofida bo‘ladi.

Me‘da osti bezining boshchasi taqasimon shakldagi 12 barmoq ichakning orasiga kirib, dum qismi esa taloq darvozasigacha yetib boradi. Me‘da osti bezi uning oldingi-yuqori sathi bo‘ylab o‘tadigan, katta charvi xaltasining orqa devoridagi (bursa omentalis) qon tomirlar, nervlar va parietal qorin pardasi varag‘i bilan qoplangan.



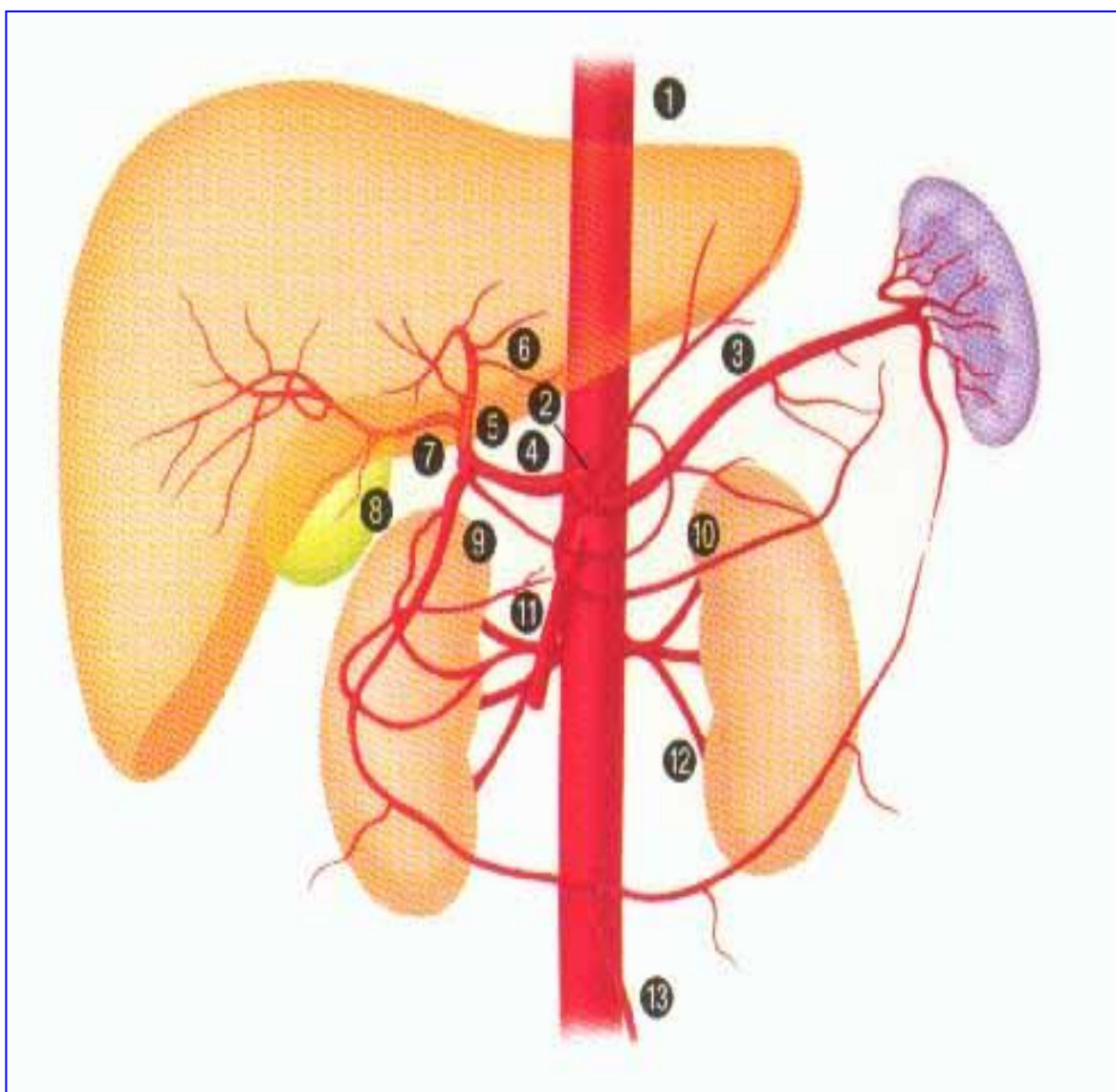
6.1-rasm. Me'da osti bezini galatopik joylashuvi



6.2-rasm. Darvoza venasi va me'da osti bezini va boshqa organlarning sintopik joylashuvi.

1. Darvoza venasi
2. Umumiy o't yo'li
3. Me'da osti bezi yo'li
4. Qo'shimcha me'da osti yo'li
5. Kichik duodenal so'rg'ich
6. Katta duodenal so'rg'ich
7. O't qopi yo'li

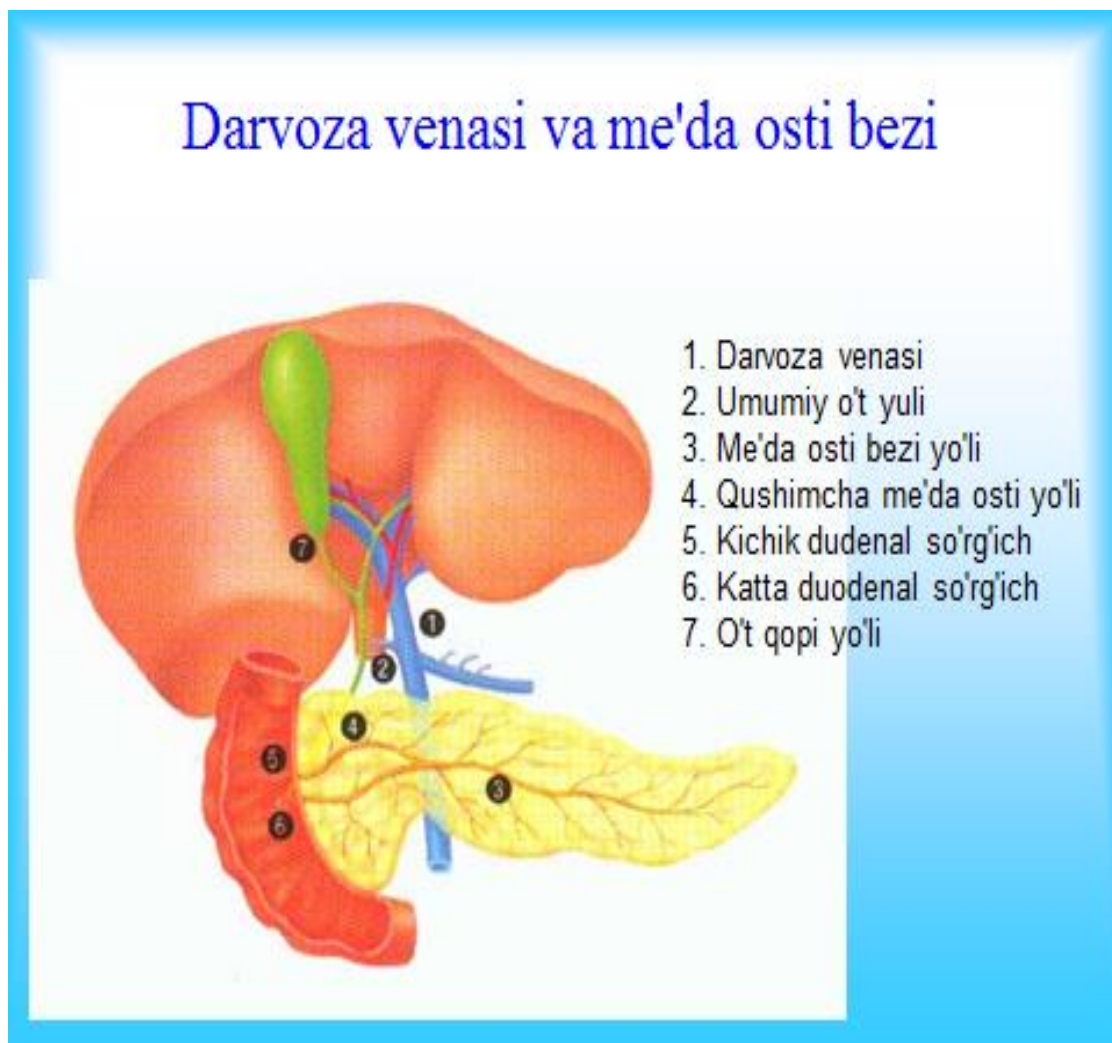
Arterial va venoz qon-tomir sistemasi. Me'da osti bezi truncus coeliacus tarmoqlaridan, boshchasi a. pancreaticoduodenalis dan, tana va dum qismi a. lienalis dan oziqlanadi, bu arteriya me'da osti bezining yuqori chekkasi bo'ylab o'tib, aksariyat hollarda uning parenximasiga kiradi va o'z yo'lida qator tarmoqlar (a. pancreaticus brevis) beradi. Bir nomdagi venalar qopqa vena sistemasiga qon olib boradi.



6.3-rasm. Meda osti bezini qon bilan ta'minlanishi.

1. Aorta
2. Qorin tutami
3. Taloq arteriyasi
4. Umumiy jigar arteriyasi
5. Xususiy jigar arteriyasi
6. Jigar chap bo'lagi arteriyasi

7. Jigar o'ng bo'lagi arteriyasi
8. O't qopi arteriyasi
9. Gastroduodenal arteriya
10. Me'da osti bezi arteriyasi
11. Yuqori tutqich arteriya
12. Chap buyrak arteriyasi
13. Pastki tutqich arteriyasi



6.4-rasm.

Innervatsiyasi. Meda osti bezi quyosh chigalining ham simpatik, ham parasimpatik tolalaridan innervatsiya qilinadi.

Bezning butun tanasi orqali asosiy yo'l (ductus Wirsungi) o'tib, u bezning ko'p sonli bo'lakchalaridan sekret yig'adi va ko'pincha umumiy o't yo'lining distal qismi bilan birga, 12 barmoq ichakning katta so'rg'ichi (papilla Fateri) ga quyiladi. Asosiy yo'ldan tashqari, 75-80%

hollarda qo'shimcha Santorini yo'li (ductus Santorini) uchraydi. Bu yo'l ba'zan asosiy yo'l bilan qo'shiladi, ba'zan esa bez boshchasidan kesib o'tib 12 barmoq ichakka mustaqil, qo'shimcha surg'ich holida ochiladi. Virsung yo'lining umumiy o't yo'li bilan qo'shilishining bir necha turlari bor: alohida holda ochilish yoki to'liq bo'lmagan Vater so'rg'ichidan markazroq joyda, ikkita yo'lining qo'shilishi turida ochilish shular qatoriga kiradi.

Ko'rsatib o'tilgan anatomik xususiyatlar, me'da osti bezi yo'liga o't suyuqligi reflyuksi yoki o't yo'llariga pankreatik shira tushishi mumkinligini ko'rsatadi. Me'da osti bezi to'qimasi tashqi va ichki sohalari bo'lgan epitelial xujayralardan tashkil topgan. Keyingisi sekret ishlab chiqaradigan va hazm qilish jaroyonida ishtirok etadigan granulalardan iborat. Bezsimon to'qima orasida ichki sekretor faoliyatni bajaradigan, kapsulaga o'ralgan Langergans orolchalari joylashadi. Orolchalar ko'p sonli qon tomirlar va quyosh chigali sistemasidagi simpatik nerv tarmoqlari bilan o'ralgan. Langergans orolchalarining soni 2 000 000 gacha yetadi (1 g bezga 5 000 - 25 000 gacha).



6.5-rasm.

Me'da osti bezining tashqi sekretiysi faoliyatida, 24 soat mobaynida 1200-2200 ml pankreatik shira ishlab chiqariladi, u ishqoriy reaksiya (pH 8,5- 8,8) ga ega bo'lib, uning solishtirma og'irligi 1015 ga teng keladi. Me'da osti bezida quyidagi fermentlar ishlab chiqariladi: oqsillarni parchalaydigan proteazalar (tripsinogen, peptidaza, kollagenaza, ribodezoksiribonukleaza) va 2 turdagi (α , β) aktiv amilaza. Ular uglevodlar va lipazani parchalaydi, yog'larni yog' kislotalari va glitseringacha parchalaydi. Lipaza ta'sirini o't suyuqligi kuchaytiradi. Odatda tripsinogen bez yo'llarida aktivmas holda bo'ladi, biroq 12 barmoq ichakka tushgach enterokinaza ta'siri ostida aktivlanadi, ya'ni tripsinogen tripsinga aylanadi. Tripsin, oqsil me'da shirasi ta'siriga uchragandan keyin (HCl kislota va pepsin), oqsillarni polipeptidlar va aminokislotalargacha parchalaydi. Sekretiya neyrogumoral yo'l bilan: parasimpatik nervlar, ovqat luqmasi bilan uchrashgach esa, 12 barmoq ichak shilliq qavatidan ajralib chiqadigan sekretin gormoni orqali idora qilinadi. Me'da osti bezining ichki sekretor faoliyatisi Langergans orolchalari ishlab chiqaradigan gormonlar hisobiga ro'yobga chiqadi. Bunda gipoglikemik gormon - insulin ishlab chiqaradigan V-xujayralar katta ahamiyatga ega bo'ladi (insulin yetishmasligi qandli diabet rivojlanishiga olib keladi). Bundan tashqari, me'da osti bezi yana 2 turdagi gormon ishlab chiqaradi: jigarda yog' almashinuviga ta'sir qiladigan - lipokain va 12 barmoq ichakda aktivlanadigan, gipotonik ta'siri bo'lgan - kallikrein (padutin).

O'tkir pankreatit - me'da osti bezi to'qimalarining o'z fermentlari ta'siri ostida autolizi oqibatida yuzaga keladigan o'tkir degenerativ-yallig'lanish jarayonidir. Bu kasallik jarrohlik kasalliklari orasida 6,5% ni tashkil etib, qorin bo'shlig'i a'zolarining boshqa kasalliklari orasida o'tkir appenditsit va o'tkir xoletsistitdan so'ng, uchinchi o'rinni egallaydi.

Kasallikni diagnostika qilish qiyinligi, og'ir kechishi va o'lim darajasining yuqoriligi jihatidan 8-10% ni, og'ir turlarida esa 50% ni tashkil etib, jarrohlar diqqat-e'tiborini o'ziga tortib keladi. O'tkir pankreatit asosan 30-60 yoshlarda ko'proq kuzatiladi. Ayollar orasida ushbu kasallik, erkaklarga nisbatan 3-3,5 marta ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi. O'tkir pankreatitning rivojlanish sabablari turli-tuman bo'lib, polietiologik kasallik hisoblanadi. Bu kasallikning etiologik omillari ko'pligiga qaramay, ularning barchasi zahirida bezning bir strukturali birligining buzilishi, fermentlarning aktivlashishi hisobiga atsinoz xujayralar autolizi (yemirilishi) ga borib taqaladi.

Bezda fermentlarning aktivlashishiga olib keluvchi sabablar bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

- a) atsinoz xujayralarning shikastlanishi;
- b) pankreatik shira gipersekretsiyasi;
- v) pankreatik shirani 12 barmoq ichakka tushishining qiyinlashishi va uning yo'llarida o'tkir gipertenziya holatining rivojlanishi.

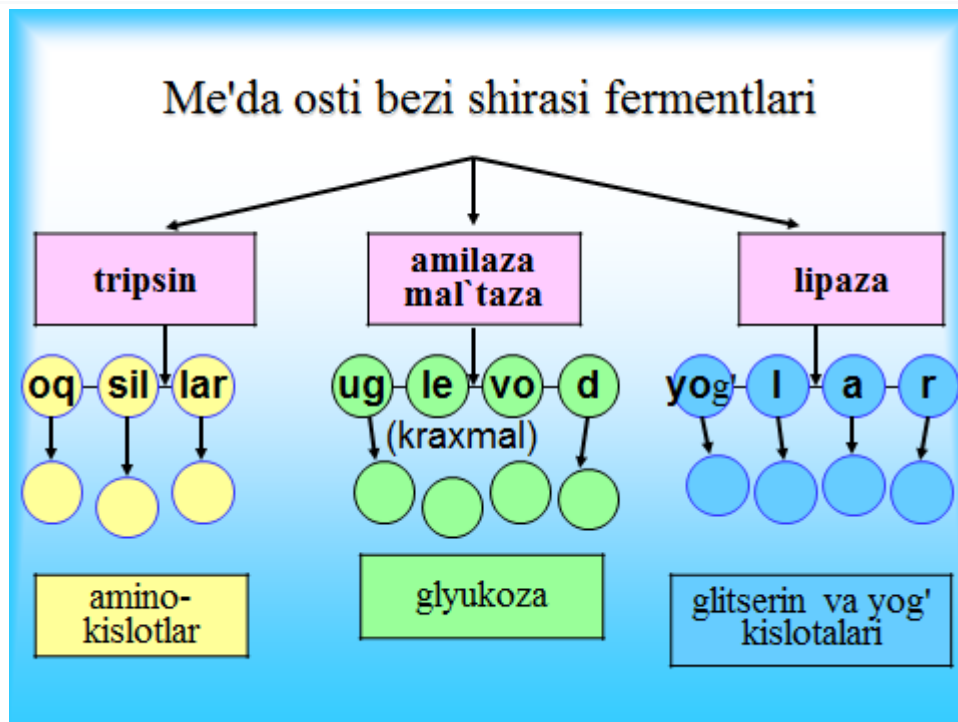
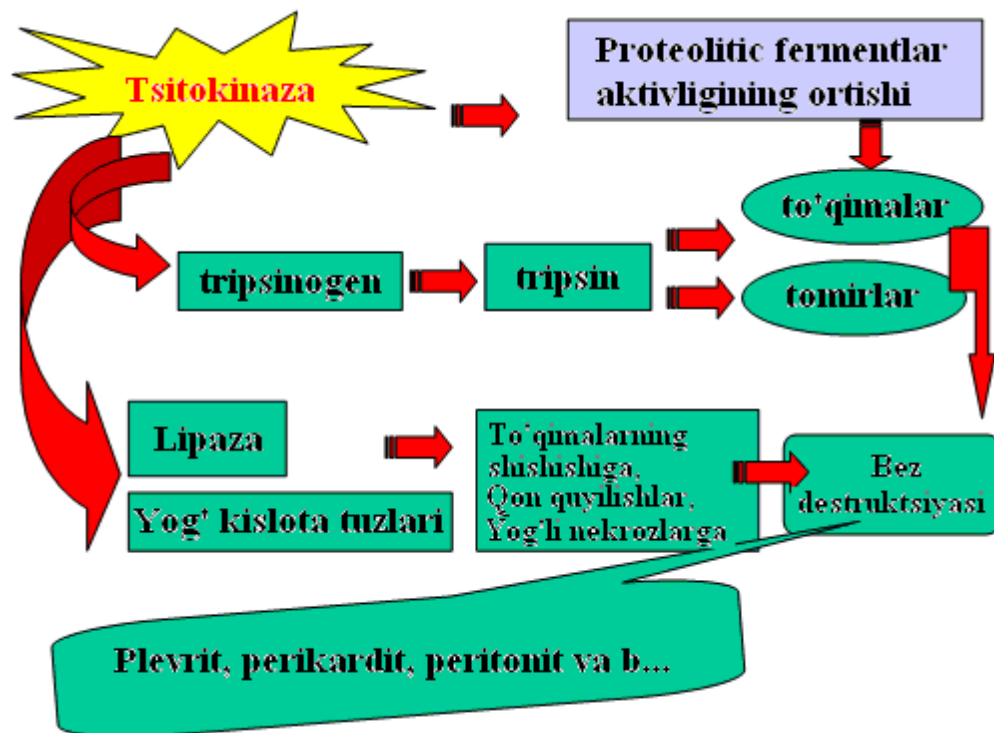
Atsinoz xujayralarning shikastlanishiga quyidagi sabablar olib kelishi mumkin:

1. Qorin bo'shlig'i a'zolari va xususan me'da osti bezi jarohatlari;
2. Me'da osti bezida o'tkazilgan jarrohlik amaliyotlari;
3. Me'da osti bezi to'qimasida qon aylanishining buzilishi (tromboz, emboliya, qon tomirlar bog'lanishi va b.);
4. Ekzogen intoksikatsiya;
5. Allergik reaksiya;
6. Alimentar buzilishlar;

Me'da osti bezi gipersekretsiyasiga spirtli ichimliklar (alkogol`) ni me'yorsiz ichish va me'yordan ortiq yog'lik ovqatlar iste'mol qilish kiradi.

Me'da osti bezi shirasining o'z yo'li bo'yicha oqishini qiyinlashishiga sabab bo'luvchi omillarga me'da osti bezi yo'lining chiqish qismida joylashgan patologik jarayonlar: Oddi sfinkteriga o't tushining tiqilib qolishi, kata duodenal so'rg'ich strikturasi yoki stenozi, 12 barmoq ichak shilliq qavatining shu sohada shishishi kiradi.

Patogenezi. O'tkir pankreatit rivojlanishida me'da osti bez ishlanishining neyrogen yoki gumoral rag'batlantirilish asosiy omil hisoblanadi (ko'p ovqat yeyish, spirtli ichimliklar ichish, sekretin bilan diagnostik rag'batlantirish).



6.6-rasm.

O'tkir pankreatitli bemorlarning taxminan 2/3 qismi xolelitiaz bilan bog'liq bo'ladi. Biroq patogenetik mexanizmi unchalik aniq emas, o't

pufagi va me'da osti bezi limfatik kollektorlar bilan aloqasi muhim rol o'ynasa kerak. Normada me'da osti bezi fermentlari, avvalo proteazalarning aktivlanishi, odatda 12 barmoq ichak bo'shlig'ida sodir bo'ladi. O'tkir autolitik pankreatitda esa bu fermentlarning aktivlashishi bezning o'zida namoyon bo'ladi. Biroq, o'tkir pankreatitda bez to'qimasining o'z-o'zini hazm qilishi uchun fermentlarning qaysi biri ko'proq zarurligi, hanuzgacha to'liq aniqlanmagan. Tripsin proenzimlar, ximotripsin, elastaza, kollagenaza va fosfolipaza me'da osti bezining ko'p qismi aktivatori hisoblanadi. Fosfolipaza, fosfolipidlar va xujayra membranalaridan kuchli sitotoksik ta'sirga ega bo'lgan lizotsitin va lizokefalinni ozod qiladi. Aktiv proteazalar kininogenlarga ta'sir qilib polipeptidlar va kininlar ajratadi. Kininlar og'riqqa va kuchli vazodilatatsiyaga sabab bo'lib, bu og'ir gipovolemik karaxtlikka olib keladi.

Aktiv lipazalar xujayra yog'larini glitserin va yog' kislotalarga parchalab, to'qimalarda og'ir distrofik o'zgarishlar avj olishiga olib keladi, bez to'qimasining o'zida bezni o'rab turgan kletchatkada, ingichka va yo'g'on ichak tutqichida, katta va kichik charvida va boshqa a'zolarida yog'li nekrozlar (steatonekrozlar) hosil bo'lishiga imkon beradi. Tripsin va kininlar shuningdek kapillyarlar o'tkazuvchanligini keskin oshiradi, staz, kapillyarlar bo'ylab perfuziyani to'xtatadigan «mikrotsirkulyator blok», ishemiya, gipoksiya, atsidoz, gemokoagulyatsiya buzilishini keltirib chiqaradi. Mahalliy jaroyon butun a'zolariga tez ta'sir ko'rsatadi. Limfa va qonga ko'p miqdorda toksogen polipeptidlar, lipidlar va ferment autolizisining boshqa mahsulotlari, pankreatik fermentlar, biogen aminlar tushib, toksemiya rivojlanishiga olib keladi, bu qonning plazma va trombin sistemalaridagi o'zgarishlar, markaziy va periferik gemodinamikaning buzilishi, parenximatoz a'zolaridagi funktsional yetishmovchilik va toksik asoratlar bilan birga kechadi.

Binobarin, o'tkir pankreatit patogenezida o'zaro bog'langan patobio-kimyoviy va morfofunktsional 4 ta jaroyon: 1) lipoliz, 2) proteoliz, 3) qon va limfadagi mikrotsirkulyatsiya buzilishlari

ifodalangan demarkatsion yallig‘lanish, 4) pankretogen toksemiya asosiy ahamiyatga ega.

Patologik anatomiyasi. Morfologik o‘zgarishlarning turli-tuman bo‘lishiga qaramay, pankreatitning uchta formasi farq qilinadi: Me‘da osti bezining o‘tkir shishishi, o‘tkir gemorragik pankreatit, o‘tkir yiringli pankreatit.

Me‘da osti bezining o‘tkir shishishini ba‘zan kataral pankreatit deb ataladi. Makroskopik tekshirilganda bez hajmi kattalashgan, shishgan bo‘ladi. Shish qorin pardasi orqasidagi kletchatkaga va ko‘ndalang chambar ichak tutqichiga tarqalishi mumkin. Qorin bo‘shlig‘ida va charvi xaltasida, aksariyat hollarda, seroz-gemorragik suyuqlik bo‘ladi. Gistologik tekshirganda oraliq, to‘qima shishi, unchalik katta bo‘lmagan qon quyilish sohalari va bez to‘qimasida o‘rtacha ifodalangan degenerativ o‘zgarishlar topiladi.



6.7-rasm. Shishli pankreatitni makroskopik ko‘rinishi.

O‘tkir gemorragik pankreatit. Bunda me‘da osti bezining makroskopik ko‘rinishi: hajmi kattalashgan, qirmizi-qora rangli, ilvillagan, osonlikcha parchalanadigan bo‘ladi. Parapankreatik va qorin pardasi orqasidagi bo‘shliqlarning gemorragik imbibitsiyasi amalda doimiy kuzatiladi. Gistologik tekshirganda - ko‘p sonli distrofiya,

nekrobioz va nekroz o'choqlari zahirida, bezning o'zgarmagan parenximasini sohalari aniqlanadi.



6.8-rasm. Gemorragik pankreatit makroskopik ko'rinishi.

Gemorragik pankreatit uchun - gemorragik ekssudatning kletchatka bo'ylab ko'p tarqalganligi va qorin pardasi orqasidagi kletchatkada astsitik fermentativ flegmonaning paydo bo'lishi xos bo'ladi.

O'tkir yiringli pankreatit bakterial flora qo'shilganda rivojlanadi. Bez to'qimasining yiringli parchalanish o'choqlari ko'rinib turadi.



6.9-rasm. Yiringli pankreatitni makroskopik ko'rinishi.

Mikroskopik tekshirishda flegmonali yallig'lanish yoki kattaligi har xil ko'p sonli abscesslar xarakteridagi yiringli infil'tratsiya topiladi,

qorin bo'shlig'ida yiringli-gemorragik yoki seroz-yiringli ekssudat bo'ladi.

O'tkir pankreatit klassifikatsiyasi. O'tkir pankreatitni quyidagi turlari farq qilinadi:

- 1) me'da osti bezining o'tkir shishishi;
- 2) me'da osti bezining gemorragik nekrozi;
- 3) yiringli pankreatit.

Bunday turlarga bo'lish ma'lum darajada shartli hisoblanadi. Bitta bemorning o'zini morfologik tekshirishda, aksariyat unda patologik turlarining birga uchrashini, shuningdek o'tadigan formalarini kuzatish mumkin. Me'da osti bezining o'tkir shishishi birmuncha ko'proq kuzatiladi (bemorlarning 77-78 foizida). O'tkir gemorragik nekroz va yiringli pankreatit bemorlarning taxminan 10-12 foizida qayd qilinadi.

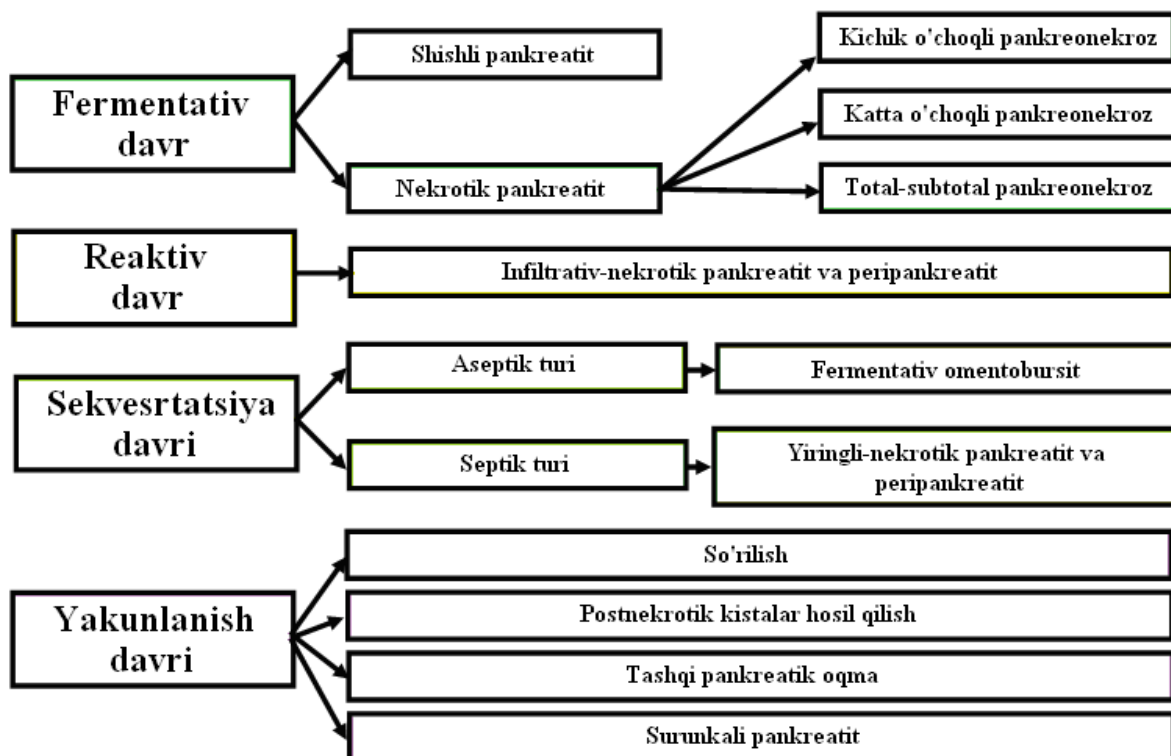
Xozirgi kunda o'tkir pankreatitni eng qulay tasnifi V.I. Filin tomonidan taklif qilingan. Bu tasnifga ko'ra o'tkir pankreatit klinik kechishi 4 davrga ajratiladi.

O'tkir pankreatitni V.I. Filin (1994 y) bo'yicha tasnifi.

6.2-jadval

O'tkir pankreatit davrlari

O'tkir pankreatit klinik turlari



Fermentativ davr kasallikning birinchi 5 kuniga to'g'ri keladi. Reaktiv davr (kasallikning 6-14 kunlar) faqat destruktiv pankreatit rivojlangan bemorlarda kuzatiladi. Kasallikning 3 haftasidan sekvestratsiya davri boshlanadi. 20-24 kundan so'ng bemorlarda kasallikning yakunlanish davri boshlanadi.

Me'da osti bezidagi o'choqlar o'lchamlariga nisbatan Tolstoy A.D. (1999) o'tkir pankreatitni 5 turga bo'ladi: o'tkir shishli pankreatit (atsinar xujayralar nekrozi); kichik o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mm gacha); o'rta o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mm-dan 10 mm gacha); katta o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 10 mm dan ko'p); total-subtotal pankreonekroz (oshqozon osti bezi total-subtotal shikastlanishi).

Klinikasi.

Kasallik aksariyat to'sh osti sohasida va chap qovurg'alar ostida og'irlik sezgisi va biroz og'riq, kekirish, qorinning o'rta darajada dam bo'lishi ko'rinishidagi dispeptik buzilishlar bilan xarakterlanadigan qisqa prodromal davrdan (60-70%) keyin boshlanadi.

Og'riq o'tkir pankreatitning asosiy va doimiy simptom hisoblanadi. Og'riq to'satdan paydo bo'ladi. O'z xarakteriga ko'ra og'riq juda kuchli, simillagan, doimiy, kamroq vaqt mobaynida tutadi. Og'riq shu qadar kuchli bo'ladiki, bemorlar ba'zan hushdan ketadi. Og'riq o'ng va chap qovurg'alar ostida joylashuvi mumkin, ko'pincha esa belbog'simon bo'lishi kuzatiladi va yelkalar ustiga, to'sh suyagi orqasiga o'tadi, buni yanglishib ba'zan miokard infarkti deb hisoblaydilar. 85% hollarda bemor qayt qiladi (og'ir hollarda qusuq tarkibiga qon aralashgan bo'ladi). Bemor qorni tobora shishib boradi, ich kelmasligi hamda yel chiqmasligi (qabziyat) kuzatiladi.

Bemor tanasining vaziyati - ko'pincha majburiy holatda, bemorlarning ko'pchiligi yarim egilgan holatda bo'ladilar. Xastalikning boshlanishida, bemorning tana harorati normal yoki subnormal bo'ladi. Tananing yuqori harorati va isitma rivojlanib borayotgan yallig'lanish asoratlari uchun xos. Teri va shilliq pardalarning ranggi oqargan, sianotik tusda bo'lib, og'ir intoksikatsiya jaroyonidan dalolat beradi. Aksariyat

hollarda sariqlik kuzatilib, o'tning normal oqishining buzilishi va jigardagi og'ir toksik holatdan dalolat beradi.

Bemorning tili quruq, kulrang qarash bilan qoplangan. Qorin bir tekis ko'tarilgan, mushak himoyasi kuchsiz, qorinning yon bo'limlarida va kindikda sianoz - Grey-Turner simptomi va Kullen simptomi qayd qilinadi.

O'tkir pankreatit uchun epigastral sohada va chap qovurg'alar ostida og'riq bo'lishi ob'ektiv simptom hisoblanadi, u ko'pincha qorin oldingi devori mushaklarining taranglashmasligi bilan o'tadi. Voskresenskiy simptomi (epigastral sohada qorin aortasi pul'satsiyasining yo'qolishi bemorlarning uchdan bir qismida, Mayo-Robson simptomi (chap qovurg'a-umurtqa bo'rchagida og'riq) esa, ularning yarmidan ko'prog'ida aniqlanadi. Shetkin-Blyumberg simptomi ko'pincha kuchsiz musbat, ichak peristal'tikasi shovqinlarining susayishi kuzatiladi. Perkussiyada qorin bo'shlig'ida ozod suyuqlik aniqlanishi ehtimoli bor.

Kasallik boshlanishida bradikardiya bo'lib, tez orada taxikardiya bilan almashinadi. Kasallikning og'ir formolari uchun tez pul'sning ipsimon xususiyatga ega bo'lishi xos bo'ladi. Arterial qon bosimini ko'pchilik bemorlarda pasaygani kuzatiladi.

Parenximatoz a'zolarida distrofik o'zgarishlar rivojlanadi, ularning funktsional holati buziladi. Bu o'zgarishlarni asosan giperenzimemiya, mikrotsirkulyator buzilishlar va intoksikatsiya tashkil etadi. Buyrak faoliyatida ayniqsa qattiq buzilishlar kuzatiladi. Bemorlarning 10-20% da diurezning oliguriyadan anuriyagacha o'zgarishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Laboratoriya tekshiruvlarida o'tkir pankreatitda proteolitik fermentlar ko'rsatkichining oshishi (amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza) xarakterli hisoblanadi. Qonda va siydikda diastazaning miqdori hamisha ham oshavermaydi. Amilaza miqdorining birdaniga oshishi (512-1024 TB dan ortiq) o'tkir pankreatitdan dalolat beradi, biroq amilaza darajasining normalligi bu kasallikni istisno qila olmaydi. Bez katta o'zgarishlarga uchraganda qonda va siydikda diastaza miqdori sezilarli o'zgarmaydi, ba'zan pasayadi. Tripsinning miqdori ancha oshishi ham o'tkir pankreatit uchun patognomonik belgidir. Chunki, bu

kasallikda tripsin va uning ingibitorlari miqdori juda erta oshadi, lipaza kontsentratsiyasining oshishi birmuncha kech muddatlarda (kasallik boshlanishining 3-4-sutkalarida) sodir bo'ladi. Giperglikemiya va glyukozuriya patologik jaroyonga bezning orolsimon apparatining tortilishi to'g'risida dalolat beradi. Gipokal'tsiemiya o'tkir pankreatitning destruktiv formalari uchun patognomonik holat bo'ladi. U odatda kasallikning 4 va 10-kunlari orasida, ya'ni yog' nekrozlari eng rivojlangan davrda paydo bo'ladi. Kal'tsiyning 4 mekv/l dan pasayib ketishi prognoz jihatidan yomon belgi hisoblanadi. Siydikda, me'da osti bezi fermentlari miqdori oshishidan tashqari, oqsil, eritrotsitlar, silindrlar paydo bo'ladi. Og'ir hollarda buyrakning toksik-infektsion zararlanishi o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib keladi, bu oliguriya yoki anuriya, qonda azotli shlaklar yig'ilishi yuzaga chiqadi. Me'da osti bezi to'qimasi fermentlarini tekshirish muayyan diagnostik ahamiyatga ega. Elastaza fermenti aktivligi odatda Keller va Mandl' bo'yicha (1971), transaminaza aktivligi esa Bregmayer bo'yicha (1970) aniqlanadi. Kasallikning hamma formalarida bu fermentlarning aktivlik darajasi nisbatan yuqori bo'lishi aniqlangan. Sog'lom odamlar qonida elastaza va transaminaza aktivligi aniqlanmaydi. O'tkir pankreatitli bemorlarda qonda elastaza aktivligi minutiga 4,3 dan 5 l mk mol'/min atrofida bo'ladi. Transaminaza aktivligi 2,29 dan 4,29 mk mol'/min gacha o'zgarib turadi. Qon zardobida to'qima fermentlarining paydo bo'lishi me'da osti bezi xujayralari destruktivasiyadan dalolat beradi va bir nomdagi patobiokimyoviy sindrom tushunchasini tashkil qiladi.

O'tkir pankreatit asoratlari:

Erta asoratlari - shok va o'tkir yurak yetishmovchiligi, peritonit; birmuncha kechki asoratlari - me'da osti bezi abstsessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasi, diafragma osti, ichaklararo, charvi xaltasi, arroziyon qon ketishlar, nekrozga uchragan to'qima ko'chishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi. Keyinchalik esa, me'da osti bezining soxta kistalari va oqmalari, ichak oqmalari, qandli diabet kabilar paydo bo'lishi ehtimoli bo'ladi.

Differentsial diagnostikasi. O'tkir pankreatitni birinchi navbatda me'da va 12 barmoq ichakning teshilgan yarasi bilan differentsial diagnostika qilish kerak. Teshilgan yara uchun bemorning navqiron yoshi, anamnezida yaraning bo'lishi, «xanjar bilan urgandek» og'riq, qusishning yo'qligi, «taxtasimon» qorin kabi xos belgilar tafovutlashga yordam beradi. Perkussiya qilganda jigar to'ntoqligining yo'qolishi va diafragma gumbazi ostida rentgenologik tekshiruvda aniqlanadigan o'roqsimon ozod havo borligi xos bo'ladi. O'tkir pankreatit odatda, o'ttosh kasalligi bo'lgan va yog'almasuvi buzilgan yoshi ulg'aygan odamlarda ko'proq uchraydi. O'tkir pankreatit uchun og'riqning belbog'simon bo'lishi, uning o'ziga xos irradiatsiyasi, uzluksiz qayt qilish, «mushak himoyasi» simptomining aniqlanmasligi, qorinning kepchishi, leykotsitoz, giperenzimiemiya va diastazuriyalar xos bo'ladi.

O'tkir xoletsistit va o't sanchig'i xurujlari o'tkir pankreatit bilan bir qator umumiy simptomlarga ega (to'satdan boshlanishi, o'tkir og'riq, og'riq irradiatsiyasi, peristaltikaning susayishi va b.) Biroq, o'tkir xoletsistit uchun og'riqning o'ng qovurg'alar ostida joylashuvi, mushak himoyasi simptomi paypaslash vaqtida kattalashgan va og'riydigan o't pufagi yoki o'ng qovurg'alar ostida infil'tratning aniqlanadi, qon va siydikda diastaza ko'rsatkichlari normal. Ko'pincha o'tkir pankreatit o'ttosh kasalligi zahirida rivojlanadi (xoletsistopankreatit). O'tkir pankreatit bilan o'tkir mexanik ichak tutilishi orasida differentsial diagnoz quyidagi belgilar asosida o'tkaziladi: o'tkir pankreatitda og'riq doimiy bo'ladi va peristaltikaning susayishi yoki butunlay yo'qolishi bilan o'tadi, og'riq qorinning yuqori va o'rta qismlarida bo'ladi. Aksincha, ichakning o'tkir tutilib qolishida og'riqlar qorinning barcha joyida to'liqsimon bo'ladi; kasallikning dastlabki davrida peristaltika kuchli. Siydik va qonda me'da osti bezi fermentlari miqdorining yuqoriligi o'tkir pankreatit diagnozini tasdiqlaydi. O'tkir appenditsit ham, ba'zan o'tkir pankreatit kabi, aksariyat epigastral sohada og'riqdan boshlanadi. Biroq appenditsitda epigastral sohada og'riq qisqa fursat bo'ladi, 3-4 soat o'tgach og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi, qorin devorining taranglashuvi va rivojlanayotgan mahalliy peritonitning boshqa simptomlari bilan birga uchraydi. Siydik va qondagi diastazani

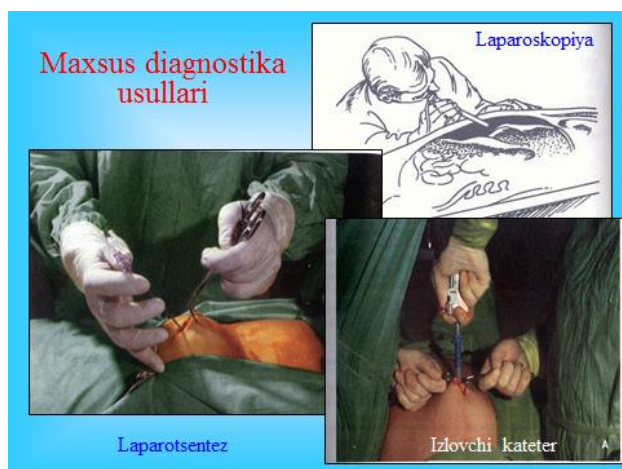
tekshirish bu ikkala kasallik o'rtasida uzil-kesil differentsial diagnostika o'tkazishga imkon beradi.

Diagnostikasi.

O'tkir pankreatit diagnostika qo'yishda anamnez ma'lumotlari (ko'p ovqat yeyish va spirtli ichimlik ichish, shikastlar va boshqalar), qorinning yuqori bo'limida ko'pincha og'ir aylanib tutadigan kuchli og'riq, uning taxikardiya va arterial bosimning pasayishi bilan o'tishi asos bo'lib xizmat qiladi. Peritonit rivojlangunga qadar qorin yumshoqligicha qoladi, biroq ko'tarilgan bo'ladi, peristal'tika bo'lmaydi. Ba'zan Mayo - Robson musbat simptomi bo'ladi.

O'tkir pankreatitda laparoskopik tekshiruvlar bu kasallikni oshig'ich diagnostika qilishning eng qimmatli usullaridan biri hisoblanadi. O'tkir pankreatitda laparoskopiya o'tkir pankreatit formasini aniqlashda, pankreonekrozning patobiokimyoviy turini bilishda yordam beradi, pankreatogen peritonit, qo'shib keladigan kasalliklar (destruktiv xoleliti) ni aniqlashga imkon beradi.

Laparoskopik tekshirishga ko'rsatmalar quyidagicha: klinik manzara-ning noaniqligi, pankreatit va qorin bo'shlig'ining boshqa o'tkir kasalliklari o'rtasida differentsial diagnostika qilish zarurligidir. O'tkir pankreatitning klinik belgilari aniq bo'lganda laparoskopiya kasallikning formasini aniqlash va davo muolajalarini bajarish uchun qilinadi.



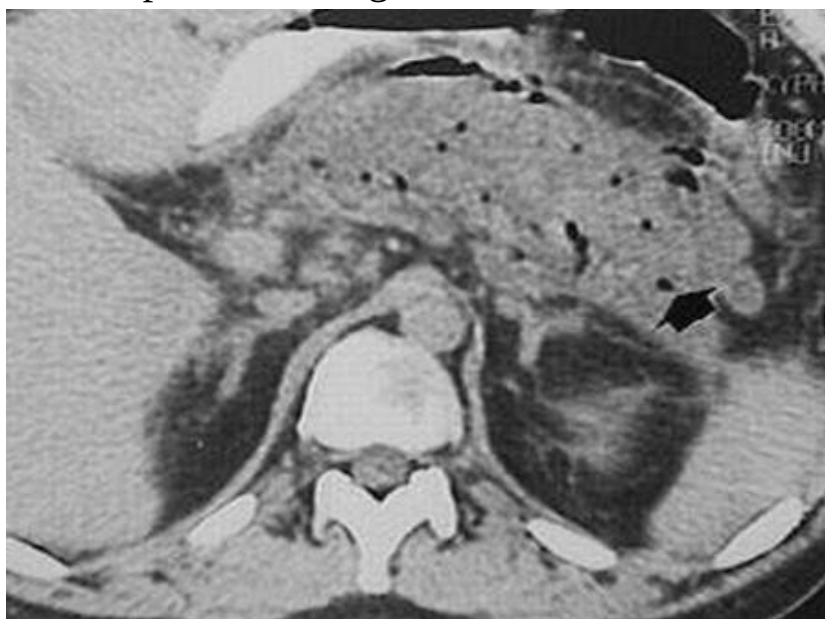
6.10-rasm.

Laparoskopiyani qorin bo'shlig'ida operatsiya o'tkazilgan, shuningdek katta ventral churralari bo'lgan bemorlarda qo'llanilishi mumkin emas.

So'nggi yillarda komp'yuter tomografiya (KT) va ul'tratovush yordamida tekshirish eng ko'p axborot beradigan usullar bo'lib qoldi, ular me'da osti bezi o'lchamlarini, strukturasiining bir xil emasligini, patologik jaroyon darajasini aniqlab beradigan usullardan hisoblanadi.



6.11-rasm. O'tkir pankreatitning ul'tratovush tekshiruvida ko'rinishi.



6.12-rasm. Pankreonekroz natijasida rivojlangan oshqozon osti bezi mikroabstsesslari (KT).



6.13-rasm. O‘tkir pankreatitda yader-magnit tomogrammasi.

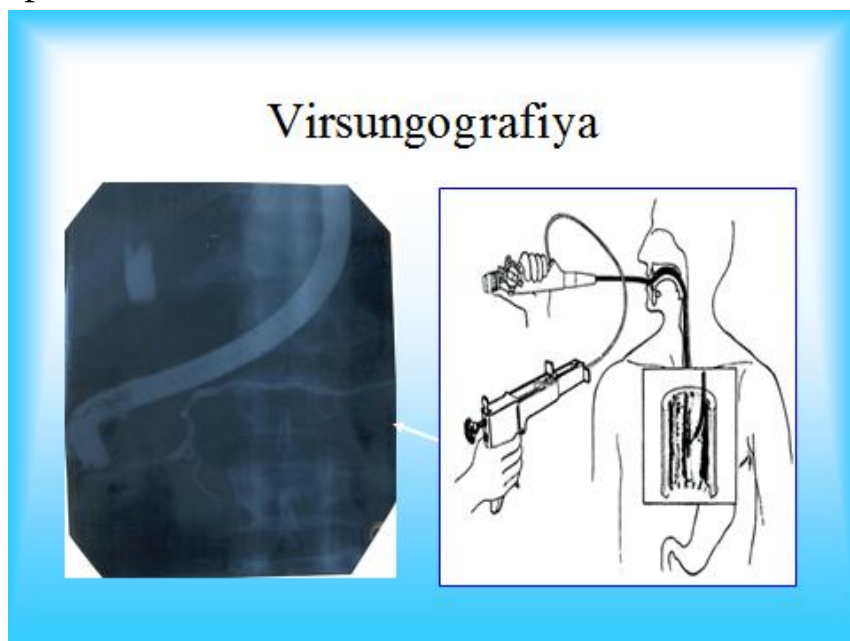
Qorin aortasi tarmoqlarini selektiv va superselektiv angiografiya qilish usullarini klinikaga joriy qilish me’da osti bezi kasalliklarining diagnostikasini birmuncha yaxshiladi. Angiografik tekshirish o‘tkir pankreatitda paydo bo‘ladigan me’da osti bezi angioarxitektonikasiga hos o‘zgarishlarni aniqlashga imkon beradi.

O‘tkir pankreatitning hamma angiografik simptomlarini uch guruhga bo‘lish mumkin:

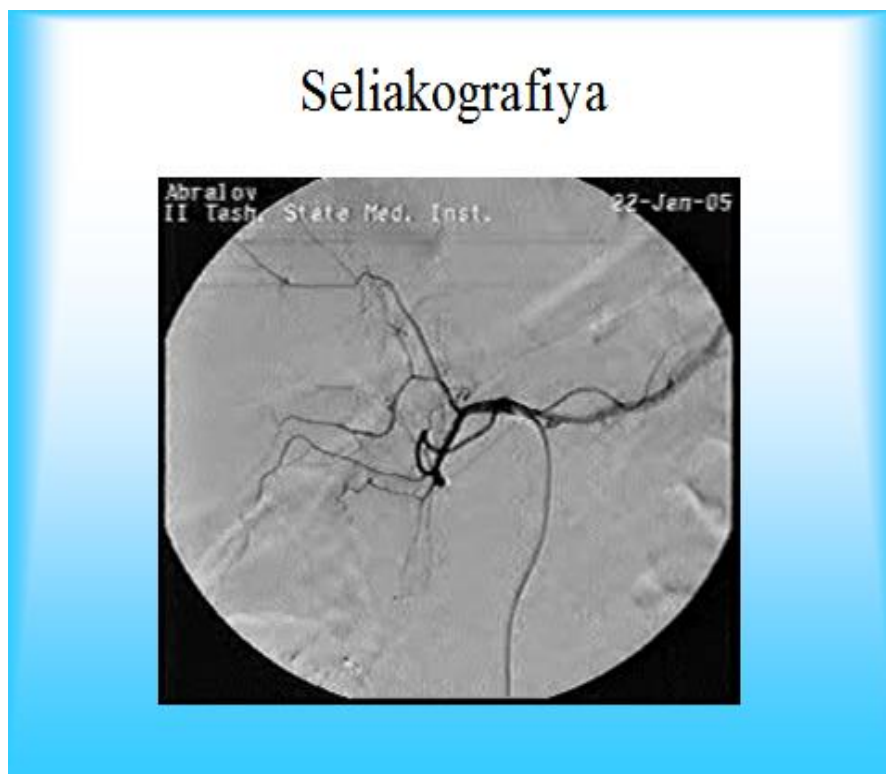
- 1) me’da osti bezi arterial o‘zanidagi o‘zgarishlar;
- 2) me’da osti bezidagi gemotsirkulyatsiya buzilishi;
- 3) me’da osti bezini o‘rab turgan tomirlardagi va qorin aortasi havzasi tomirlaridagi o‘zgarishlar.

O‘tkir pankreatitda me’da osti bezi arterial o‘zanidagi o‘zgarishlar arteriya bo‘shlig‘i kengayishi, surilishi, uzayishi va to‘g‘rilanishi, konturlarining noaniqligi (chaplashib ketganligi), shaklining o‘zgarishi va torayishi, betartib joylashuvi, ayrim tomirlarning uzilishi, shuningdek tomir devoridagi nuqsonlardan iborat.

Rentgenologik tekshiruvda o'tkir pankreatitning bilvosita belgilari aniqlanadi. Obzor rentgenogrammada me'daning kengayganligi, unda suyuqlik borligi aniqlanadi. Odatda 12 barmoq ichak qovuzlog'i kengaygan, parez holatida bo'ladi.



6.14-rasm.



6.15-rasm.

Ba'zan o'tkir pankreatit belgilari qorin bo'shlig'idan transparietal punktsiya yordamida ekssudat olish, me'da osti bezini asbob-uskunalar

bilan paypaslash, o't pufagini transparietal punktsiyasi va drenaj qilish kabi maxsus diagnostik muolajalar vositasida aniqlanishi mumkin.

Davolash.

O'kir pankreatitni patogenetik davolash, ya'ni asosiy davo tadbirlari patogenez kontseptsiyasiga muvofiq kelishi kerak.

Ferment toksemiyaga qarshi kurashish uchun quyidagilardan foydalaniladi:

1) Me'da suyuqligini aspiratsiya qilish va me'dani sodali sovuq eritma bilan yuvish (me'da suyuqligidagi xlorid kislota pankreatik sekretiya stimulyatori hisoblanadi). Oddi sfinkteridagi spazmni yo'qotish uchun atropin yuborish, me'da osti bezi gipotermiyasi, 4-5 kungacha sitostatiklar yuborish (5-ftoruratsil, ftorafur va boshqa pankreatik fermentlar ishlanishini to'xtatadi) bez tashqi sekretor funksiyasini pasaytiradi; 2) spazmolitiklar yuborib ishlab chiqarilgan fermentlarning normal evakuatsiyasini ta'minlash; 3) qon o'zaniga yoki qorin bo'shlig'iga tushgan fermentlarni yo'qotish; ko'krak limfatik yo'lini limfosorbtsiya bilan drenaj qilish, diurez stimulyatsiyasi; qorin bo'shlig'ini drenajlash; 4) fermentlarni proteazlar ingibitorlari bilan (kontrikal, gordoks, salol va boshqa) aktivsizlantirish.

Og'riqni yo'qotish yoki kamaytirish uchun anal'getiklar va spazmolitiklar (no-shpa, papaverin, platifillin) qo'llanilishi zarur. Peridural blokada (orqa miya peridural bo'shlig'ini anestetiklar yuborib kateterlash) yaxshi samara beradi.

Suv-elektrolit muvozanati (balansi)ni idora qilish, yurak faoliyatini normaga solish va toksikozni pasaytirish maqsadida 5-10% li glyukoza eritmaları, poliion eritmalar, poliglyukin, plazma, gemodez qo'llanilishi tayinlanadi. Kaliy preparatlari, yurak glikozidlari ko'rsatmalar bo'yicha tayinlanadi.

Qonning reologik xususiyatlarini yaxshilash va tomir ichida qon ivishini profilaktika qilish uchun har 4 soatda reopoliglyukin va geparin (5000 TB) qo'llaniladi.

Antiferment muolaja. Proteazalar ingibitorlari bilan davolash. 1953 yilda Frea o'tkir pankreatitni davolash uchun birinchi marta kallikrein

inaktivatori - trasilolni qo'llagan. Hozirgi vaqtda boshqa ingibitorlar: kontrikal, gordoks, pantripin, iniprol, zimofen va boshqalar keng qo'llanilyapti. Ingibitorlar ko'p yil qo'llanilishiga qaramay, ularning ta'sir mexanizmi, fazalari, qo'shimcha ta'siri to'g'risida yagona fikr yo'q. Ko'p sonli tekshirishlarda proteazalarning ingibitorlari pankreonekrozda ro'y-rost terapevtik samara berishi, zarbali dozalari bilan qo'shma davolash esa pankreatogen toksemik asoratlardan o'limni birmuncha pasaytirishi aniqlangan. Preparatni oddiy usullarda (mushak orasiga va venaga) yuborish me'da osti bezida va qorin bo'shlig'ida antiferment preparatlarning yuqori kontsentratsiyasini ta'minlay olmaydi. Bunga preparatlarni qo'shma usulda: venaga, regionar - arteriyaga, qorin pardasi ichiga, qorin pardasi orqasiga yuborilganda muvaffaq bo'linadi. Proteaza ingibitorlarining yuqori mahaliy kontsentratsiyasi aktiv tripsinogenni bloklab qo'yish, periatsinar bo'shliqda tripsinning aktivsizlanishi va proteoliz regionar jaroyonlarini to'xtatib qo'yishni, kininogenez va fibrinolizni ta'minlaydi.

Sitostatiklar bilan davolash. Oqsil sinteziga atsinoz xujayralari bilan ta'sir qilib sitostatiklar (5-ftoruratsil, ftorafur) me'da osti bezi ekzokrin funksiyasini to'xtatish 70-yillarning II yarmida pankreonekrozda qo'llanilgan. 5-ftoruratsil 500 ml fiziologik eritmada suyultirilib, sutkasiga bir marta 2-3 kun mobaynida 250-300 mg dozada yuboriladi.

Preparat qorin aortasiga selektiv yuborilganda davolash ancha-yin ta'sirchan bo'ladi. Kasallikning kechikkan muddatlarida sitostatiklar-ning davolash ta'sirchanligi juda ozligini ta'kidlab o'tish zarur.

Detoksikatsiya. Pankreatogen toksemiya kasallikning birinchi davrida rivojlanadi. Agar bu davrda detoksikatsiya o'tkazilmasa, bemor ahvoli jiddiylashadi, ingibitor to'siq mexanizmlar izdan chiqadi, mahalliy patologik jaroyon buziladi va uning avj olishi mikrotsirkulyatsiya buzilishi va qon tomir ichida qon ivishi sindromi ta'siri ostida sodir bo'ladi. O'z vaqtida o'tkazilgan detoksikatsion muolajagina patologik jaroyonning bundan keyingi rivojini to'xtatadi.

Detoksikatsiyaning ta'sirchan usullaridan biri infuzion muolajani organizmni suyuqlik bilan to'yintirish (gemodilyutsiya) va diurezni

kuchaytirish bilan qo'shib olib borishdan iborat. Gemodilyutsiya va kuchaytirilgan diurez printsiplari oddiy, hamma e'tirof qilgan tamoyildir. Diurez soatiga 25 ml dan pasayib ketganda kuchaytirilgan diurez tayinlanadi.

Ko'krak limfatik yo'lini tashqariga drenaj qilish. O'tkir pankreatitni davolash uchun bu usulni qo'llanish patogenetik asoslangan. Pankreonekrozda jigar interstitsial bo'shliqlari shishishi va kompressiyasi, shuningdek mikrotsirkulyator buzilishlar sababli limfaga me'da osti bezi fermentlari va autoliz mahsulotlari ko'p o'ta boshlaydi, bunda uning toksinligi keskin ortadi. Limfaning toksikligi darajasi me'da osti bezi zararlanishining og'ir-yengilligiga bog'liq.

Limfaning tashqariga chiqarilishi jaroyonida, asosan dastlabki 2-3 sutka ichida uning toksikligi kamayadi. Bu davrda limfa bilan birga autoagressiv fermentlarning kattagina miqdori - lipaza va tripsin chiqariladi. Yog'li nekrozda tashqi limfa drenaji Ayniqsa ro'y-rost detoksikatsion natija beradi. Limfa bilan birga oqsillar, elektrolitlar yuqotilishi - limfa oqib ketishining salbiy tomoni hisoblanadi.

So'nggi yillarda klinik amaliyotga aktiv detoksikatsiya usullari: limfosorbtsiya (R. Panchenko, 1982) va gemosorbtsiya (YU. M. Lopuxin, 1975) jadallik bilan joriy qilindi. Sorbentlar bilan tozalangan limfa reinfuziyasi tashqi drenajlar usulining keyingi rivoji bo'lib hisoblanadi. Limfosorbtsiyaga amalda monelik qiladgan hollar yo'q, biroq uni qo'llanish limforeya yuqori bo'lganda yaxshi natija beradi.

Pankreonekrozda gemosorbtsiya og'ir endotoksikozda, pankreatogen shok hodisalarida va jigar-buyrak yetishmovchiligida rivojlanadigan intoksikatsion psixozlarda qo'llanilishi kerak.

Og'ir pankreatik endotoksikozda plazmoferez o'tqazishda yuqori davo natijasi olingan (A. M. Sazonov, 1984). Bu usulda mamlakatimizda ishlab chiqariladigan asbob-uskuna yordamida limfa suyuqligi xaydalib (1-1,5 l gacha) donor plazmasi va al'bumin bilan aralashtiriladi. Plazmoferezning davo ta'siri plazma bilan birga ekzogen va endogen toksinlarni chiqarishdan iborat. Tozalangan limfa organizmga qaytadan quyiladi.

Laparoskopik drenajlash va qorin bo'shliq perfuziyasi. Pankreatogen peritonit jadal kechadi, tez oshib boradigan intoksikatsiya, parenximatoz a'zolar distrofiyasi, gemodinamikaning og'ir buzilishini keltirib chiqaradi.

Peritonitga qarshi kurashning ta'sirchan chorasi ekssudatni aktiv chiqarish, qorin bo'shlig'iga antiferment preparatlar, antibiotiklar yuborish hisoblanadi. Shu maqsadda pankreonekrozni eng ta'sirchan va bezarar davolash usuli qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash, ayni vaqtda ekssudatni bartaraf etish va qorin bo'shlig'iga peritoneal dializ o'rnatish va qo'llash hisoblanadi.



6.16-rasm.

Pankreatogen peritonitni laparoskopiya usuli bilan davolash ikki bosqichdan - diagnostik va davolash bosqichidan iborat bo'ladi. Diagnostik bosqichda pankreatit turi, peritonitning bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Gemorragik ekssudat, steatonekroz dog'lari va aseptik pankreatogen peritonit belgilari ikkinchi bosqich - qorin bo'shlig'ini qorin ichi perfuziyasi yoki infuziyasi o'tqazish maqsadida drenajlash uchun asosiy ko'rsatma hisoblanadi.

Arteriya ichi regional infuzion muolaja (RIM). Bu usulni o'tkazishga asosiy ko'rsatma pankreonekroz kechishining avj olishi, peritonit va toksemik asoratlardir. RIMni o'tkazish uchun ishlatiladigan preparatlar aralashmasining tarkibi: kontrikal - 60000 TB, heparin -2000 TB, reopoliglyukin - 400 mg, nikotinat kislota - 20 ml, novokain -2,5 g,

izotonik natriy xlorid eritmasi yoki Ringer - Lokk eritmasi -1000 ml umumiy hajmgacha. Buning uchun, kateter rentgentelevizion moslama nazorati ostida o'rnatiladi. RIM ning asosiy davo vazifasi proteoliz va kininogenez jaroyonlarini to'xtatish, qon mikrotsirkulyatsiyasining lokal va sistem o'zgarishlarini davolash, shuningdek markaziy gemodinamika buzilishlarini bartaraf qilishdan iborat. Shunga ko'ra RIM pankreatogen shokni davolashda, pankreonekroz va fermentativ peritonit rivojlanishining oldini olishda asosiy usullardan biri hisoblanadi.

Me'da osti bezining lokal gipotermiyasi. O'tkir pankreatitni davolash bo'yicha tadbirlar kompleksiga me'da osti bezini qorin devori, me'da, yo'g'on ichak orqali sovutish yo'li bilan gipotermiya holatini yuzaga keltiradilar. Bunda haroratni anchagina pasaytirish bez to'qimasida modda almashinuvi jaroyonlarini susaytiradi, uning fermentativ funktsiyasini va proteolitik fermentlar aktivligini kamaytiradi. Bevosita lokal gipotermiyani operatsiyadan keyingi davrda me'da osti beziga operatsiya vaqtida kiritilgan maxsus zond yordamida bajariladi. Bezda asosiy operatsiya (rezektsiya, drenajlash, omentopeksiya, abdominizatsiya va b.) o'tkazilgandan keyin unga ikki bo'shliqli naycha bilan ulangan maxsus tayyorlangan lateks ballon qo'yiladi, uni chap qovurg'alar ostidagi kesma orqali tashqariga chiqariladi.

Me'da osti bezini 2-4 soatdan kuniga 3 marta muntazam sovutiladi.

Ko'pgina olimlar e'tibor bergan bu usulning afzalligi - me'da osti bezini umumiy yoki lokal gipotermiya holatini chaqirishdan iborat deb hisoblaydilar. Biroq, ular gipotermiyani amalga oshirish uchun maxsus xirurgik operatsiya o'tqazishni tavsiya qilmaydilar.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolash. O'tkir pankreatit quyidagicha xirurgik davo qilinadi:

- 1) o'tkir pankreatit, uning destruktiv formalari; xoletsistit bilan birga uchraganda;
- 2) 36-48 soat mobaynida konservativ davolash naf bermaganda;
- 3) qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenaj qilib bo'lmaydigan pankreatogen peritonitda;

4) o'tkir pankreatit asoratlarda; charvi xaltasi abstsessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasida. O'tkir pankreatitning destruktiv formalarini aniqlashda va davolashda laparoskopiyaning ahamiyati katta, o'ning yordamida diagnozni aniqlash, o't chiqaruv yo'llari gipertenziyasini aniqlash va laparoskop nazorati ostida teri orqali xoletsistostomiya o'tkazish, biroq eng muhimi - qorin bo'shlig'ini suyuqlik aspiratsiyasi uchun drenajlash (ferment toksemiyanı kamaytirish), qorin bo'shlig'ini antibiotiklar va proteaza ingibitorlari bilan yuvish mumkin.



6.17-rasm.

O'tkir pankreatitni davolash kasallikning davriga asoslanadi.

Kasallikning fermentativ davrida bemorlarga bazis, antisekretor, detoksikatsion muolaja, immunostimulyatsiya, antibakterial davolash olib boriladi (6.2-jadval).

Me'da osti bezidagi destruktiv jaroyonga nisbatan kasallikning fermentativ davrida davolash o'ziga xos xususiyatlariga egadir. O'tkir shishli pankreatitda davolash bazis va antisekretor muolajadan iborat bo'ladi.

O'tkir destruktiv pankreatitni fermentativ davrida davolash

6.2-jadval

Bazis muolaja	1. Ochlik (3 kungacha); 2. Lokal gipotermiya; 3. Nazogastral aspiratsiya; 4. Novokain blokadalar; 5. Spazmo- va xolinolitiklar.
Antisekretor muolaja	Sandostatin, oktreotid, 5-ftoruratsil, dalargin, ribonukleaza.
Oshqozon osti bezi gistoprotektsiyasi	1. Reologik aktiv muolaja: reopoliglyukin, ge-parin, fraksiparin, kleksan, suloleksid; 2. Antioksidant va antigipoksantlar: YE va S guruhlar vitaminlari, olifen.
Yiringli asoratlar profilaktikasi	1. Antibiotiklar; 2. Immunokorreksiya (ronkoleykin, sikloferon, timogen).
Detoksikatsiya	1. Nospetsifik: diurezni kuchaytirish, plazmo-ferez; 2. Spetsifik: anti fermentlar (gordoks, kontri-kal, trasilol); 3. Xirurgik kaminvaziv usullar (laparotsentez, laparoskopiya).

Kichik o'choqli pankreonekrozda konservativ muolaja quyidagilardan iborat:

1. Oshqozon osti bezi faoliyatini bosish (ochlik, mahaliy gipotermiya, oshqozon zondlash va doimiy aspiratsiya, antisekretor muolaja – oktreotid, sandostatin).

2. Detoksikatsiya (plazmaferez; ko'rsatmalarga asosan qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash; infuzion muolaja va diurezni kuchaytirish).

3. Anti fermentativ muolaja – kontrikal, gordoks, trasilol.

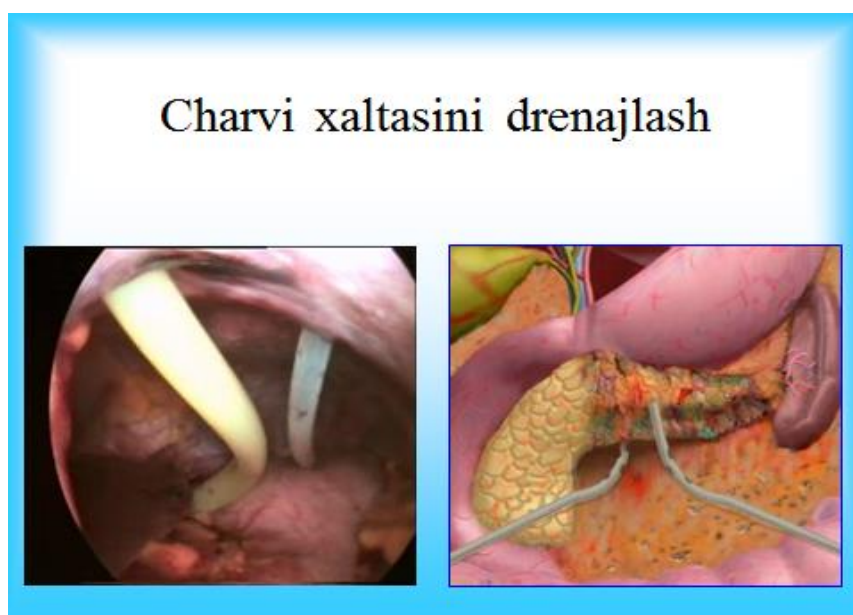
4. Og'riqni oldini olish (spazmolitiklar, anal'getiklar, novokain blokadalar). Katta o'choqli pankreonekrozda bemorlarga antisekretor, detoksikatsion, antioksidant, antigipoksant, anti ferment muolaja

o'tqiziladi. Agar bemor kech murojaat qilsa, katta o'choqli pankreonekrozda antisekretor muolaja o'tkazilmaydi, chunki pankreonekroz rivojlanib bo'lgan va bu holatda me'da osti bezi faoliyatini bosishdan foyda yo'q. O'tkir destruktiv pankreatitni reaktiv davrida davolash quydagilardan iborat: enteral zondli oziqlantirish, yuqori kaloriyalik parhez; ichakning normal florasini tiklash; yiringli asoratlarni oldini olish (antibiotiklar, immunokorreksiya); antioksidant va antigipoksantlar. O'tkir destruktiv pankreatit septik turida bemorlarga operativ davolanish ko'rsatilgan.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolashda operatsiyalarning quyidagi turlari qo'llaniladi:

- 1) charvi xaltasini drenajlash,
- 2) me'da osti bezi dum qismi va tanasini rezektsiya qilish,
- 3) pankreatektomiya.

Bizning mamlakatimizda yopiq operatsiyalar - charvi xaltasini drenaj qilib, peritoneal perfuziya, omentopankreatopeksiya, me'da osti bezi oldingi yuzasini katta charvi to'plami bilan o'rash ko'proq tarqalgan. Omentopankreatopeksiya jarayonining chegaralanishiga, me'da osti bezida qon ta'minotini yaxshilanishiga imkon beradi, nekroz bo'lgan qismlarning bitishini tezlashadi. Bu usul yog'li pankreonekrozning mayda va yirik o'choqli yakka formalarida qo'llanilishi kerak.



6.18-rasm.

Katta va total nekrozlarda yiringli-septik asoratlarning oldini olish uchun erta o'tqaziladigan radikal operatsiyalar: sekvestrektomiya, nekrektomiya, bez rezektsiyasi, pankreatektomiya eng istiqbolli hisoblanadi. Keyingi ikkita operatsiyani aktiv kompleks davolash natija bermagan nekrotik jaroyon esa tez avj olib borayotgan bemorlarda o'tkazilgani ma'qulroq bo'ladi.

Sekvestrektomiya – nekrozga uchragan bez qismini jonsizlangan to'qima chegarasida olib tashlash - o'tmas yo'l, digitoklaziya bilan bajarilishi mumkin va bunda qon oqmaydi.

Nekrektomiya - nekrozlangan bez qismini qon bilan ta'minlanadigan to'qimalar chegarasida olib tashlash - o'tkir yo'l bilan bajariladi; bez to'qimalari nekroz chegarasi bo'ylab kesiladi va qonab turgan tomirlar qunt bilan tikiladi.

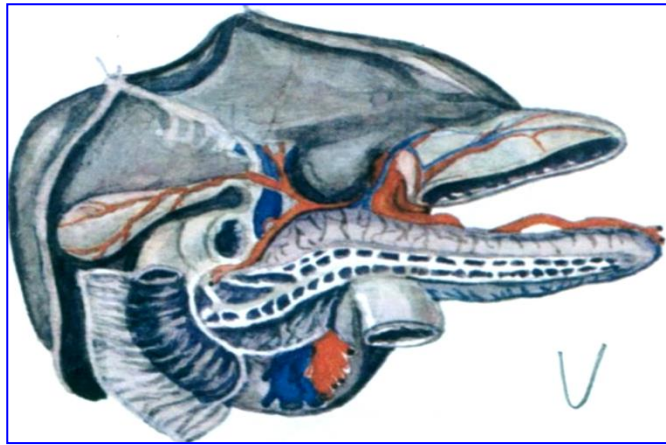
Me'da osti bezi rezektsiyasi - a'zoning bir qismini bezning o'zgarmagan to'qimalari chegarasida ko'ndalangiga kesib olib tashlash splenektomiya bilan o'tishi yoki o'tmasligi mumkin. Ko'pincha me'da osti bezining korporokaudal rezektsiyasi taloqni olib tashlash bilan birga bajariladi, chunki odatda qorin pardasi ortidagi infil'tratsiya bilan o'tadigan pankreonekrozda taloq venasi trombozi bo'ladi. Bundan tashqari, taloqni saqlab qolish uning tomirli oyog'ini bez to'qimasidan ajratish qiyinligi operatsiya-ni mushkullashtiradi.

Radikal operatsiyalarda me'da osti bezi yuzasini va qorin bo'shlig'i bo'limlarini drenajlash aloxida ahamiyatga ega. Ko'pgina olimlarning tajribasi shuni ko'rsatadiki, operatsiya natijasi ko'p jihatdan ekssudatni yaxshi evakuatsiya qilishga va operatsiya qilingan joyni doimiy yuvib turishga bog'liq. Me'da osti bezi rezektsiyasidan keyin qorin bo'shlig'ida drenajlarni eng qulay joylashtirishni V. S. Zemskov taklif etgan.

Pankreonekrozda pankreatoduodenal rezektsiya nihoyatda kam qo'llaniladi. Uni sobiq Ittifoqda A. A. Shalimov (1979) 12 barmoq ichak devori destruktsiyasi bilan o'tgan total pankreonekrozli bemorlarda birinchi marta muvaffaqiyatli qo'llagan.

Surunkali pankreatit

Surunkali pankreatit mustaqil kasallik hisoblanmay, balki o'tkir pankreatitning davomi va natijasi bo'lgan bosqichi - holati hisoblanadi.



6.19-rasm.

Klassifikatsiyasi: Surunkali pankreatitning turli klinik kechishi bilan farq qiladigan quyidagi formalari tafovut qilinadi (M. I. Kuzin va muallifdoshlari).

1. Surunkali qaytalanadigan pankreatit.
2. Surunkali og'riqli pankreatit.
3. Surunkali pankreatitning latent (og'riqsiz) formasi.
4. Soxta tumoroz pankreatit.
5. Surunkali kal`kulyoz pankreatit.
6. Surunkali soxta kistali pankreatit.

Etiologiyasi. Surunkali pankreatitning etiologik omillari qatoriga me'da osti bezi bilan anatomik va fiziologik jihatdan bog'langan a'zolarining (o't pufagi, o't yo'llari, jigar, me'da, 12 barmoq ichak) turli zararlanishlarini, alkogolizm, ozib ketish, turli dori-darmonlar va kimyoviy omillar ta'siri, me'da osti bezi shikastlari, o'tkir va surunkali infeksiyalar, intoksi-katsiya, bez yo'li sistemasi, me'da osti bezidagi o'zgarishlar (birlamchi o'smalar)ni kiritish mumkin.

Patogenezi. Surunkali pankreatitning o'tkir pankreatit patogenezi bilan ko'p o'xshash tomonlari bor. Kasallik qaytalanishi jaroyonga me'da osti bezining yangi-yangi bo'limlari tortilishiga olib keladi, bu vaqti kelganda funktsional parenximaning chandiqli biriktiruvchi

to‘qima bilan almashinuviga sabab bo‘ladi, bez yo‘llarida va paravazal kletchatkadagi sklerotik o‘zgarishlarga olib keladi.

Patologik anatomiyasi. O‘tkir va surunkali pankreatit me‘da osti bezi atsinoz xujayralarining o‘z-o‘zini hazm qilishi, yallig‘lanish reaksiyasi rivojlanishi, jonsizlangan parenxima o‘rnida biriktiruvchi to‘qima o‘sib qalinlashishi, jaroyon avj olganda esa a‘zo sklerozi bilan o‘tadigan nekrozi bilan xarakterlanadi. Biriktiruvchi to‘qima jadal rivojlanishi natijasida bez zichlashadi va aksariyat hollarda, hajmi o‘zgaradi. Mikroskopik tekshirishda to‘qima fibrozi bilan bir vaqtda uning yallig‘li infil’tratsiyasi, lipomatoz, bez yo‘llari devorida yallig‘lanish o‘zgarishlari kuzatiladi. Ba‘zan bez yo‘li bo‘shlig‘i obliteratsiyasi: bez to‘qimasiga tuzlar va kal’tsiy yig‘ilishi natijasida ko‘p sonli mayda kistalar topiladi.

Klinikasi. Surunkali pankreatitning asosiy klinik belgilari og‘riq sindromi; me‘da osti bezi tashqi sekretor yetishmovchiligining avj olishiga aloqador hazm qilishning buzilishi; insulyar apparat funktsiyasi buzilishining klinik simptomlari; biliar (o‘t) gipertenziyasi sindromi (mexanik sariqlik, xolangit, ikkilamchi xoletsistit); me‘da osti bezi kistalari va oqmalari kabi pankreatit asorati simptomlari, segmentar portal gipertenziya, duodenal staz va boshqalar. Odatda, qorinning yuqori yarmidagi og‘riq bemorni tibbiy yordamga murojaat qilishga majbur etgan eng muhim va ilk simptomlardan biri hisoblanadi. Og‘riq qori bo‘shlig‘ining gir atrofni o‘rab oladi (belbog‘simon og‘riq), orqaga kurak orasi sohasiga, o‘ng qovurg‘alar ostiga beriladi. Og‘riq doimiy yoki xurujsimon bo‘ladi. Og‘riq xurujlari bir necha soatdan 4-6 sutkagacha davom qiladi. Ko‘pincha bunga parhezning buzilishi sabab bo‘ladi.

Dispeptik buzilishlar, ko‘ngil aynishi, qusish, so‘lak oqishi, ich buzilib turishi (qabziyat ich ketishi bilan almashinib turadi) doimiy bo‘ladi yoki faqat qo‘zish davrida kuzatiladi.

Diareya alkogolli pankreatitli bemorlar uchun ayniqsa xos. Shuningdek kreatoreya (hazm qilinmagan mushak tolalari) va steatoreya (hazm qilinmagan yog‘lar) ham bo‘ladi. Surunkali pankreatit uchun axlat massalari hajmining ko‘payishi ayniqsa xarakterli bo‘ladi.

Me'da osti bezining ichki sekreter funktsiyasi buzilishlarining klinik belgilari surunkali pankreatitning nisbatan kechikkan simptomlaridan bo'lsada, birmuncha ko'p uchraydi, ular qandli diabet, kamroq gipoglikemiya avj olishi bilan xarakterlanadi. Biliar gipertenziya sindromi, ya'ni mexanik sariqlik surunkali pankreatitning eng muhim asoratlaridan biri hisoblanadi. U qayta-qayta qo'zg'aluvchi va doimiy xarakterda bo'lishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda sariqlik axoliya bi-~~l~~an birga uchraydi, me'da osti bezi boshchasining shishishi, indurativ pankreatit oqibatida o't chiqaruv yo'llarining bosilishi, bez yo'llarida va Oddi sfinkterida chandiqli va yallig'lanish o'zgarishlari, katta duodenal so'rg'ich ampulasidagi tosh natijasi hisoblanadi. Bemor ba'zan haddan ortiq oriqlab ketadi. Buning sabablari: pankreatik fermentlarning yetarlicha ishlanmasligi va 12 barmoq, ichakka tushmasligi, parhezga rioya qilmaslik, og'riqning zo'rligidan ovqat yeyishdan qo'rqish. Ko'pgina bemorlarda og'riq xurujlari shira xaydovchi xossalari bo'lmagan hatto oz miqdorda suyuq ovqat ichilgandan keyin ham paydo bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda mustaqil og'riqlar bilan birga surunkali pankreatit diagnostikasida qorin va orqani paypaslaganda og'riq borligini aniqlash ham katta ahamiyatga ega. Surunkali pankreatiti bor bemorlarning taxminan 1/4 qismida kattalashgan va og'riydigan me'da osti bezini paypaslab ko'rishga muvaffaq bo'linadi. Qorin devorida bir qancha sohalar borki, ular paypaslab ko'rilganda og'riq bo'lishi, me'da osti bezi, ayniqsa dum qismi zararlanishiga xos bo'ladi. Mey-Robson nuqtasi (kindikni chap qovurg'a ravog'ining o'rta qismi bilan tutashtirib turadigan tashqi va o'rta chiziq chegarasida); Kach nuqtasi (kindikdan 5 sm yuqorida chap to'g'ri mushak proektsiyasida); Malle-Gi nuqtasi (chap to'g'ri mushak tashqi chekkasi bo'ylab qovurg'a ravog'ining naq pastida) shunday nuqtalar jumlasiga kiradi. Me'da osti bezi pal`patsiyasi Grot usulida bajariladi. Bu usul 3 bosqichdan iborat. Grot bo'yicha me'da osti bezini pal`patsiyasidagi birinchi bosqisi. Bemor chalqancha yotgan holda oyoqlari tizza sohasida bukilgan va beliga qo'lini musht qilib qo'ygan. Shifokor qo'l barmoqlarini kindik va chap qovurg'a osti orasiga kiritib bezni pal`patsiya qiladi. Grot bo'yicha me'da osti bezini

pal`patsiyasidagi ikkinchi bosqichi. Bemor tanasini bir oz oldinga tashlagan holda turadi. Shifokor chap qo`li bilan bemorni belini 12 qovurg`a sohasida ushlab turadi, o`ng qo`li bilan esa kindik va chap qovurg`a osti orasini pal`patsiya qiladi. Grot bo`yicha me`da osti bezini pal`patsiyasidagi uchinchi bosqisi. Bemor o`ng yonboshida, oyoqlarini bir oz tizza sohasida bukib, o`ng qo`lini bosh orqasiga qo`ygan holatda yotadi. Shifokor qo`l barmoqlarini kindik va chap qovurg`a osti orasiga kiritib bezni pal`patsiya qiladi.

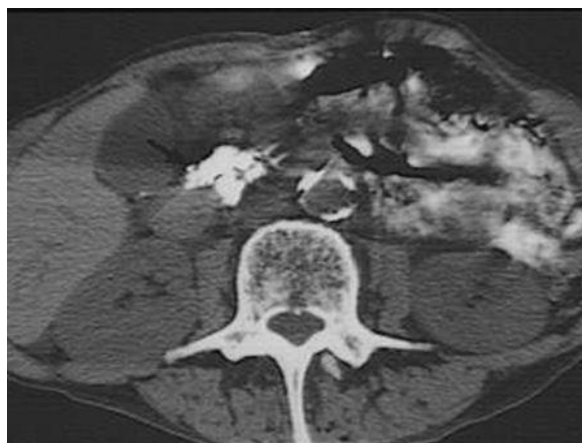
Diagnostikasi. Surunkali pankreatit diagnostikasi kasallikning sub'ektiv klinik simptomlari, laboratoriya tahlillari ma'lumotlari va maxsus tekshirish usullari natijalari asosida o`tkaziladi.

Jaroyon avj olgan davrda laboratoriya tekshirishlaridan fermentlar - amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza ko`rsatkichining oshishiga ahamiyat beriladi. Xurujlararo davrda u normal bo`ladi.

Koprologik tekshirishlar ko`p miqdorda hazm bo`lmagan mushak tolalari (kreatoreya) va neytral yog` tomchilari (steatoreya) borligini ko`rsatadi.

Maxsus tekshirish usullari. Rentgenologik tekshirishlar. Rentgenologik usul surunkali pankreatitli bemorlarni tekshirishda asosiy usullardan biri hisoblanadi. Nahorga o`tqaziladigan rentgenologik tekshirish uchun maxsus tayyorgarlikning hojati yo`q. Tekshirish qorin bo`shirini ikki proektsiyada obzor rentgenografiya qilishdan boshlanadi. Bu bez parenximasidagi ohaklanish yoki uning yo`llaridagi konkrementlarni aniqlash uchun zarur, ular rentgenogrammalarda topiladi. Me`da osti bezida kal`tsifikatsiya topilishi surunkali pankreatitning ishonchli rentgenologik simptomi hisoblanadi.

Surunkali pankreatitda ul`tratovush bilan tekshirish va komp`yuter tomografiya butun bezning yoki faqat boshchasining kattalashganini (soxta tumoroz pankreatit), bez bag`ridagi kistoz o`zgarishlarni topishga imkon beradi. Birmuncha hollarda umurtqa pog`onasidan o`ng va chap tomonda II-III bel umurtqalari sathida joylashgan, bez yo`li bo`shlig`ida toshlar yoki bez bag`ri parenximasida kal`tsinatlar borligiga bog`liq zich exostrukturalar aniqlanadi.



6.20-rasm. Komp`yuter tomogramma. Oshqozon osti bezi kal`tsifikatlari.



6.21-rasm. Komp`yuter tomogramma. Oshqozon osti bezi kistasi.



6.22-rasm. UTT. Oshqozon osti bezi soxta kistasi.

Bez radioizotop skanerlanganda surunkali pankreatitning eng tipik belgilariga yallig‘lanishning ilk bosqichlarida stsintigrafik tasvirning kuchayishi, izotop yig‘ilishi nuqsonlari kiradi, bular me’da osti bezining kistali o‘zgarishlari yoki parenximasining ohaqlanganidan dalolat beradi.

Surunkali pankreatit diagnostikasida o't chiqaruv sistemasini retrograd kontrastlash imkoniyati ham katta ahamiyatga ega. Bu usul ikkilamchi pankreatitga sabab bo'lgan o't yo'llaridagi toshlarni aniqlashga, shuningdek birlamchi pankreatitda umumiy o't yo'lining tubulyar stenozini diagnostika qilishga imkon beradi.

Ezofagogastroduodenofibroskopiya surunkali pankreatitning bilvo-sita belgilarini aniqlashda va uni me'da osti bezi o'smalaridan farq qilishda ko'p axborot beradi. Ayni vaqtda u shikast yetkazmaydi va yetarli darajada xavfsiz. Biroq, o't va pankreatik yo'llarni retrograd kontrastlash o'tkir pankreatit va xolangit xurujlari tutishiga, pankreane-kroz rivojlanishiga, bosh pankreatik yo'lining yopilishiga va boshqa asoratlarning paydo bo'lishi imkoniyatini oshiradi.

Klinik pankreatitning ilk bosqichlarida angiografik tekshirishlar (seliako- va mezenterikografiya) gipervaskulyarizatsiya zahirasini, so'ngi bosqichlarda esa tomir rasmining tarqoq fibrozodiffuz qashshoqlanishi, arxitektonikasining o'zgarishi, jigar kistalari rivojlanayotganda tomirlarining so'rilishi yoki qisilishini ko'rsatadi.

Differentsial diagnostikasi. Faqat umum klinik va laboratoriya tekshiruvining o'ziga asoslanib, me'da osti bezi zararlanishini aniqlash va surunkali pankreatit diagnozini ishonch bilan qo'yish mumkin emas. Shuning uchun qorin bo'shlig'ining har xil kasalliklari bilan differentsial diagnostika o'tkazish zarur:

- 1) kal'kulyoz xoletsistit va xoledolitiaz,
- 2) me'da osti bezi turli bo'limlari, periampulyar soha, me'da, yo'g'on ichak o'smalari,
- 3) penetratsiyalovchi gastroduodenal yaralar,
- 4) aorta anevrizmasi,
- 5) qorin stvoli va yuqori ichak tutqich arteriyaning aterosklerotik zararlanishlari,
- 6) toj arteriyalarning stenokardiya xodisalari bo'lgan aterosklerozi va boshqa.

Davolash. Xurujlararo davrda yog'liq, o'tkir, qovurilgan ovqatlar istisno qilingan maxsus parhez ovqatdan iborat. Ayni vaqtda parhez yuqori kaloriyalik va oson hazm qilish bo'ladigan oqsillarni yetarli

miqdorda saqlagan bo'lishi kerak. Hazm qilishni yaxshilash uchun bemorlarga me'da osti bezi fermentlarini o'zida saqlagan (pankreatin, festal, panzinorm) preparatlarni berish tavsiya etiladi.

Surunkali pankreatitning har bir qo'zishini o'tkir pankreatit xuruji sifatida ko'zdan kechirmoq lozim. Qo'zish davrida davolash xuddi o'tkir pankreatitni davolash tamoyillari bo'yicha o'tkaziladi.

Asoratlanmagan surunkali pankreatitni davolashning asosiy usuli konservativ usul hisoblanadi:

- 1) surunkali pankreatitni kasallik fazasiga ko'ra davolash,
- 2) me'da osti bezi funktsional yetishmovchiligini bartaraf etish,
- 3) bosqichga qarab davolash va profilaktikasi.

Qo'zish fazasida davolash:

- a) og'riqqa qarshi kurash,
- b) antiferment muolaja.

Surunkali bosqichda davolash:

- a) me'da osti bezi sekretor yetishmovchiligini bartaraf qilish,
- b) vitaminlar bilan davolash,
- v) me'da osti bezi inkretor yetishmovchiligini bartaraf etish.

Surunkali pankreatitning aksariyat qo'shni a'zolar kasalliklari zahirida paydo bo'lishini nazarda tutish lozim, shunga ko'ra qo'shni a'zolarini xirurgik davolash surunkali pankreatit kechishini yaxshilaydi. Me'da, 12 barmoq ichak, o't yo'llarida patologiyasi bo'lmaganda me'da osti bezining o'zida operatsiya o'tqazish masalasi paydo bo'lishi mumkin. Bu holda qo'yidagilar operatsiyaga ko'rsatma bo'la oladi: bez yo'llarida tosh borligi, bez yo'lidagi chandiqli striktura, og'riq beradigan pankreatitning og'ir formolari. Xirurgik davolashning asosiy maqsadi - pankreatit shiraning me'da-ichak yo'llariga oqib tushishi uchun optimal sharoitlar yaratishdan iborat.

Operatsiya vaqtida me'da osti bezi, o't chiqaruvchi yo'llar va 12 barmoq ichakni qunt bilan intraoperatsion taftish (reviziya) qilish zarur. Shu maqsadda intraoperatsion xolegrafiya, exografiya va o't pufagini tekshirish amalga oshiriladi. Operatsiya vaqtida bez yo'lga duodenal so'rg'ich orqali kanyulya qo'yish yordamida retrograd pankretografiya

yoki bez yo‘lining kengaygan distal qismini bez to‘qimasi orqali punktsiya qilinadi.

Pankreatik yo‘l oxirgi qismining unchalik katta bo‘lmagan strikturalarida transduodenal papillosfinkterotomiya bilan me‘da osti bezi yo‘lini transpapillyar drenajlash tavsiya qilinadi. Pankreatik yo‘lda katta strikturalar bo‘lganda bunday operatsiyani qilib bo‘lmaydi, bunda bez bag‘ri orqali uzunasiga kesilgan pankreatik yo‘l bilan Ru bo‘yicha uzib qo‘yilgan och ichak qovuzlog‘i o‘rtasida anastomoz qo‘yish - bo‘ylama pankreatoeyunostomiya operatsiyasi maqsadga muvofiq bo‘ladi. Bez yo‘li boshchasi va tanasi sohasi anchagina torayganda bezning distal qismini rezektsiya qilish va uni Ru bo‘yicha uzib qo‘yilgan och ichakka tikish lozim. Bunday operatsiyadan maqsad pankreatik shirani retrograd yo‘nalishda oqib ketishi uchun sharoit yaratib berishdan iborat. Bezning katta qismidagi faoliyat ko‘rsatib turgan parenxima patologik jaroyon oqibatida nekrozga uchraganda, bez yo‘li sistemasida diffuz sklerotik o‘zgarishlar yuzaga kelganda va surunkali pankreatitning asosiy simptomlari keskin yuzaga chiqqan va konservativ davo usullari kor qilmaydigan hollarda me‘da osti bezi (dum qismi, tanasi va pankreattektomiya) rezektsiya qilinadi.

Me‘da osti bezi kistalari

Me‘da osti bezi kistalari bezning o‘zida hamda uni o‘rab turgan to‘qimalarda kapsula bilan chegaralangan suyuqlik yig‘ilgan bo‘shliqlardan iborat. Kasallik turli yoshga oid guruhlarda, erkaklar va ayollar o‘rtasida bir xilda uchraydi.

Kelib chiqishiga ko‘ra kistalarni quyidagi 5 ta turga bo‘lish mumkin:

1) embrional davrdagi rivojlanish negizida kelib chiqqan kistalar (bularga dermoid kistalar, oddiy kistalar, bezdagi fibroz-kistoz o‘zgarishlar va bezning polikistoz buyrak yoki jigar tipi bo‘yicha polikistoz o‘zgarishlari kiradi);

2) yallig‘lanish jaroyoni sababli kelib chiqqan kistalar (bez bo‘laklari-ning chiqaruv yo‘li beqilib qolishidan paydo bo‘lgan soxta, ko‘p kamerali, retentsion kistalar);

- 3) jarohat oqibatida yuzaga kelgan kistalar;
- 4) o'sma-kistalar (sistadenoma, sistadenokartsinoma, teratoma);
- 5) parazitlar kistalar (exinokokk).

Patologik anatomiyasi. Kistalarning hosil bo'lish sababi va mexanizmlariga, devorlarining tuzilish xususiyatlariga ko'ra me'da osti bezining shuningdek chin va soxta kistalarini farq qilish lozim. Chin kistalarga tug'ma bezning tug'ma dizontogenetik kistalari, orttirilgan retentsion kistalar, sistadenomalar va sistadenokartsinomalar kiradi. Chin kista ichki yuzasida epitelial qavat borligi uning nisbiy xususiyati hisoblanadi. Chin kistalar bez kistalarining 20 foizini tashkil qiladi.

Soxta kistalar Soxta kistalar birmuncha ko'proq kuzatiladi (hamma kistalarning 80 foizi). Ular tez orada to'qimaning o'choqli nekrozi, bez devorlarining yemirilishi, pankreatik shira ajralib chiqishi va bez tashqarisiga qon quyilishi bilan o'tadigan o'tkir destruktiv pankreatit yoki me'da osti bezi shikastidan keyin hosil bo'ladi. Soxta kista devorlari zichlashgan qorin pardasi va fibroz to'qimadan iborat bo'lib, chin kistadan farqli ravishda ichki tomonida epitelial qavati emas, balki granulyatsion to'qimasi bo'ladi. Soxta kista bo'shlig'i odatda suyuqlik va nekrotik to'qimalar bilan to'lgan bo'ladi. Suyuqligining xarakteri har xil bo'ladi. Soxta kista me'da osti bezining boshchasi, tanasi va dum qismida joylashishi mumkin va katta o'lchamlarda bo'ladi. Soxta kistada suyuqlik miqdori aksariyat 1-2 l va undan ko'proq bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Me'da osti bezi kistalarining simptomatologiyasi kista etiologiyasiga, uning o'lchamlariga, joylashuviga va qancha vaqtdan buyon mavjudligiga bog'liq. Kista o'lchami kattalashmasdan ilgari u og'riq sezgilarini qo'zg'atmasligi mumkin va bemorni tekshirganda mezogastriyadagi sharsimon o'sma ko'rinishida topiladi. Me'da osti bezi o'smalari ko'pincha to'sh osti sohasida og'riq paydo qiladi, og'riq orqaga yoki belning chap yarmiga o'tadi (90% gacha bemorlarda), bu ko'pincha travmatik yoki yallig'lanishga aloqador psevdokistalarida uchraydi.

Kista me'da osti bezi boshchasida joylashganda umumiy o't yo'li bosilishi va sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Yuqorida aytilganidek, bemorni tekshirishda to'sh osti sohasida yoki mezogastriyada deyarli

og‘rimaydigan, konsistentsiyasi elastik, paypaslab ko‘rilganda va nafas olganda kam siljiydigan sharsimon o‘sma aniqlanadi. Kista asta-sekin avj olib kechishi va birmuncha o‘tkir kechishi mumkin. Keyingi xolda kista qisqa vaqt ichida kattalashib ketadi, boshqa a‘zolarida og‘ir funktsional buzilishlar keltirib chiqaradi va asoratlar bilan o‘tadi. Me‘da osti bezining eng ko‘p uchraydigan asoratlaridan kista bo‘shlig‘iga qon quyilishi, yiringlanish, yorilib peritonit rivojlanishi, tashqi va ichki oqmalar, qo‘shni a‘zolar bosishidan kelib chiqadigan buzilishlarni ko‘rsatib o‘tish mumkin.

Diagnostikasi. Klinik simptomlarni hisobga olishdan tashqari, me‘da osti bezi kistasining diagnozi maxsus tekshirish usuli ma‘lumotlariga asoslanadi. Siydik va qonda me‘da osti bezi fermentlarining biroz oshishidan tashqari, ba‘zan ularning 12 barmoq ichak suyuqligida kamayib ketishi qayd qilinadi.

Rentgenologik tekshirishda me‘da, ko‘ndalang chambar ichakning odatdagi vaziyatidan oldinga va yuqoriga yoki pastga surilganligi aniqlanadi. Komp‘yuter tomografiyasi va ul‘tratovush bilan skanirlash me‘da osti bezi bilan bog‘liq bo‘lgan tuzilmaning suyuqlik bilan to‘lganligini aniqlashga yordam beradi.

Me‘da osti bezi kistalarini differentsial diagnostika qilishda me‘da osti bezi o‘smalari, aorta anevrizmasi, qorin pardasi orqasidagi limfatik tugunlar o‘smasi, jigar o‘smalari va kistalari, gidronefroz va buyrak o‘smalari, chambar ichak tutqichi kistalarini istisno qilish zarur.

Davolash. Me‘da osti bezi kistalariga davo qilish uchun quyidagi operatsiyalar taklif qilingan: marsupializatsiya, kistani oddiy drenaj qilish, kistaning ichki drenaji, kistani kesish va bezni qisman kista bilan rezektsiya qilish. Me‘da osti bezi kistalarini operatsiya usuli bilan davolashning har xilligi kistaning kelib chiqish formalari ko‘pligiga va ularning rivojlanish darajasiga bog‘liq.

Psevdokistalarda drenaj qiladigan turli operatsiyalar qo‘llaniladi. Bezning dum qismida joylashgan me‘da osti bezi kistalarida me‘da orqali sistogastrostomiya qilish buyuriladi. Bu kista bilan me‘da o‘rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Me‘da osti bezi boshchasida joylashgan unchalik katta bo‘lmagan kistalarda transduodenal

sistoduodenostomiya qilinadi, bu kista bilan 12 barmoq ichak o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Bez tanasi va boshchasida kelib chiqadigan yirik kistalarda kista bilan funktsiyasi to'xtatib qo'yilgan och ichak qovuzlog'i o'rtasida anastomoz hosil qilinadi.

Soxta kistalar

Soxta kistalar birmuncha ko'proq kuzatiladi (hamma kistalarning 80 foizi). Ular tez orada to'qimaning o'choqli nekrozi, bez devorlarining emirilishi, pankreatik shira ajralib chiqishi va bez tashqarisiga qon quyilishi bilan o'tadigan o'tkir destruktiv pankreatit yoki me'da osti bezi shikastidan keyin xosil bo'ladi. Soxta kista devorlari zichlashgan qorin pardasi va fibroz to'qimadan iborat bo'lib, chin kistadan farqli ravishda ichki tomonida epitelial qavati emas, balki granulyatsion to'qimasi bo'ladi. Soxta kista bo'shlig'i odatda suyuqlik va nekrotik to'qimalar bilan to'lgan bo'ladi. Suyuqligining xarakteri har xil bo'ladi. Soxta kista me'da osti bezining boshchasi, tanasi va dum qismida joylashishi mumkin va katta o'lchamlarda bo'ladi. Soxta kistada suyuqlik miqdori aksariyat 1-2 l va undan ko'proq bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Me'da osti bezi kistalarining simptomatologiyasi kista etiologiyasiga, uning o'lchamlariga, joylashuviga va qancha vaqtdan buyon mavjudligiga bog'liq. Kista o'lchami kattalashmasdan ilgari u og'riq sezgilarini qo'zg'atmasligi mumkin va bemorni tekshirganda mezogastriyadagi sharsimon o'sma ko'rinishida topiladi. Me'da osti bezi o'smalari ko'pincha to'sh osti sohasida og'riq paydo qiladi, og'riq orqaga yoki belning chap yarmiga o'tadi (90% gacha bemorlarda), bu ko'pincha travmatik yoki yallig'lanishga aloqador psevdokistalarida uchraydi.

Kista me'da osti bezi boshchasida joylashganda umumiy o't yo'li bosilishi va sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Yuqorida aytilganidek, bemorni tekshirishda to'sh osti sohasida yoki mezogastriyda deyarli og'rimaydigan, konsistentsiyasi elastik, paypaslab ko'rilganda va nafas olganda kam siljiydigan sharsimon o'sma aniqlanadi.

Kista asta-sekin avj olib kechishi va birmuncha o'tkir kechishi mumkin. Keyingi xolda kista qisqa vaqt ichida kattalashib ketadi, boshqa

a'zolarida og'ir funktsional buzilishlar keltirib chiqaradi va asoratlari bilan o'tadi.

Me'da osti bezining eng ko'p uchraydigan asoratlari kista bo'shlig'iga qon quyilishi, yiringlanish, yorilib peritonit rivojlanishi, tashqi va ichki oqmalar, qo'shni a'zolar bosishidan kelib chiqadigan buzilishlarni ko'rsatib o'tish mumkin.

Diagnostikasi. Klinik simptomlarni hisobga olishdan tashqari, me'da osti bezi kistasining diagnozi maxsus tekshirish usuli ma'lumotlariga asoslanadi. Siydik va qonda me'da osti bezi fermentlarining biroz oshishidan tashqari, ba'zan ularning o'n ikki barmoq ichak suyuqligida kamayib ketishi qayd qilinadi.

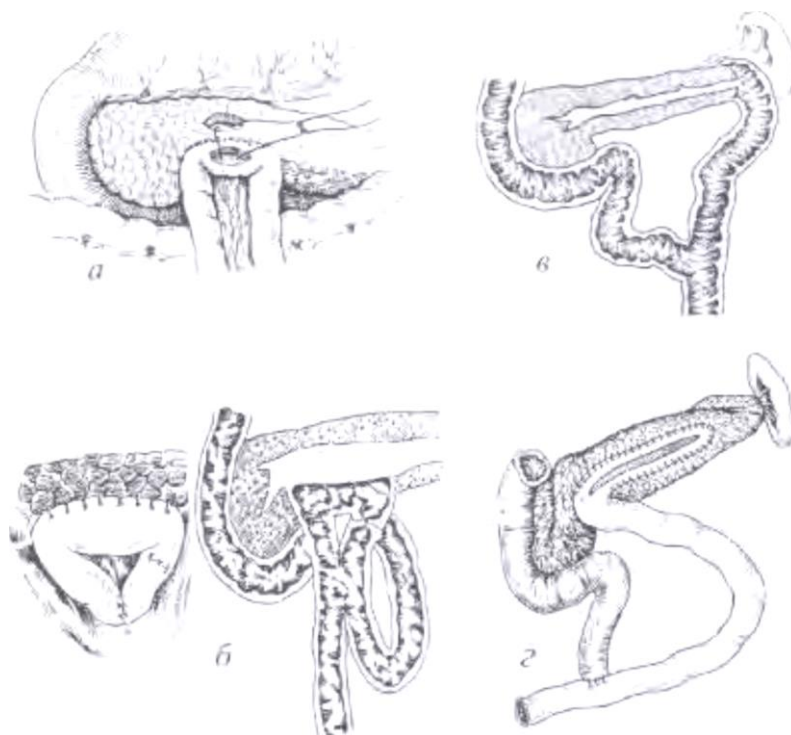
Rentgenologik tekshirishda me'da, ko'ndalang chambar ichakning odatdagi vaziyatidan oldinga va yuqoriga yoki pastga surilganligi aniqlanadi. Kompyuter tomografiyasi va ultratovush bilan skanirlash me'da osti bezi bilan bog'liq bo'lgan tuzilmaning suyuqlik bilan to'lganligini aniqlashga yordam beradi.

Me'da osti bezi kistalarini differentsial diagnostika qilishda me'da osti bezi o'smalari, aorta anevrizmasi, qorin pardasi orqasidagi limfatik tugunlar o'smasi, jigar o'smalari va kistalari, gidronefroz va buyrak o'smalari, chambar ichak tutqichi kistalarini istisno qilish zarur.

Davolash. Me'da osti bezi kistalariga davo qilish uchun quyidagi operatsiyalar taklif qilingan: marsupializatsiya, kistani oddiy drenaj qilish, kistaning ichki drenaji, kistani kesish va bezni qisman kista bilan rezektsiya qilish. Me'da osti bezi kistalarini operatsiya usuli bilan davolashning har xilligi kistaning kelib chiqish formalari ko'pligiga va ularning rivojlanish darajasiga bog'liq.

Psevdokistalarda drenaj qiladigan turli operatsiyalar qo'llaniladi. Bezning dum qismida joylashgan me'da osti bezi kistalarida me'da orqali tsistogastrostomiya qilish buyuriladi. Bu kista bilan me'da o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Me'da osti bezi boshchasida joylashgan unchalik katta bo'lmagan kistalarda transduodenal tsistoduodenostomiya qilinadi, bu kista bilan o'n ikki barmoq ichak o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Bez tanasi va boshchasida kelib chiqadigan yirik kistalarda kista bilan funktsiyasi to'xtatib

qo'yilgan och ichak qovuzlog'i o'rtasida anastomoz hosil qilinadi (6.23-rasm).



6.23-rasm. Pankreatikoeyunostomiya turlari

a – Cattell bo'yicha; б – Catlell A.A.Shalimov modifikatsiyasida; в – Puestow-I bo'yicha; r -Puestow-II bo'yicha;

Peritonit bilan asoratlangan yorilgan kistalarda, kistaning yiringlashishi bilan bog'liq septik holatda uning devorlari parietal qorin pardasiga va teriga tikib qo'yiladi. Operatsiya bilan davolashdan keyin 90-95% hollarda yaxshi natijalar olingan.

Nazorat savollari.

- 1) Parenximatoz organlarning funktsional etishmovchiligi ankreatitning qaysi davrida kuzatiladi?
- 2) O'tkir pankreatitning asoratlari uchrash vaqtiga ko'ra turlari?
- 3) Qorin pardaga nisbatan oshqozon osti bezi joylashuvi?
- 4) Pankreas qanaqa a'zo?
- 5) O'tkir pankreatitning abortiv kechishi nima bilan xarakterlanadi?
- 6) Kindikdan 6-7 sm tepada epigastral sohada ko'ndalang chiziq shaklida og'riqli va mushaklar regidligini oshishi-bu?

7) Umumiy o't yo'li va Virsungov yo'li qo'shilish qismida qanaqa sfinkter mavjud?

8) O'tkir pankreatitning patogenetik davolashda birinchi nima bajariladi?

9) O'tkir shishli pankreatitning eng maqbul davolash usulini?

10) Gemorragik pankreonekroz nima natijasida yuzaga keladi?

11) Oshqozon osti bezining gipersekretsiyasi qaysi sfinkter spazmidan kelib chiqishi mumkin?

12) Surunkali pankreatitning differentsial diagnostikasi quyidagi qaysi kasallik bilan amalga oshirilmaydi?

13) Surunkali pankreatitda statsionar davolanish muddati?

14) O'tkir pankreatitning plevro-pulmonogen asoratida nima kuzatiladi?

15) Kindik atrofidagi teri rangi sariqligi - bu qaysi belgi?

16) O'tkir pankreatitning asoratlari?

17) Oshqozon osti bezi psevdokistasini davolashda eng yaxshi tanlov?

18) O'tkir pankreatitning asoratlarida operatsiyani bajarish uchun eng maqbul kirish yo'li?

19) Me'da osti bezi dumi sohasida shakllangan psevdokistlani eng optimal operatsiya usuli?

20) O'tkir billiar pankreatitni davolashning eng maqbul usuli?

21) O'tkir pankreatitning eng keng tarqalgan asorati?

22) O'tkir pankreatitning septik asoratlari mavjudligida davolash taktikasi?

23) Umumiy o't yo'li oshqozon osti bezi bosh qismidan o'tishi nechi foiz holatlarda kuzatiladi?

24) Omentopankreatopeksiya-bu?

25) Pankreonekrozning eng xavfli asoratlari?

26) O'tkir nekrotik pankreatitni patogenetik terapiyasining asosiy yo'nalishlariga nimalar kiradi?

27) Epigastral sohada qorin aorta pulsatsiyasining yo'qligi - bu qaysi simptom?

28) Chap qovurg'a-umurtqa burchagini barmoq bilan bosganda og'riq hissining bo'lishi - bu qaysi simptom?

29) Pankreolitiaz bu?

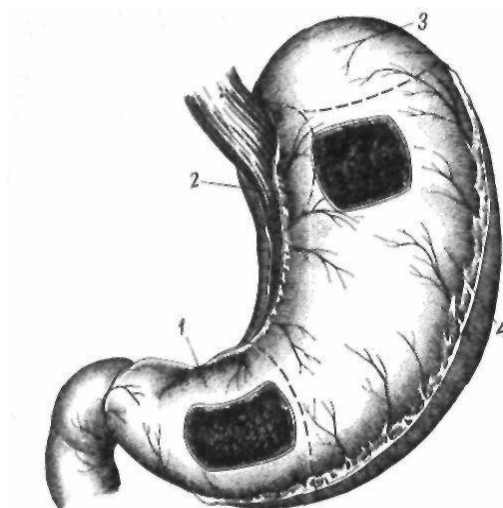
30) Gemodinamik buzilishlar va pankreatogen shok pankreatitning qaysi davrida kuzatiladi?

VII BOB. ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI

Me'da va 12-barmoq ichak anatomiyasi

Me'da qorin bo'shlig'i yuqori etaji-chap qovurg'alar ostida va qorinning chap yarmida joylashgan, uning chiqish qismigina o'rta chiziqdan o'ngga o'tadi. Me'da to'lganda uning katta egriligi kindik sohasida proektsiyalanadi. Me'dada kardial, tubi, tanasi, antral qismi xamda pilorik kanal farq qilinadi. Pilorik qisqich me'da bilan 12-barmoq ichak o'rtasidagi chegara hisoblanadi.

12-barmoq ichak me'da osti bezi boshchasini taqa ko'rinishida bukib, Treyts boylami oldida duodenoeyunal bukilma hosil qiladi, uzunligi 25-30 sm- ni tashkil qiladi. 12-barmoq ichakda 4 qism qayd qilinadi: yuqori gorizontal, pastga tushadigan (unga umumiy o't yo'li va me'da osti bezi yo'li quyiladi), pastki gorizontal va yuqoriga ko'tariladigan qism tafovut kilinadi. 12-barmoq ichak tushuvchi qismi o'rqa medial yuzasiga umumiy ut yuli va me'da osti bezi yulini terminal qismi katta duodenal surg'ichga ochiladi.



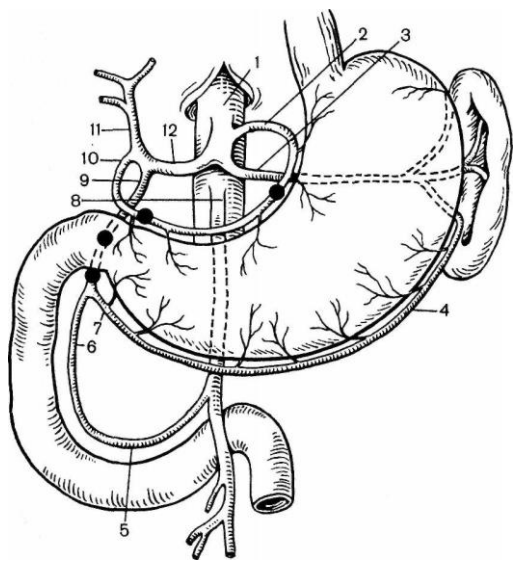
7.1-rasm

1. Antral qismi. 2. Kardial qismi 3. Tubi 4. Tana qismi

Me'da tanasi bilan antral bo'lim o'rtasida burchak kemptigiga muvofiq keladigan oraliq egat chegara bo'lib hisoblanadi. Me'dani shu

tarzda kismmlarga ajratish uning gistologik tuzilishiga va fiziologik xususiyatlariga muvofiq, keladi.

Qon bilan ta'minlanishi: Me'da qorin aortasi tarmoqlaridan qon bilan ta'minlanadi. Tomirlarning a'zolar ichidagi katta aloqalari, ularning anastomozlari qon ta'minotining mo'lligini keltirib chiqaradi. Bu hol eroziyalardan va yaralardan qon oqqanda qon ketishini to'xtatishni qiyinlashtiradi. Me'da venalari arteriyalarga mos keladi va qopka venaga borib quyiladi. Me'da kardial bo'limining shilliq pardasi ostidagi qavatda venoz chigallar portal sistemani yuqori kovak vena sistemasi bilan tutashtiradi, bu portal gipertenziyada venalarning varikoz kengayishini natijasida qizilo'ngach venalaridan qon ketishi mumkin shuningdek diagnostika qilishda va davolashda g'oyat muhim ahamiyatga ega. Me'dadan limfa oqib ketadigan yo'llar me'dada onkologik jarayon sababli o'tkaziladigan radikal operatsiyalarda muhim ahamiyat kasb etadi. Asosan tomirlar yo'li bo'ylab joylashadigan asosiy limfatik sohalar soni 6 ta-ni tashkil qiladi:

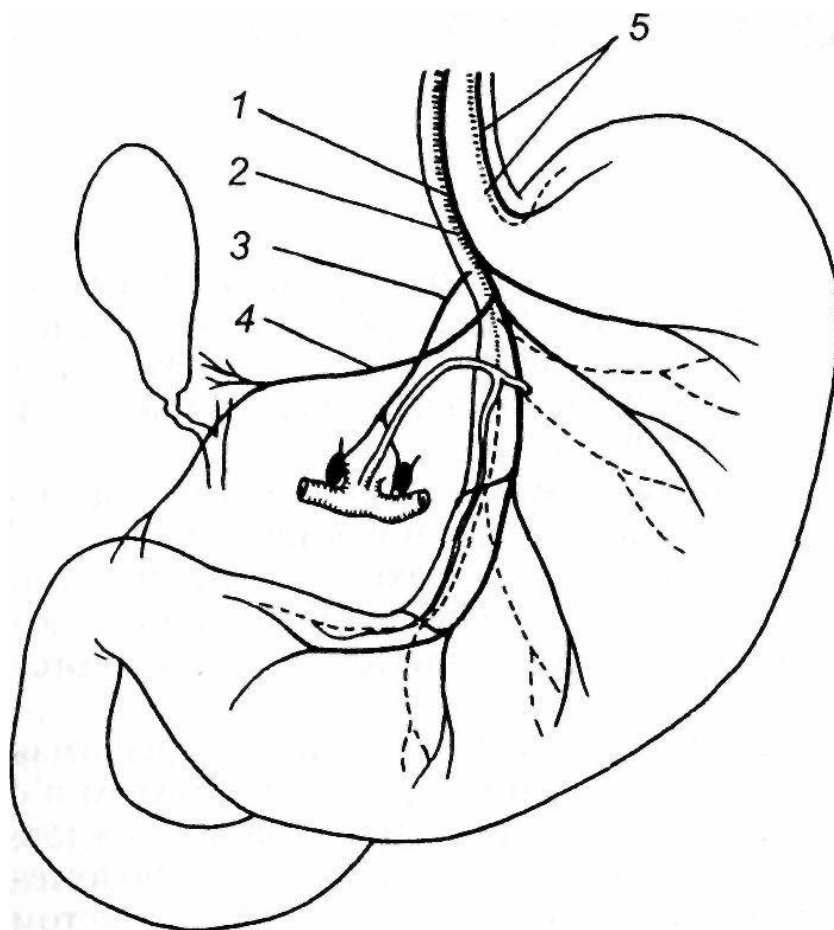


7.2-rasm.

Me'da va o'n ikki barmoq ichakni arterial qon bilan ta'minlanishi (Ko'rsatilgan nuqtalardajoylashgan yaralar, qon ketishga moyil lokalizatsiyalar hisoblanadi): 1 – truncus coeliacus; 2– a. gastrica sinstra ; 3 – a. Lienalis; 4 – a. gastroepiploica sinstra; 5 – Pastki a.pankrotoduodenalis anterior; 6 – Yuqori a. pankrotoduodenalis anterior; 7 - a.gastroepiploica dextra; 8 – a. mezenterica superior; 9 – a. gastroduodenalis ; 10 - a.gastrica dextra; 11 – a. hepatica propria; 12 - a. hepatica communis.

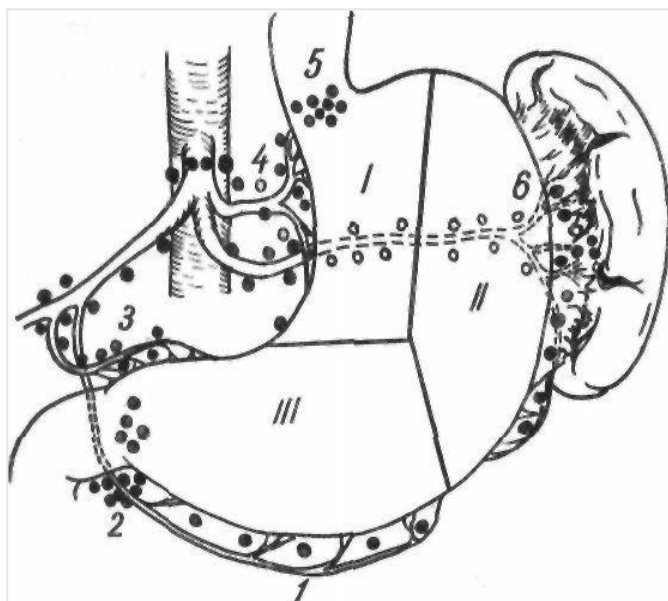
Innervatsiyasi: Me'dani intramural nerv chigallari, adashgan nervlar va quyosh chigalidan simpatik nervlar innervatsiya qiladi. Me'da funksiyasini idora qishda oldingi chap va orqa o'ng tarmoklarga bo'linib

3-6 tagacha ustun ko‘rinishida qizilo‘ngachni abdominal qismiga kirib boradi, ba‘zan esa ham oldingi, ham orqadagi qo‘shimcha tutamlar ko‘rinishidagi adashgan nervlar, o‘ng tutamdan chiqadigan va qizilo‘ngachning orqa chap yuzasi bo‘ylab me‘da kardial qismi Gis burchagi sohasida boradigan Grassi (kriminal` nerv) qo‘shimcha nerv tarmog‘i muhim ahamiyatga ega. Bu qo‘shimcha tarmoqlar vagotomiya paytida ushbu nerv tarmog‘i kesilmasa keyin yara kasalligining qaytalanishi muhim rol` o‘ynaydi. Adashgan nerv tutamlari sekretor faoliyatini boshqaradigan *Latarje* oldingi va orqa tarmog‘i bilan tugallanadi, uning oxirgi 2-4 tarmoqlari esa motor funktsiyasini boshqaradi. Oldingi va opqa Latarje tarmoqlari antral bo‘lim sohasida ham, tanasi va hatto kardiyal sohasi orasida ham kollaterallar bo‘ladi.



7.3-rasm.

Me‘dada adashgan nerv tarmoqlari anatomiyasi. 1. Old chap ustun. 2. Orqa o‘ng ustun. 3. Jigar old chap adashgan nerv ustuni. 4. Quyosh chigali orqa ong ustuni. 5. Orqa ong ustunning qo‘shimcha tarmog‘i.

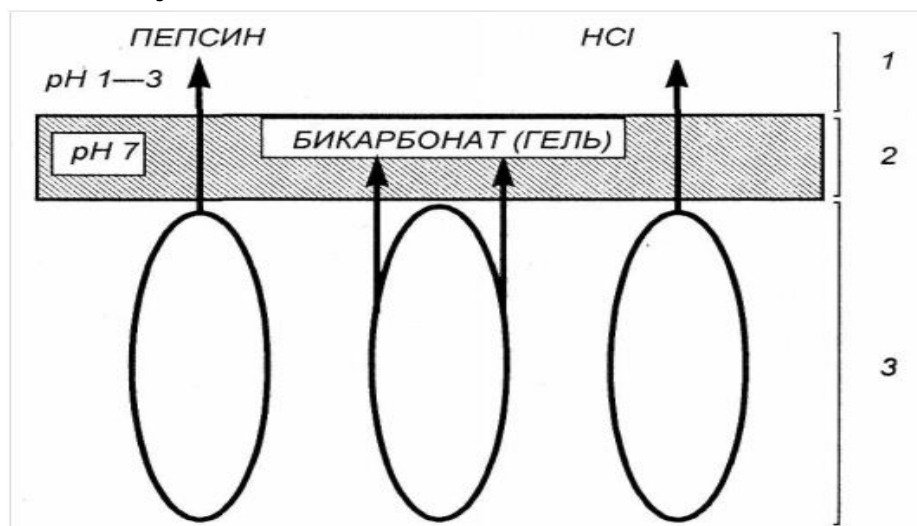


7.4-rasm.

Me'da limfa tugunlarini Riv'er-Sappey buyicha sxematik kurinishi. Limfa tugunlar: 1. Me'da-katta charvi limfasi; 2. Subpilorik; 3. Jigar arteriyasi bo'ylab joylashgan limfatik tugunlar; 4. me'da chap artriyasi buylab joylashgan limfa tugunlari. 5. Parakardial. 6. Talok arteriyasi bo'ylab o'tgan limfatik tugunlar.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak funktsiyalari: Medaning barcha qismlarida shilliq qavat yuzasi bir qavatli silindrsimon epiteliya bilan qoplangan bo'lib, uning hujayralari ko'zga ko'rinadigan shilliq sekresiya ajratib turadi. Sekresiya asosan bikarbonatlar, fosfolipidlar va suvdan iborat bo'lgan quyqa konsistensiyali cho'ziluvchan shilimshiq suyuqlikdan iborat. Bu quyqa konsistensiyali cho'ziluvchan shilimshiq shilliq qavatning butun yuzasini mustahkam qoplaydi, ovqatning o'tishini osonlashtiradi, shilliq qavatni mexanik va kimyoviy shikastlanishlardan va me'da shirasining o'z-o'zini emirishidan himoya qiladi. Shilliq qavatning sirt hujayralari shilliq-bikarbonat shilimshiq bilan birgalikda fizik-kimyoviy himoya to'sig'ini yaratadi, bu vodorod kationlarining oshqozon bo'shlig'idan orqaga qaytishishini oldini oladi va hujayra yuzasida neytral pH-ni saqlaydi.

O‘n ikki barmoq ichakning shilliq qavatida oshqozon shilliq qavatiga qaraganda ikki baravar ko‘p bikarbonatshlab chiqaradi. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichakning shilliq qavatining shikastlovchi omillarga chidamliligini ta‘minlashda hujayralarning tiklanish qobiliyati, yaxshi mikrosirkulyatsiya holati uning kimyoviy mediatolardan himoya qilishda (prostaglandinlar, epidermal va transformasiyalovchi omillar) muhim ahamiyati bor.



7.5-Rasm. Shilliq-bikarbonatli qavat.

1 –Bosh xo‘jayralar; 2 -Shilliq (gel) xo‘jayralar; 3 –Parietal xo‘jayralar.

Me‘dada anatomik lokalizatsiyasiga ko‘ra 3 ta sekretor bez xujayralar farqlanadi:

1. Kardial bezlar - Ovqat luqmasi uchun qulay sharoit yaratadigan shilliq ajratadi.

2. Fundal bezlar - Hujayralarning 4 turidan tashkil topgan:

A) Bosh hujayralar pepsinogen ajratadi

B) Parietal (yoki qoplama) hujayralar ularning membranasida gistamin, atsetilxolin, gastrin

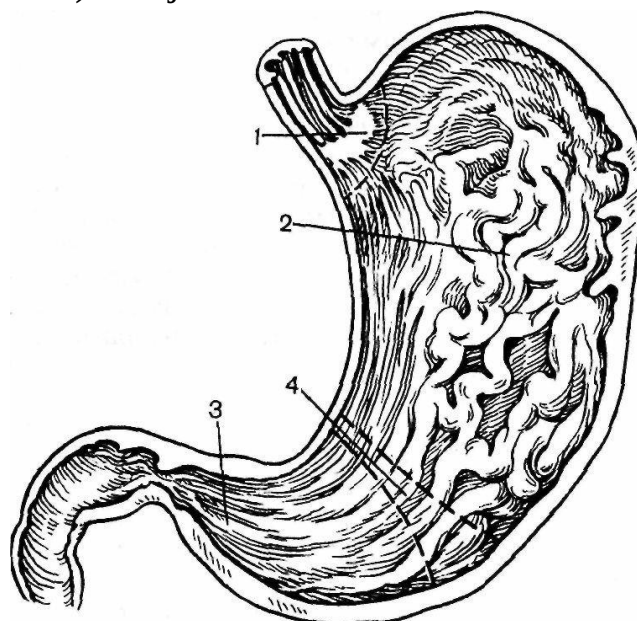
xlord kislota- HCl ajralib chiqishi uchun retseptorlar mavjud.

S) Qo‘shimcha yoki oraliq hujayralar bufer xossalarga ega shilliq ishlab chiqaradi

D) Differentsiyallashmagan hujayralar - ulardan qolgan hujayralar rivojlanadi. Fundal bezlarning umumiy maydoni 3,5 m² ga teng.

3. Antral bezlar hujayra ichidagi suyuqlik pH ga yaqin pH da eriydigan to‘qimadan tashqari endokrin G-hujayralari (gastrin gormoni) ishlab chiqaradi, S-hujayralar (sekretin ishlab chiqaradi), I-hujayralar (xoletsistokinin) ishlab chiqaradi.

Oshqozonning shilliq qavatida gastrindan tashqari, Kasl ichki omili (fundal qismida), gastrin, glyukagon ishlab chiqariladi, bu bizga oshqozonni endokrin organ sifatida xam qabul qilishimizga imkon beradi. Fundal va antral bezlar sohalari o‘rtasida aniq chegara yo‘q. Ikkala bezlar joylashgan soha o‘tish joyi deyiladi. Bu bezlar zarar etkazuvchi omillar ta’siriga juda sezgir. Aynan shu erda, shilliq qavat sekretiysi va xlorid kislotasini ajratmaydigan chegaralarda ko‘pincha yaralar paydo bo‘ladi. Bemor yoshiga qarab antral bezlar proksimal yo‘nalish bo‘lab kardial qismigacha fundal bezlarining atrofiyasi (antrokardial fenomen) rivojlanadi.



7.6-rasm. Me’da shilliq qavatida sekretiysi ajratuvchi bezlarni anatomik.

1-Kardial bezlar; 2- Fundal bezlar; 3-Piloroduodenal soha; 4 -Antral bezlar;

12-barmoqli ichak shilliq pardasida endokrin hujayralar joylashadi: gastrin ishlab chiqaradigan S-hujayralar, S- hujayralar (sekretin) J-hujayralar – (xoletsistokinin) ishlab chiqaradi.

Sekretor funktsiyasi -Sog'lom odamda bir soat ichida 50 ml me'da shirasi ishlab chiqariladi. Me'da shirasining ishlab chiqarilishi ovqat hazm qilish paytida va aqliy va hissiy omillarning ta'siriga javoban ko'payadi. Oziq-ovqat bilan bog'liq me'da shirasining sekretsiyasi shartli ravishda uch reflektor (neyrogen yoki vagusli), oshqozon (gumoral yoki gastrinli) va ichak davriga bo'linadi:

Me'da shirasi tarkibida xlorid kislota va pepsin borligi sababli to'qimalar tirikligicha zarar etkazilmasdan saqlanib turiladi. Sog'lom odamning oshqozonida me'da shirasining kislota-peptik omilining agressiv xususiyatlari so'lak bilan yutilgan, ishqorli shilimshiq bilan chiqariladigan, oshqozonga gidroksidi o'n ikki barmoq ichak tarkibidagi moddalar va pepsin ingibitirlari ta'sirida susayadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning to'qimalari o'z-o'zini hazm qilishdan himoya qiluvchi shilliq-bikarbonat to'sig'i, HC1 sekretsiyasini rag'batlantiruvchi va bir butun qiluvchi mexanizmlarning yaniyu yaxlit tizim, oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning harakatlanishini ta'minlaydi.

Shilliq-bikarbonat to'sig'i, shilliq qavatning himoyalaniishini quyidagilar orqali hosil qi'ladi.

- Qalinligi 1,0-1,5 mm bo'lgan plyonka shaklida oshqozon epiteliyasini qoplaydigan shilliq qavat va uning tarkibidagi bikarbonat ionlari;

Hujayralarning apikal membranasi;

- hujayralarning bazal (asosiy, bosh) membranasi.

Shilliq H⁺ ionlarining (oshqozon shilliq qavatigacha) teskari tarqalish tezligini sekinlashtiradi, H⁺ ionlarini zararsizlantiradi va hujayralarga zarar etkazilishini oldini oladi. HC1 sekretsiyasini rag'batlantirish asetilholin, gastrin, gistamin va hazm qilish mahsulotlari (peptidlar, aminokislotalar) ta'siri ostida ro'y beradi.

Asetilholin parasimpatik nerv tizimining mediatori hisoblanadi. Oshqozon devorida adashgan nerv stimulyatsiyasiga (me'da sekretsiyasining reflector dav) va ovqat oshqozonga tushganda (sekretsiya oshqozon bosqichida) intramural asab pleksuslarining mahalliy qo'zg'alishiga javoban chiqariladi. Asetilkolin HC1 ishlab

chiqarishni o'rtacha quvvatlantiruvchi stimulyatori va G-hujayralaridan gastrin chiqishini qo'zg'atuvchi vositadir. Bundan tashqari, vagus nervlarining qo'zg'alishi parietal hujayralarning gastrin ta'siriga sezgirlikni oshiradi va oshqozon harakatini yaxshilaydi.

Gastrin - bu antrum va yuqori ichaklarning G-hujayralari tomonidan chiqariladigan polipeptid gormoni, parietal hujayralar tomonidan HC1 sekretsiasini rag'batlantiradi va ularning parasempatik stimulyatsiyaga sezgirlikni oshiradi. Gastrinning G-hujayralaridan chiqishi parasempatik stimulyatsiya, proteinli ovqatlar, peptidlar, aminokislotalar, kaltsiy ionlari, oshqozonning mexanik qisilishi va uning antrumidagi gidroksidi pH tufayli yuzaga keladi. Gastrinning endokrin funktsiyasi nafaqat oshqozon sekretsiasini rag'batlantiruvchi ta'sir bilan, balki shilliq qavat va enterokromaffin hujayralariga trofik ta'sir bilan ham ajralib turadi. Gastrinning ishlab chiqarilishiga neyrogen ta'sir (inhibitiv parasempatik tolalar), kimyoviy ta'sirlar (antrumdagi pH darajasi past), antagonist gormonlar (gastron, kalsitonin, somatostatin, glyukagon) ta'sir qiladi.

Gistamin HC1 sekretsiasining kuchli stimulyatoridir. Oshqozonda endogen gistamin sintezlanadi va shilliq qavat hujayralari (mast, enterokromaffin, parietal) tomonidan saqlanadi. Gistamin bilan qo'zg'atilgan sekretiya parietal hujayralar membranasida H2 retseptorlarining faollashishi natijasidir. H2 retseptorlari deb ataladigan antagonistlar (ranitidin, famotidin va boshqalar) gistamin va oshqozon sekretsiasining boshqa stimulyatorlarini ta'sir qiladi.

Oshqozonning antrum qismiidagi pH darajasiga qarab, parietal hujayralar tomonidan HC1 ishlab chiqarilishini tartibga soladi. G-hujayralaridan ajralib chiqqan gastrin HC1 sekretsiasini va uning ortiqcha miqdorini rag'batlantiradi, bu esa antrum va o'n ikki barmoq ichak yarasini kislotalashga olib keladi, gastrinning chiqarilishini inhibe qiladi. Intragastrik pH 2,0 dan kam bo'lsa va intraduodenal pH 2,5 dan past bo'lsa, gastrin chiqishi va HC1 sekretsiasini to'xtaydi. Oshqozon ichidagi pH 4,0 dan oshiqroq va o'n ikki barmoq ichakda pH 6,0 dan yuqori bo'lsa, HC1 ni suyultirish va zararsizlantirish natijasida gastrin

chiqishi va HC1 sekretiysasi davom etadi. Antroduodenal tormozlash mexanizmi shunday ishlaydi.

Oshqozondan o'n ikki barmoq ichakka kislotali ichimlik S-hujayralarining endokrin funktsiyasini rag'batlantiradi. PH 4,5 dan past bo'lganida ichakda ajralib chiqadigan sekretiya HC1 sekretiysasini inhibe qiladi, oshqozon osti bezi, jigar, o'n ikki barmoq ichak (Brunner) bezlari tomonidan bikarbonatlar va suv chiqarilishini rag'batlantiradi. O'n ikki barmoq ichak bo'shlig'ida gidroksidi sekretiya bilan HC1 neytrallanganda, pH ko'tariladi, sekretiya chiqishi to'xtaydi va HC1 sekretiysasi qayta boshlanadi. Sekretin tormozi shunday ishlaydi.

HC1 sekretiysasining kuchli inhibitörleri bu oshqozon va ingichka ichakning endokrin D-hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan somatostatindir; oshqozon va ichak D hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan vazoaktiv ichak polipeptidi. Gastroinhibitiv polipeptid HC1 sekretiysasiga ham ta'sir qiladi.

HC1 mexanizmlarining sekretiysasini rag'batlantiruvchi va inhibe qiluvchi muvofiqlashtirilgan harakatlar natijasida uning parietal hujayralar tomonidan ishlab chiqarilishi normal hazm qilish va kislota-bazaviy holatni saqlash uchun zarur bo'lgan hajmda amalga oshiriladi.

Motor funktsiyasi

Oshqozon hazm qilish oshqozon (gumoral yoki gastrinli) davridan tashqarida bolib, oshqozon buzilmagan holatda kuzatiladi. Ovqatlanish paytida me'da mushaklarning tonusini o'zgarishi (retseptor bo'shashish) tufayli oshqozon ichidagi bosimni sezilarli darajada oshirmasdan 1500 ml atrofida ushlab turishi mumkin. Oziq-ovqat oshqozonda bo'lganida, uning mushaklarining ikki xil *tonik va peristaltik* qisqarishi kuzatiladi.

Oshqozonning tubi va tanasi asosan rezervuar, hazm qilish hamda piloroantral qismiga otkazish funktsiyasini bajaradi. Asosiy vazifasi esa ovqat tarkibni aralashtirish, maydalash va o'n ikki barmoq ichakka evakuatsiya qilishdir.

Oshqozon tanasining mushaklari uning ichidagi suyuqlik va ovqat mahsulotlari hisobiga doimiy past bosim ostida bo'shashgan holatda bo'ladi. Peristaltik to'lqinlar oziq-ovqat mahsulotlarini me'da shirasi bilan aralashtirib, uni antral qismiga o'tkazadi. Bu vaqtda pilorik qism

qisqaradi va mahsulotlarini oshqozondan chiqishni mahkam yopadi. Me'da tarkibidagi suyuqlikni qizilo'ngachga o'tishini (gastroezofagial reflyuks) oldini olish murakkab fiziologik yopilish mexanizmi asosida (gumoral qisqarish tonusi, Gis o'tkir burchagi, Gubarev klapani) amalga oshadi. Ushbu mexanizm natijasida oziq-ovqat luqmasi antral qismga o'tadi, u erda qo'shimcha maydalanadi va antral bezlarning ishqorli sekreti bilan aralashtiriladi. Peristaltik to'lqin pilorik qismga etib borgach, antral qism tarkibidagi mahsulotlar o'n ikki barmoq ichakka kiradi. Keyin pilorik kanal yopiladi, antral qism devorlarining to'liq qisqarishi kuzatiladi. Antral qismdagi yuqori bosim uning tarkibini teskari yo'nalishda, oshqozon bo'shlig'iga o'tkazadi, bu erda yana HC1 va pepsin ta'siri ostida keying luqmaga shu tartibda ta'sir qiladi.

Me'da suyuligi tarkibidagi ximus o'n ikki barmoq ichak ichiga kirishidan oldin uning mushaklari biroz kengayayib devorlari bo'shashadi.

Shunday qilib, oshqozon suyuligi tarkibini evakuatsiya qilish antral va pilorik qismga shuningdek o'n ikki barmoq ichakka otishi mushaklarni ketma-ket qisqarishligi va ichidagi bosimning o'zgarishi bilan bog'liq. Oshqozonda antral va pilorik qism ovqat hazm qilish vaqtini tartibga solishni ta'minlaydi. Ushbu tartib buziganda duodenogastral reflyus kuzatilishi mumkin.

Adashgan nerv oshqozonning peristaltik qisqarishini reguleasiya qiladi, pilorik va qizilo'ngach pastki qismi sfinkteririning tonusini pasaytiradi. Simpatik nerv tizimi esa bunga teskari ta'sirga etadi: peristaltikani toxtatib sfinkterlarning tonusini oshiradi. Gastrin pilorik sfinkterning tonusini pasaytiradi, sekretin va xoletsistokinin esa uning qisqarishini pasayishiga olib keladi. Ovqat hazm qilish organlarining normal sekretor va qisqarish funktsiyalari adashgan nerv (atsetilxolin), biogen aminlar (histamin, xoletsistokinin, sekretin va h.) mediatorlar hamda yogda eriydigan kislotalarining o'zaro ta'siri natijasida ta'minlanadi.

Me'da va 12- barmoq ichak yara kasalligining klassifikatsiyasi

Joylashishiga ko'ra: me'da va o'n ikki barmoq ichakda yarani hajmiga ko'ra:

- 1) Kichik- 0,5 sm gacha bulgan yaralar
- 2) O'rta- 0,5 sm dan 2 sm gacha bo'lgan o'lchamdagi yaralar
- 3) Gigant yaralar- 3 sm va undan katta bu'lgan yaralar

Kechishiga ko'ra:

O'tkir

Surunkali

Me'da yaralari joylashishiga ko'ra:

-Old devorida

-Orqa devorida

-Kichik egrilikda

-Katta egrilikda

-Pilorik qismida

-Antral qismida

O'n ikki barmoq ichak yaralarining joylashishiga ko'ra:

Old devorida

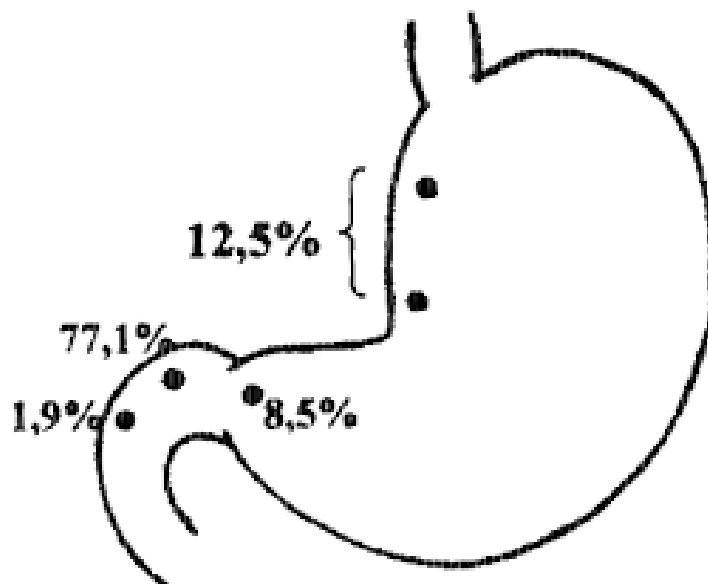
Orqa devorida

Old va orqa devorida bir vaqtni o'zida (o'pishgan yaralar) .

Me'da va 12-barmoq ichakning yara kasalligi etiologiyasi

-Hozirgi zamon gastroenterologiyasining asosiy muammolaridan biri hisoblanadi. Bu kasallik 1000 aholiga hisob qilganda 4-5 kishida uchraydi. Kasallik yoshlar va yoshi ulg'aygan hamda keksa odamlarda ham uchrab tursada, asosan 20-40 yoshdagi kishilarda bo'ladi. Yoshlikda uning duodenal formasi, keksalikda me'da yarasi uchraydi.

O'n ikki barmoq ichak yara kasalligi erkak va ayollarda uchrash nisbati 2/1, me'da yara kasalligi 1/1 nisbatga to'g'ri keladi (Grossman, 1979). Yarani joylashish lokalizatsiyasiga kura 12,5% kardial kismda, 8,5% prepilorik kanalda (antral qismda), 77,1% o'n ikki barmoq piyozcha qismida va 1,9% postbulbar sohada bu'ladi.



7.7-rasm; Yarani anatomik lokalizatsiyasiga kura joylashuvi.

Bemorlarning nogiron bo'lishlari jihatidan yara kasalligi 2-o'rinni egallaydi (yurak, qon-tomir kasalliklaridan keyin). Yara kasalligi murakkab va hal qilinmagan masala hisoblanadi. Hozirgi vaqtda omillarning 3 asosiy guruhi: Nerv, gumoral va mahalliy omillar mavjud. Konstitutsiya, irsiyat 50%, tashqi muhit sharoitlari muayyan rol' uynaydi. Me'da yaralari shilliq pardaga ximiyaviy va fizik omillar, dori preparatlari ta'sirida, qon aylanishining buzilishi, gipoksiya va boshqalardan paydo bo'ladi va bu shilliq parda butunligini buzilishiga olib keladi. Ul'tserogen omillarga (M.I. Kuzin bo'yicha, 2017) quyidagilar: tug'ma (parietal hujayralar massasi oshishi, nerv sistemasi reaktivligi xususiyatlari, O (I) qon guruhi; stress holatlar (kasbkorga oid va ruhiy zo'riqishlar, shikastlar, kuyish, sepsiss); kislotali-ishqor muvozanat holatining buzilishi, antroduodenal dismotorika; ratsional ovqatlanishning rejimining buzilishi; surunkali och qolish; dori-darmonlar (atsetilsalitsilat kislota, indometatsin, glyukokortikoidlar); endokrin bezlar ta'sirlari (gipokaliemiya, surunkali pankreatit tashqi sekretor funktsiyaning pasayishi bilan, Zollinger - Ellison sindromi; qalqonsimon oldi bezi, gipofiz, buyrak usti bezi adenomasi); jigar, buyrak, o'pkaning surunkali kasalliklari, qon aylanishining o'tkir va → surunkali buzilishlari kabilar Me'da va 12-barmoq ichakda yara defekti hosil bo'lishiga agressiya omillari (xlorid kislota, pepsin, o't kislota, lizoletsitin, motorika buzilishlari, shilliq parda shikastlari,

ovqatlanish omillari va tashqi muhit ta'sirlari va himoya omillari shilliq parda rezistentligi, ishqoriy sekretiya, antroduodenal kislota «tormozi», ovqat xarakteri va boshqalar o'rtasidagi dinamik muvozanatning buzilishi bu *Helicobacter pylori* ni rivojlanishiga imkon beradi. Ko'pgina gastroenterologlar fikricha yara kasalligini asosiy sababchisi bir kancha regionlarda o'rganilib chikilishicha *Helicobacter pylori* mikrobinini ta'siri natijasida 90% bemorlarda 12 barmoq ichak shilliq qavatini zararlanishi bilan, 70-80% bemorlarda esa me'da shilliq qavatini zararlanishidan yara kasalligi kelib chiqadi. Ushbu bakteriyani yara chaqirish mexanizmi ushbu reaktsiya asosida yaniy *Helicobacter pylori* o'zidan "ureaza" fermenti ajratadi natijada oshqozondagi muhit quyidagicha o'zgaradi ($\text{HP CO}_2 + \text{NH}_3$) ifodalanadi. Tekshirishlar natijasida yana shu narsa ma'lum bo'ldiki yara kasalligi kelib chiqishiga ko'ra *Helicobacter* musbat yoki *Helicobacter* manfiy guruxlarga bulib o'rganiladi. Yara kasalligi paydo bo'lish mexanizmining murakkabligi hisobga olinadigan bo'lsa, konservativ davolashning ham, operatsiya usulini tanlashning ham qiyinligi o'z-o'zidan ravshan bo'ladi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi diagnostikasi

Me'da shirasi tahlili. Tekshiruv nahorda o'tkaziladi. Me'da ingichka zond bilan zondlanadi va yig'ilgan suyuqlik aspiratsiya qilinadi. So'ngra 1 soat mobaynida suyuqlikni doimiy aspiratsiya qilib, kislotaning bazal ishlanishi tekshiriladi. Kislotaning bazal ishlanishi ko'rsatkichlari bo'yicha vagus tonusi va uning sekretor apparatga ta'siri to'g'risida bilvosita xulosa chiqarish mumkin.

Maksimal gistamin (pentagastrin) testi-sekretiyanini o'rganishning eng ahamiyatli usullari: me'da shirasining ajralishi bo'yicha shilliq parda patomorfologiyasi holatiga baho berish mumkin. Gistaminning qo'shimcha ta'siri bo'lishi mumkinligini hisobga olib, oldindan antigistamin preparatlar yuboriladi. Me'da suyuqligi 1 soat ichida (0,024 mg/kg dozada gistamin yuborilgandan keyin 30 minut o'tgach) aspiratsiya qilinadi. Sekretiya hajmi, umumiy kislotalik va ozod xlorid kislota titrlash birliklarida, xlorid kislota debiti mmol'/soat hisobida quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi:

$$\text{NS1 debiti} = \frac{\text{me'da shirasi hajmi (ml)} \times \text{NS1 titr birligi}}{1000}$$

Maksimal gistamin (pentagastrin) testlarining quyidagi normativlari farq qilinadi: soatlik ajralishi – soatiga 180 - 220 ml; kislotaning bazal ishlanishi –soatiga 18 - 20 mmol`; yoshi ulgʻaygan va keksa odamlar uchun ular birmuncha past - soatiga 15 - 20 mmol`. Normada bazal sekretiya koʻrsatkichlari: soatlik ajralishi - soatiga 50 - 100 ml; kislotaning bazal ishlanishi - soatiga 4,5— 5,5 mmol`.

Me'da yarasida sekretiya koʻrsatkichlari normotsid yoki gipoatsid, 12- barmoq ichak yarasida - giperatsid (soatiga 40 - 45 mmol`gacha), sekretiyaning birmuncha yuqori koʻrsatkichlarida (gipersekretozlar) Zollinger - Ellison sindromi boʻlishi mumkinligi hakida oʻylash lozim (bunday hollarda zardob gastrinini oʻrganish zarur).Xollander insulin testini qoʻllanishda 10 kg tana ogʻirligiga 2 TB hisobidan venaga insulin yuboriladi, unda me'da shirasini 2 soat ichida yigʻiladi (har 15 minutda 8 portsiya). Test qondagi qand miqdorini nazorat qilgan holda oʻtkaziladi. Bu testni qoʻllanish adashgan nervning me'da sekretiyyasiga ta'sirini tadqiq qilish imkonini beradi. Biroq, u Key testiga qaraganda kam ma'lumot beradi, uni hozirgi vaqtda ham qoʻllaniladi. Yoshi ulgʻaygan va keksa odamlarda me'da sekretiyyasini tekirishda Key testi bilan chegaralanish lozim.

Radioteleometriya va rN-metriya. Birinchi usulda me'daga rN muhiti oʻzgarishini qayd qiladigan mitti kapsula - radiouzatgich oʻrnatiladi, u ma'lumotni qabul qilib qayd etadigan moslamaga uzatadi va lentaga egri chiziq koʻrinishida yoziladi.

Bernar zondi (1968) bilan rN ni intragastral aniqlash usuli ham bor. Bu usul bemorlar uchun ogʻirroq boʻlsada, biroq rN ni tanada ham, antral boʻlimda ham birdaniga aniqlashga imkon beradi.

Aspiratsion usul bilan me'da shirasida rN ni aniqlash oʻrtasidagi muhim farq shundaki, birinchi holda NS1 tekshiriladi, ikkinchisining yordamida esa rN ning haqiqiy qiymatlari bevosita me'da devorida uning turli boʻlimlarida bir vaqtning oʻzida aniqlanadi. Bu usullar bir-biriga raqobatchi emas, balki biri ikkinchisini toʻldiradi. Yoshi ulgaygan va

keksa odamlarda, shuningdek og‘ir yotgan va zaiflashgan bemorlarda bu usullardan bittasini qo‘llash mumkin.

Rentgenologik tekshirish: Me‘da va 12-barmoq ichakning yara kasalligi patologiyasidagi rejali va shoshilinch xirurgiyada tekshirishning rentgenologik usullariga - obzor rentgenografiyaga (ozod gaz borligini aniqlashda yaniy yara teshilganiga shubha bo‘lganda yoki perforatsiyasida), katta ahamiyat beriladi. Bu tekshirish usuli bemor tanasini bir necha (vertical va gorizontal) holatlarda shuningdek Trendelenburg holatida Rentgen appartati bilan turli proeksiyada amalga oshiriladi.

Me‘da va 12-barmoq ichakni kontrastli rentgenologik tekshirish nahorda o‘tkaziladi. Bunda bariy sul‘fat qabul qilishdan oldin me‘dada evakuatsiya yoki gipersekretsia sodir bo‘lganidan talay mikdordagi suyuqlikni aniqlash mumkin, uni zond bilan chiqarish kerak. Ozroq mikdordagi bariy aralashmasi qabul qilingandan so‘ng shilliq parda rel‘efi aniqlanadi, so‘ngra “tig‘iz” to‘ldirishda shakli, joylashishi, katta-kichikligi, konturlari, so‘riluvchanligi, bo‘shalishning borishi va boshlanish muddatlari, patologik o‘zgarishlar (to‘lish nuqsonlari, «tokcha» simptomi), gaz pufagi holati, uning deformatsiyasi, og‘riq nuqtalari aniqlanadi. Dinamik, flyuorografik, kinematografik tekshiruv elektron-optik o‘zgartirgichdan foydalanib olib borilganda me‘da motorikasini, uning turli bo‘limlarini va evakuatsiya muddatlarini qayd qilish mumkin, ichak tomonidan patologiyani aniqlashda eng ko‘p ma‘lumot beradigan usul bo‘lib, fibrotolali optika yordamida o‘tkaziladi. Ertalab nahorda bajariladi, biroq shoshilinch hollarda zarurat bo‘lganda sutkaning har kanday vaqtida me‘dani yuvishdan so‘ng o‘tkazilishi ham mumkin. Tekshirishning bu zamonaviy turlari yordamida shilliq pardada bo‘lgan har qanday o‘zgarishlar jumladan: eroziya, yirtilish, yara, boshlang‘ich bosqichdagi o‘smalar aniqlanadi, sitologik va gistolgik tekshirish uchun biopsiya olish imkoniyati borligi shuningdek xavfli o‘smalar va me‘da yarasini differentsial diagnostika qilishda bu usulning nihoyatda qimmatli ekanligini ko‘rsatadi. Bu usul operatsiya qilingan me‘da shilliq pardasi, choklar, ingichka ichak holati to‘g‘risida yetarlicha aniq tasavvur beradi. Bu usul me‘dada kam shikastlaydigan

al`ternativ operatsiyalar qilishga, operatsiyadan keyingi erta davrda davo tadbirlari (qon ketishini to`xtatish, to`siq, sohasiga zondlar kiritish va boshqalar) o`tkazishga imkon beradi.

Laparoskopiya shubhali hollarda yara perforatsiyasini qorin bo`shlig`ining boshqa a`zolari

patologiyasidan differencatsiya qilishda katta ahamiyatga ega, xavfli jarayonning tarqalganligini aniqlab beradi shu bilan birgalikda biopsiya olishga imkonini ham beradi. UZI (UTT): Qorin bo`shlig`i a`zolari to`lik tekshirilganda onkologik kasalliklardan shu bilan birgalikda organlar limfa tugunlarini zararlanish darajasini baxolashda kulay usul bo`lib hisoblanadi.

Me`da yarasining 3 tipi farq qilinadi (D. Jonson, 1957).

I tip - me`da kichik egriligi yaralari - mezogastral yaralar;

II tip - me`da va 12-barmoq ichakning ko`shma yaralari;

III tip - prepilorik yaralar. Ko`pincha (60% hollarda) I tipga oid yaralar va 20% da II va III tiplarga oid yaralar uchraydi.

Me`da yaralarining kelib chiqish sabablari xilma-xil. Bosh sababchilaridan biri me`dadan passajni buzilishi natijasida ro`y beradigan duodenogastral reflyuks, piloroduodenal segment motorikasi buzilishi, pilorusdagi yetishmovchilik hisoblanadi. 12-barmoq ichak ichidagi moddalar (lizoletsitin, o`t kislotalari) me`da shilliq pardasi himoya bar`erini buzadi, vodorod ionlarining jadal teskari diffuziyasi esa shilliq pardaning bevosita jarohatiga, atrofik gastrit boshlanishiga olib keladi. Mikro- va makrotsirkulyatsiya buzilishlari, shilliq parda ostidagi qavat chigali bo`lmasligi, kichik egrilik sohasidagi shilliq parda tomirlarining tugallanish xarakteri me`da yarasining eng ko`p joylashadigan joyini izohlab beradi. Me`da yaralarida xlorid kislota miqdorining past ko`rsatkichlari vodorod ionlarining teskari diffuzlanishi, qoplama hujayralar massasi kamayib ketgan atrofik gastrit bilan tushuntiriladi. Me`da va 12-barmoq ichakning qo`shma yaralari birlamchi duodenal yara, pilorostenoz va evakuatsiya buzilishlari natijasida antral staz ro`y berishi bilan bog`lik, bu antral bo`limning cho`zilishiga, gastrin ajralib chiqishiga, gipersekretsiyaga va keyinroq, me`da yarasi hosil bo`lishiga olib keladi.

Prepilorik yaralar (III tipi) paydo bo'lishining patogenetik mexanizmlari 12-barmoq ichak yaralarining paydo bo'lishiga o'xshashdir.

Me'da yara kasalligining klinik manzarasi ko'p jihatdan yara joylashgan joyga, dastlabki umumiy statusga, yoshga, asoratlari paydo bo'lishiga bog'liq.

Kardial og'riqlar xanjarsimon o'siq sohasidagi og'riq bilan kechadi, u bel sohasiga, chap yelkaga, yurak sohasiga o'tadi, shu sababli bu og'riqni stenokardiyadagi og'riq deb o'ylaydilar. Og'riq ovqat yeyish bilan bog'lik bo'ladi, ovqat yeyishdan 20-30 minut o'tishi bilan paydo bo'ladi.

Mediagastral yaralar aksariyat 40 dan oshgan kishilarda paydo bo'ladi. Asosiy belgisi - ovqat yeyilgandan keyin 30-60 minut o'tgandan keyin og'riq paydo bo'lishidir. Og'riq paydo bo'lish muddatining yaraning joylashuviga bevosita bog'liqligi qayd qilinadi. Og'riq odatda 1-1,5 soat, ya'ni ovqat me'dadan chiqib ketguncha davom qiladi. Og'riq xarakteri, paydo bo'lish muddati, kuchi va davomlilik ovqatga, uning miqdoriga, sifatiga bog'liq, keyinchalik esa og'riq ovqat xarakteridan qat'i nazar, har gal ovqat yeyilgandan keyin paydo bo'ladi.

12-barmoq ichakning yara kasalligidan farqli ravishda me'da yaralaridagi og'riqlar «ikki fazali» bo'ladi: 1) Ovqat yeyilganda- og'riq bo'lishi, 2) Tinch sharoit – yengillashuv ko'rinishida klinika bilan kechadi.

Katta egrilikdagi yaralar kam uchraydi, ko'pincha xavfli bo'ladi, charviga, yo'g'on ichakka, taloq va jigarning chap bo'lagiga penetratsiya beradi. Pylorus yaralari (III turi) klinik jihatdan 12-barmoq ichak yaralariga o'xshash, biroq malignizatsiyalanishga moyil (2-3% hollarda) bo'ladi.

Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda yaralar aturik, ko'pincha asoratlari rivojlanishi bilan o'tadi. 60 yoshdagi bemorlarda paydo bo'lgan yaralar «eski», bu yoshdan keyin paydo bo'lgan yaralar «kechikkan» yaralar deyiladi. Me'da yaralari uchun «qarilik» yaralari xos, ular o'tkir boshlanadi, yassi, yirik bo'ladi, yaradan qon ketishiga moyil bo'ladi, ularning sababi - atrofik jarayon, tomir patologiyasi. Me'da va 12-

barmoq ichakning yara kasalligi simptomatikasi keksa kishilarda kam ifodalangan - kuchli og‘riq, bo‘lmaydi (diametri 3 sm dan katta «gigant» yaralardan tashqari), sikllilik, mavsumiylik yo‘q, kamqonlik, ozib ketish ifodalangan. 12-barmoq ichakning «kechikkan» va «eski» yaralarida me‘da shirasi kislotaliligining ko‘rsatkichlari saqlanib qolgan yoki hatto yuqori raqamlarda bo‘ladi.

O‘smirlarda yara kasalligi og‘riq, qusish, duodenal yaraning bir yoki bir necha asoratlari rivojlanishi: yara teshilishi, penetratsiya, stenoz, qon ketishi holatlari kuzatiladi.

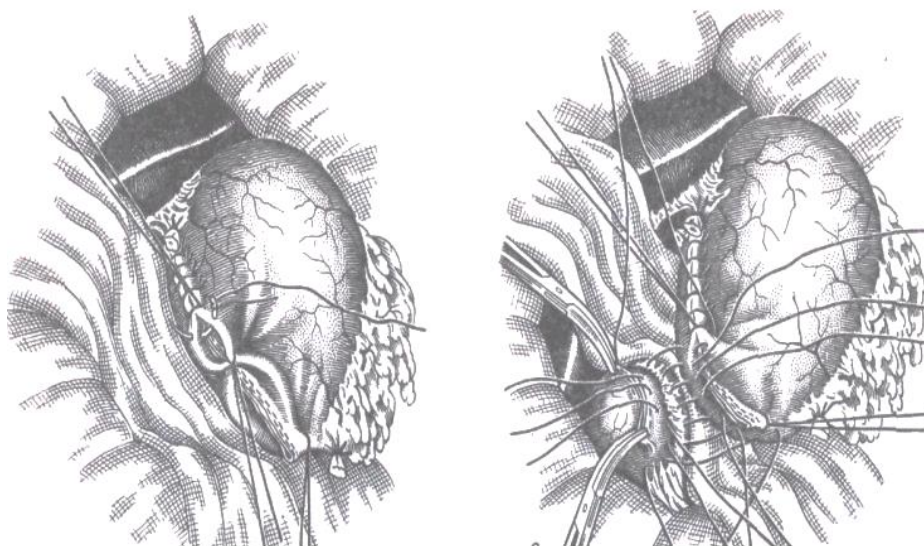
Patologik anatomiyasi. Me‘da va 12-barmoq ichak shilliq pardasi va birmuncha chuqur joylashgan devorlarining defekti (nuqsoni) yara deyiladi, uning o‘lchamlari va chuqurligi har xil bo‘lishi - yuza yaradan (shilliq parda chegarasida), to uning hamma qatlamlarini qamrab oladigan chuqur (perforativ va penetratsiya qiladigan) yaralargacha, bir necha millimetrdan, to «gigant» yaralargacha (3-5 sm va undan katta) bo‘ladi. Me‘da yaralari asosan kichik egrilikda, kamroq - tanasida va katta egriligida, 12-barmoq ichakda - uning piyozcha qismida, kamroq - postbul‘bar qismida joylashadi. Yara bitgandan keyin me‘da piyozcha qismi shaklini buzadigan chandiq qoldiradi, ba‘zan chiqish qismi torayishiga - stenoziga olib keladi.

12-barmoq ichakning yara kasalligi odatda navqiron va o‘rta yoshda boshlanadi, biroq 60 yoshdan oshgan odamlarda paydo bo‘lishi ham mumkin («kechikkan» yaralar). Kechishining davriyligi, mavsumiy (bahor-kuzda) qo‘zishi, kunduzgi maromi, tungi og‘riqlar va ovqat yeyilgandan keyin tinchiydigan och og‘riqlar, jig‘ildon qaynashiga xos bo‘ladi. Og‘riq maromi ifodalangan: ochlikda - og‘riq boshlanadi, ovqat yeyilganda - yengillashadi, ochlikda - yana og‘riq boshlanadi. Bu «uch fazalilik» jarayonning yaqqol 12- barmoq ichakda joylashganidan darak beradigan asosiy diagnostik-anamnestik belgi hisoblanadi. Og‘rik xarakteri, doimiyliги o‘zgarganda, orqa, yelka, kurakka o‘tganda yara penetratsiyasi haqida o‘ylash lozim. Odatda jarayon qo‘zigan davrda paydo bo‘ladigan qusish bemorga birmuncha yengillik beradi, u nordon bulib unda ovqat aralashmasi bo‘lmasligi mumkin. Qusuqda ovqat bo‘lishi, ayniqsa qusishdan bir muncha oldin yoki qusish oldidan ovqat

yeyilgan bo'lsa, bu holda stenoz bilan bog'lik bo'lgan evakuatsiya buzilishi to'g'risida fikr yuritish mumkin. Bemorlarning umumiy holati, odatda, kam o'zgaradi yoki umuman o'zgarmaydi. Bemorda ozib ketish kuzatilmaydi, bu aksariyat bemorning og'riqni yo'qotish uchun ovqat yeb turishiga intilishi bilan bog'lik bo'ladi. Stenoz paydo bo'lganda va ovqat o'tkazuvchanlikning buzilishlarida ozib ketish qayd qilinadi, xolos. Duodenal yara diagnostikasida, umumiy qabul qilingan tekshirishlardan tashqari, me'da sekretsiasini tekshirishga katta ahamiyat beriladi. Kislotalilikning yuqoriligi (bu me'daning boshqa kasalliklarida ham uchrasada) bazal davrda ham, gistamin va insulin bilan rag'batlantirishdan keyin ham 12-barmoq ichak yarasi uchun xos. Rag'batlantirilgan kislotalilik ko'rsatkichlarining yuqoriligi – gipersekretsiya (soatiga 40 mmoldan yuqori) yara teshilishi (perforatsiya) yoki qon ketishi kabi asoratlarni bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi, KBI (kislotalarning bazal ishlanishi) ning yuqori ko'rsatkichlari Zollinger - Ellison sindromi borligi mumkinligidan dalolat beradi. Bu holda qondagi gastrin miqdorini tekshirish kerak.

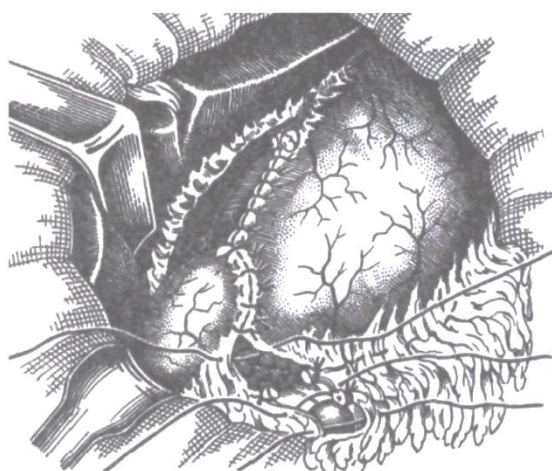
Teshilgan gastroduodenal yaralar etiologiyasi

Me'da va 12-barmoq ichak yaralari perforatsiyasi - yara kasalligining eng xavfli asoratlardan biridir: Yaraning teshilishi - Oshqozon yoki ichak devorida teshik paydo bo'lishi natijada sekretsiani qorin bo'shlig'iga tushishi tushiniladi. Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra yara kasalligini bu asorati perforatsiya 10% gacha uchraydi. Yaralarning teshilish sabablari har xil. Ko'pincha bundan oldin yara atrofidagi yallig'lanish jarayoni qo'ziydi, simptomlar kompleksi kuchayadi («prodromal» davr), ba'zan qorin ichidagi bosim oshadi. Yara teshilishi mehnatga layoqatli yoshda (20—50 yosh) uchraydi. Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda yara perforatsiyasi unchalik ko'p kuzatilmaydi. Yarasi teshilgan bemorlarda davomli «yara» anamnezi kuzatiladi, biroq yoshlarda (30 yoshgacha) teshilish batamom tinch sharoit fonida paydo bo'ladi («soqov» yaralar teshilishi).



A

B



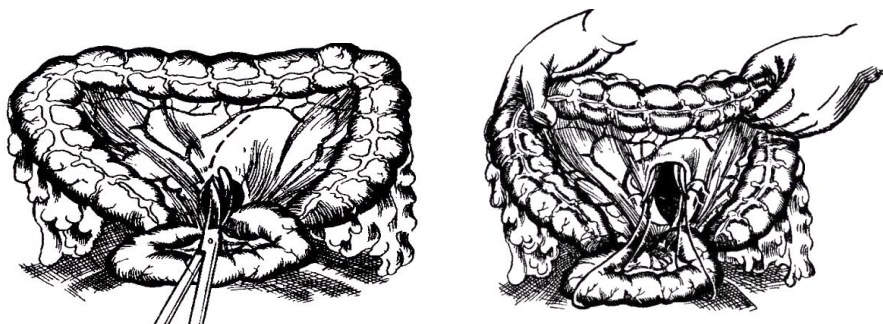
V

7.8-rasm. (A, B, V). Me'dani Bil`rot- I usulida rezektsiyasi.

Bemorlarning 80-85 foizida 12-barmoq ichak boshlang'ich bo'limining oldingi devoridagi yara, kamroq - me'da pilorik bo'limidagi yara teshiladi.

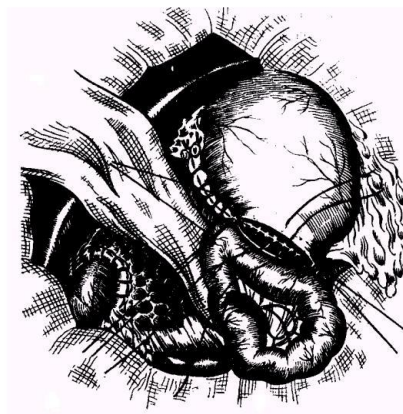
Kasallik patogenezida me'da va duodenal suyuqlikning ozod qorin bo'shlig'iga doimiy oqib turishi katta ahamiyatga ega, u avvaliga shokka olib keladi. Kichkina teshikning fibrin, charvi, yaqinda joylashgan a'zolar, qattiq ovqat bo'lakchalaridan beqilib qolishi jarayonni chegaralaydi: bu holda usti yopiq perforatsiya yuz berishi ehtimol. Yara qorin bo'shlig'i orqasiga, kichik charviga, ko'ks oralig'iga teshilganda

kamdan-kam yuzaga keladigan aturik klinika paydo bo‘ladi. Teshilgan yaralar o‘tkir yoki surunkali xarakterga ega, yakka yoki ko‘p sonli bo‘ladi.



A

B



B

7.9-rasm. (A, B, V). Me‘dani Bilrot II usuli Goff-Meyster, Finisterer modifikasiyasida rezeksiyasi.

Nazorat savollari.

- 1) Qanday o‘lchamdagi yaralar katta yaralar deyiladi?
- 2) Yara kasalligi amaliyotda me‘dani qaysi sohasida uchramaydi yoki juda kam holatlarda uchraydi?
- 3) Qaysi vena qonni oshqozondan olib ketadi?
- 4) Me‘dani innervatsiyasi qaysi nervlar ishtirokida bo‘ladi?
- 5) Gastrofibroskopiya bilan oshqozondagi qaysi holatni aniqlab bo‘lmaydi?
- 6) Gemobiliya bu?
- 7) Gigant yara bu?

8) Yara kasalligi perforatsiya bilan asoratanganda birlamchi shok davri davomiyligini ayting?

9) Qon ketayotgan yara uchun xarakterli belgi bu?

10) Qorin old devori mushaklarini taxtasimon qotishi meda yoki 12 barmoq ichak yara kasalligining qaysi asoratida kuzatiladi?

11) Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi uchun buyuriladigan parhez stoli?

12) Mellora – Veys sindromida oshqozon ichak traktini qaysi qismidan ko'proq qon ketadi?

13) Yara kasalligida qon ketish ma'nasi bo'lib xizmat qilishi mumkin?

14) Yara kasalligida qon ketish boshlansa, og'riqni yo'qolishi yoki kamayishi qaysi simptom bilan ataladi?

15) Me'da ichak traktidan yara kasalligi etiologiyasiz qon ketish bu?

16) Qaysi lokalizatsiyadagi yaralar ko'proq yoshi katta va keksa kishilarda uchraydi?

17) Helikobakter pilori uchun qaysi preparatlar boshqalaridan ko'ra ko'proq bakteriostatik ta'sirga ega?

18) №1 diete uchun qaysi ovqat mahsulotlari tavsiya etiladi?

19) Teshilgan yara kasalligida qorin mushaklarini doskosimon ko'rinish olishi peritonitni qaysi bosqichi uchun xos?

VIII BOB. ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI ASORATLARI

Yara perforatsiyasi (teshilishi) klassifikatsiyasi

Keyingi yillarda B. D. Komarov va V. S. Savel`ev tomonidan taklif etilgan klassifikatsiya (1976) keng qo'llanilmoqda.

I. Etiologiyasi bo'yicha: Yarali va gormonal.

II. Lokalizatsiyasi bo'yicha: a) Me'da yaralari: kichik egrilikdagi, katta egrilikdagi, oldingi devordagi, orqa devordagi, kardial, antral, prepilorik, pilorik qismlarida.

b) 12-barmoq ichak yaralari: oldingi devoridagi, orqa devoridagi.

III. Kechishi bo'yicha:

1. Ozod qorin bo'shlig'iga teshilishi
2. Usti yopiq teshilishi
3. Atipik teshilishi

Teshilgan gastroduodenal yaralarning klinik ko'rinishi Asosan shartli ravishda uch davr farqlanadi: 1. Birlamchi shok davri to'satdan o'tkir og'riq. 2. Soxta tuzalish davri og'riqlar biroz pasayadi, 3. Diffuz peritonit davri.

Birinchi davr (Birlamchi shok) 3-6 soat davom etadi. Teshilgan gastroduodenal yaralarning klassik klinik ko'rinishi tarixiy rivojlanishga uchramagan. Teshilishning asosiy simptomatikasi (G. Mondor triadasi): «xanjar» bilan urilgandek to'satdan paydo bo'lgan og'riq (95%), qorin muskullarining qattiq taranglashuvi (92%), bemor anamnezidan yarani bo'lishligi (80%). Darhaqiqat, kuchli og'riqlarning to'satdan paydo bo'lishi birorta kasallikda ham perforatsiyadagi kabi yaqqol yuzaga chiqqan bo'lmaydi. Bunday bemorlar og'riqqa chidab bo'lmaydigan darajadagi shikoyat bilan murojaat qiladilar. «Katta yoshdagi zabardast» odamning yuz qiyofasidagi g'am-g'ussa u tortayotgan cheksiz azob-uqubatlarni ifodalab turadi» (G. Mondor). Og'riq avvaliga epigastral soxada, bunda 12-barmoq ichakda ko'prok, o'ng tomonda joylashadi, so'ngra qorinning butun o'ng yarmi bo'ylab tarqalib, o'ng yonbosh sohani, keyin butun qorinni qamrab oladi. Og'riqning yelkaga yoki o'ng kurakka, kichik chanoqqa tarqalishi xarakterli. Qusish kamdan-kam

peritonit rivojlangandagina kuzatiladi. Stenozlovchi yaralar teshilganda esa yara teshilishidan oldin bemor qayt qilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Ikkinchi «soxta tuzalish» davri Yara teshilish vaqtidan kechikib 6 soatdan keyin yuzaga chika

boshlaydi. Ushbu davrda bemorlarning ahvoli shunchalik yaxshilanadiki, ular o‘zlarini sog‘lom deb hisoblaydilar. Bemor odatda chalqancha yoki yonbosh bilan oyoqlarini qorniga tortib yotadi, rangi oqarib ketgan, qo‘rquv ostida, sovuq, ter chiqishi mumkin. Tez-tez, yuza nafas oladi, qon tomir urishi avvaliga siyrak, arterial bosimi pasayishi mumkin. Tili dastlabki soatlarda nam, keyin quruqlashadi shu bilan birgalikda kasallikning dastlabki soatlarida rektal tekshiruvda chanoq qorin pardasida keskin og‘riq borligini aniqlash mumkin. Parietal qorin pardasi nerv oxirlari sezuvchanligi buzila borgan sayin og‘riq asta-sekin bosiladi, biroq bemor avvalgiday harakatsiz yotadi, tana temperatrasi normal yoki subfebril buladi, Umumiy holati yaxshilanadi, qorin devori mushaklari tonusi kamayadi, o‘ng yonbosh soxada og‘riq kamayadi, pal`patsiya kilganda Shetkin- Blyumberg simptomi musbatligi aniklanadi.

Uchinchi davr (tarkalgan diffuz peritonit) 8-12 soat o‘tgach boshlanadi. Peritonit uning hamma klinik manzarasi namayon buladi bu vaqtda bemorning ahvoli og‘irlashadi. Qorin bo‘shlig‘ida kuchli og‘riq, takroriy qusish paydo, tana harorati yuqori (38-40°C) kutarilishi kuzatiladi. Pul`s - minutiga 110-120 ta, Qon bosimi pasaygan. Bu xolat sepsisning rivojlanish xavfini oshiradi, poliorgan yetishmovchiligi va septik shokgacha olib kelishi mumkin. Organizmni suvsizlanish va intoksikatsiya tufayli yuz Gippokrat yuzi kiyofasini oladi ko‘zlar yorqinligini yo‘qoladi va xiralashadi. Mashhur frantsuz jarrohi G. Mondor bu kasallikning alomati emas, balki yaqinlashib kelayotgan o‘lim alomatidan dalolatdir deb ta’kidlagan. Teri quruq. Nafas olish sayoz, tez-tez. Til va og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardalari quruqlashadi. Ichakning parezi yoki aniqrog‘i, paralitik ichak tutilishi tufayli qorin shishadi. Qorin devori cho‘zilgan va tarang (elastik taranglashish), pal`patsiya va perkussiya paytida og‘riqli. Shchetkin-Blyumberg simptomi musbat Ichaklarda. Peristaltika eshitilmaydi. Qorin

bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniklanadi. Ultratovush tekshiruvda kichik chanok bo'shlig'ida kup miqdordagi suyuqlik aniklanadi. To'g'ri ichakni perrektum tekshiruvda ichak old devorida og'rik, pervaginum tekshirishda qinda og'rik bulishi kuzatiladi. Ultratovush tekshiruvi nazorati ostida suyuqlikni aspiratsiya qilish va tarkibini aniklash mumkin.

Takroriy qusish natijasida paydo bo'lgan suvsizlanish, ichaklarda, qorin bo'shlig'ida, shuningdek interstitsial bo'shliqda qon tomir o'tkazuvchanligining keskin oshishi va qorin bo'shlig'ida suyuqlikni ko'payishi natijasida diurez kamayadi oliguriya, anuriya va prerenal buyurak yetishmovchiligi kuzatiladi.

Yara teshilishi uchun kardinal tekshirish usuli bu Qorin bushligini obzor rentgenografiyasidir, qorin bo'shlig'ida ozod gaz borligi (penevmoperitoneum) hisoblanadi, u diafragmaning o'ng gumbazi ostida yig'iladi bir yoki ikkala gumbazlar ostida yo'l-yo'l yorug' chiziq kurinishida kuzatiladi.

Usti yopiq teshilish. Teshilgan yaraning to'satdan paydo bo'lgan bu ko'rinishining klinikasi 1-2 soatdan keyin so'nadi, og'riq kamayadi, mushaklarning taranglashuvi barham topadi, oz-oz og'riq, bo'ladi va mushaklar tarangligi epigastriyda kuzatiladi, xolos.

Diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Teshilgan gastroduodenal yaraning diagnostikasi avvalo anamnezga, bemordan sinchiklab so'rab-surishtirishga, fizikal tekshirish ma'lumotlariga asoslanadi va rentgenologik hamda laboratoriya ma'lumotlari bilan to'ldiriladi. Perforatsiya uzoq vaqtgacha yara kasalligi bilan og'rib yurgan bemorlarda (rentgenologik tasdiqlangan); yara kasalligi belgilari bo'lgan (nordon kekiradigan, och qoringa yoki ovqatdan keyin og'riq paydo bo'ladigan, muntazam soda ichib turadigan), biroq hech qachon tekshirishlardan o'tmagan va yara borligi to'g'risida shubha qilinmagan shaxslarda yuz berishi ehtimol. Uchinchi guruhga «dispeptik o'tmishi» bo'lgan, biroq uni unutib yuborgan va hozirgi kasalligini avvalgi hazm buzilishlari bilan bog'liq deb o'ylamagan shaxslarni kiritish mumkin.

To'rtinchi guruhga «soqov» yarasi teshilgan bemorlar kiritiladi. Bemorda prodromal davr borligiga - jarayonning kuchayishi yoki qo'zishi - epigastriyda og'riq, ko'ngil aynishi, subfebril harorat, qusishga ahamiyat berish zarur. Diagnostika uchun kasallikning o'tkir boshlanishi, bemorning o'ziga xos holati, tashqi ko'rinishi, qon tomir urishi va qon bosimi ma'lumotlari katta ahamiyatga ega. Qorinni tekshirishda perforatsiyadan keyin o'tgan fursat haqida unutmaslik kerak: dastlabki soatlarda ifodalangan «taxtasimon» taranglashuv keyinroq, peritonit avj olgandan keyin qorin dam bo'lishi kuzatilishi mumkin. Har xil yoshdagi bemorlarda - keksalar, ayollar va boshqalarda qorin devorining bo'shashgan bo'lishini nazarda tutish lozim. Perkussiyada qorin o'ng yon kanalida va ung yonbosh chuqurchada tumtoqlashgan tovush o'rniga timpanik tovush aniqlanadi (Kerven simptomi). Qorin bo'shligida ozod gaz borligi xisobidan 50-60 foiz bemorlarda jigar tumtoqligi keskin kamayadi yoki umuman yuqoladi, rentgenologik tekshiruvda esa 75-80 foiz bemorlarda aniqlanadi.



8.1-rasm.

Qorin bo'shlig'ni obzor rengenografiyasi.

(Qorin bo'shlig'I diafragma osti sohasidagi erkin gaz)

Bemor tik turganda yoki chap yonboshi bilan yotganida rentgenodiagnostika qilish bemorni tekshirishning asosiy diagnostik usuli bo'lib, diafragma gumbazi ostida ozod gazni aniqlashga (asosan o'ngda ba'zan chapda) qaratiladi.

Noaniq hollarda bemorga 1-2 qultum suvda eruvchan kontrast modda berishga to'g'ri keladi, rentgen tekshiruvida uning me'da konturlari tashqarisiga chiqishi perforatsiyaning absolyut belgisi hisoblanadi. Ba'zan pnevmogastrografiya o'tkazib (me'daga havo yuborish) takror rentgenografiya qilishdan foydalaniladi. Diagnostika qilish mushkul bo'lgan hollarda gastrofibroduodenoskopiya yoki laparoskopiya qilish kerak bo'ladi.

Laboratoriya tekshiruvi-da qon va siydik tomonidan biror spetsifik buzilishlarni aniqlash. Qorin bo'lig'i obzor rentgenogrammasi. aniqlashga muvaffaq, bo'linmaydi, biroq, peritonit rivojlanganda leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi, leykotsitar formulaning chapga surilishi ifodalangan bo'ladi.

O'tkir xoletsistit bilan aksariyat yoshi o'tgan semiz ayollar kasallanadilar, ularning anamnezida o'ng qovurg'alar yoyi ostida yog'lik ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lgan qaytalanadigan og'riq bo'ladi. Og'riq o'ng qovurg'alar ostida joylashadi. Orqaga, elkaga, kurakka beriladi, doimiy bo'ladi. Ko'p marta qusish bilan o'tadi. Muskullar tarangligi kam ifodalangan, o't pufagi paypaslanadi, Ortner-Grekov, Myussi-Georgievskiy va Merfi simptomlari musbat buladi. leykotsitoz ifodalangan ko'rinishda bo'ladi.

O'tkir pankreatit uchun o'tkir keskin doimiy og'riqlar xos, biroq ular o'rab oladigan xarakterga ega va parhez buzilishi bilan bog'liq (yog'lik yoki kuchli ovqat yeyish, ichkilik ichish).

Bemor bir necha martalab qayt qiladi, u yara teshilganidagi kabi harakatsiz emas, muskul taranglashuvi odatda bo'lmaydi, Mayo-Robson simptomi musbat shunigdek Mondor tiriadasi aniklandi. Qonda bioximik taxlilida amilaza miqdori oshgan bo'ladi.

O'tkir appenditsit bilan differentsial diagnostikasi eng qiyin, chunki har ikkala holda xam kasallik epigastriyda og'riq paydo bo'lishidan boshlanib, keyinroq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi. Biroq o'tkir appenditsitda bu og'riqlar sustroq, epigastriyda muskullar taranglashmagan, o'ng yonbosh sohada simptomatika birmuncha yuzaga chiqqan. Sitkovskiy, Rovzing va Razdol'skiy simptomlari v.b. musbat

buladi. Kasallik kuchayib ketgan hollarda rivojlanib bo'lgan peritonit fonida dardning sababi aksariyat o'rta laparotomiyada aniqlanadi.

Miokard infarkti (abdominal formasi), stenokardiyaning boshlang'ich bosqichlaridagi o'tkir boshlanish perforativ yara klinikasiga o'xshab ketishi mumkin. Bemor yoshining ulug'ligi, anamnezda tez-tez stenokardiya borligi, tez aritmik qon tomir urishida bemor holatining og'irligi, arterial bosimning pasayganligi, yurak tonlarining bo'g'iqligi, elektrokardiogra-fik o'zgarishlar, jigar to'mtoqligining saqlanib qolishi yurak patologiya-sidan dalolat beradi.

Ba'zan zotiljam va plevrit uchun ham o'tkir boshlanish, qorinning yuqori qismida muayyan joylashgan o'rni bo'lmagan og'riq xos bo'ladi. Bemorning aktiv hatti-harakati, yuza nafas olish, burun qanotlarining harakati, harorat, o'pka tomonidan olinadigan ma'lumotlar, qorin tomonidan o'zgarishlar bo'lmasligi - bularning jami rentgenologik tekshiruv yordamida aniqlanadigan ma'lumotlar yordamida to'g'ri diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Mezenterial tomirlarining trombozi va emboliyasi bu ma'lum bir lokalizatsiyasiz qorin bo'shlig'ida kuchli og'riqlar to'satdan boshlanishi bilan tavsiflanadigan yurak-qon tomir kasalliklarining asoratidir. Bemor bezovtalanadi, pozitsiyasini o'zgartiradi. Pul's tez-tez bulib kollaps tez rivojlanadi. Tana harorati pasayadi. Qorin paralitik ichak tutilishi xisobiga shishgan bo'ladi. To'g'ri ichak perrektum tekshirilganda bilan qon aniqlanishi mumkin.

Qorin aorta anevrizmasi kechishi qorinning yuqori yarmida to'satdan kuchli og'riq bilan namoyon bo'ladi. Qorin tekshirilganda harakatsiz, pultsatsion og'riqli bo'ladi shu soxada qattiq sistolik shovkin eshitiladi. Qorin old devori mushaklari taranglashgan, puls telashaganz qon bosimi bir oz pasayadi. Yon va son arteriyalarining pul'satsiyasi pasaygan bo'ladi.

Buyrak sanchig'i o'ng yoki chap bel soxasida to'satdan o'tkir og'riq paydo bo'lishi og'riqni chov soxasiga,, jinsiy a'zolarga irradiatsiya berilishi va dizurik buzilishlar bilan xarakterlanadi. Bemor xavotirda, atrofga shoshilib, og'riqdan qichqiradi. Qorin mushaklari taranglashgan, biroz shishgan jigar tumtoqligi saqlanib qolganbo'ladi.

Siydik taxlilida o'zgarishsiz qizil qon tanachalari topiladi. Buyraklarni ultratovush tekshiruvda kosacha-jom sistemasida konkrementlar aniklanadi.

Differentsial diagnostikani kasallik boshlanishidan boshlab dastlabki soatlarda o'tkazish mumkin; u birmuncha qiyin va anchagina vaqt o'tgach tutash peritonit klinikasi yuzaga chiqqandan keyin o'rta-o'rta laparotomiyadagina yanada anik bulishi mumkin.

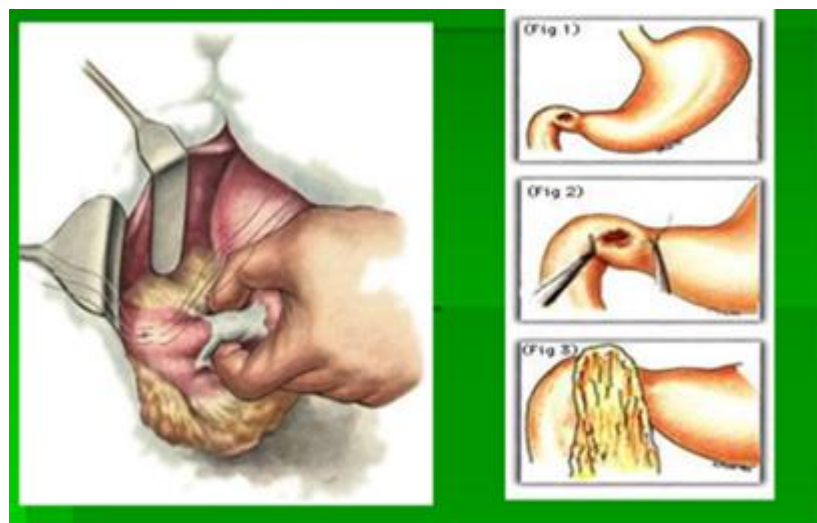
Davolash. Kasalxonaga yotqizilgunga qadar tez yordam ko'rsatish zarur. Yara teshilganiga shubha bo'lganda bemorni shoshilinch ravishda statsionarga olib borish kerak. Kardiotrop dori preparatlari yuborish, kislorod berilishi shuningdek kasallik klinikasini yashirishi mumkin bo'lgan anal'getik vositalarni sira yuborib bo'lmaydi.

Xirurgik bo'limda bemorni tinchlantirish, unga operatsiya qilish zarurligini tushuntirish kerak. Konservativ davolash teshilish vaqtdan 2 sutka o'tgach o'tkazilishi mumkin, bunda teshik usti bekilgan, bemorning umumiy ahvoli qoniqorli, teshik yaxshi chegaralangan bo'ladi, chunki infil'trat bo'lgan sharoitlarda operatsiya qilish asossiz ya'niyatrogen shikastlanib qolishga sabab bo'lishi mumkin. Bedford-Turner (1945), Vangenstin (1935) va Teylor (1945) teshilgan yaralarni davolash uchun me'da suyuqligini doimiy nazogastral zond orkali aspiratsiya qilish usuli (konservativ usul) o'z vaqtida tanqid qilingan edi. Biroq bemor operatsiyadan qat'iyan bosh tortganda yoki uning ahvoli nihoyatda og'ir bo'lgan ahyon-ahyon hollarda bu usul -qo'llanilishi mumkin.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik imkon boricha qiska bo'lishi va shokni davolash, dezintoksikatsion tadbirlar, me'daga zond qo'yishni o'z ichiga olishi kerak.

Operatsiya xarakteri har kimning o'ziga xos bo'lishi va bemorning ahvoliga, yaradagi o'zgarishlar xarakteriga, shuningdek xirurg va yordamchi xizmatlarning texnik imkoniyatlariga bog'liq. Teshilgan yarani charvi bilan plastika qilib tikish boshqa radikal operatsiya o'tkazishga ko'rsatma bo'lmaganda, tarkalgan peritonitda, yosh bemorlarda yoki, aksincha, keksa yoshdagi bemorlarda, zarur

instrumentlar, apparatura yoʻqligida, xirurg malakasi yetarlicha boʻlmaganda qoʻllaniladi.



8.2-rasm. Teshilgan yarani tikish etapi.

Teshilgan yarani tikish bu bemorni peritonitdan qutqarib, yara kasalligiga barham bera olmaydi va keyinchalik bemorlarning 40-50 foizi bu kasallikning turli asoratlari sababli takroriy operatsiya qilinishga majbur boʻladilar. Teshilgan yarani berkitishning boshqa koʻpgina plastik usullari ham palliativ operatsiyalar guruhiga kiradi va ularni qoʻllanishning keyingi natijalari shuncha qoniqarsiz oqibatlar protsentini beradi. Qorin boʻshligʻi mikroflora holati va uning xarakterini yara etiologiyali peritonit va boshqa etiologiyali peritonitlar bilan taqqoslab oʻrganish shuni koʻrsatdiki, meʼda-ichak tizimi distal yoʻnalishi boʻylab anaerob mikroorganizmlar koʻpayib borishi kuzatiladi. Shunga mos ravishda bakteriyalar kontsentratsiyasi ham oʻzgaradi. Gastroduodenal peritonitlarda qorin boʻshligʻining nisbatan kam miqdorda mikroblar bilan ifloslanishi kuzatiladi. Oʻtkazilgan mikrobiologik tekshiruvlar bunday holatlarda radikal jarrohlik amaliyotlarini oʻtkazish maqsadga muvofiqligini asoslab berdi. 1928 yilda S. S. Yudin joriy qilgan teshilgan yaralarda meʼdani birlamchi rezektsiya qilish bizning mamlakatimizda ham, chet elda ham talaygina olimlarning diqqat-eʼtiborini qozondi. Yara kasalligini davolash uchun oʻtkazilishi mumkin boʻlgan radikal jarrohlik amaliyotlarining koʻrsatmalarini aniqlashda qorin boʻshligʻi mikroflora holatini oʻrganishdan tashqari quyidagi omillar boʻlishi zarurdir:

Me'dani rezektsiya qilish uchun mutlaq, ko'rsatmalar borligi (Dekompensatsiyalashgan pilorostenoz, profuz qon ketish, perforatsiya); Nisbiy ko'rsatmalar borligi: yara penetratsiyasi, kompensatsiyalashgan yoki subkompensatsiyalashgan pilorostenoz, malignizatsiya, antral bo'lim va katta egrilikdagi yaralar, yara anamnezining davomlilik, ilgari qaytalanib turgan qon ketishlar borligi (perforatsiya vaqtidan operatsiyagacha o'tgan vaqt 6 soatdan oshmagan taqdirda, tajribali xirurg va texnik jihozlangan operatsiya xonasi, og'riqsizlantirish uchun zarur sharoitlar bor bo'lgandagina amalga oshiriladi. Teshilgan yaralarda me'dani rezektsiyasini bajarish natijalari teshilgan yarani tikib qo'yishdan afzaldir, biroq uni o'tkazish uchun ko'p sonli sharoitlarning zarurligi birlamchi rezektsiyalar sonini birmuncha kamaytiradi. Keyingi hol teshilgan yaralar shoshilinch xirurgiyasiga a'zoni saqlab qoladigan va vagotomiya bilan birga qilinadigan operatsiyalarning turli variantlari keng joriy qilinishi bilan bog'liq. Yarani kesib qilinadigan tutam vagotomiyasi va piloroplastika eng ma'qul usul sanaladi.

Radikalligi nuqtai nazaridan bu operatsiya me'dani birlamchi rezektsiya qilishga tenglashtirilishi mumkin. Ayni vaqtda kamroq shikastlantirishi va o'limning birmuncha pastligi, uni xirurglar tomonidan odatdagi sharoitlarda qo'llanish mumkinligi bu operatsiyani istiqbolli qiladi.

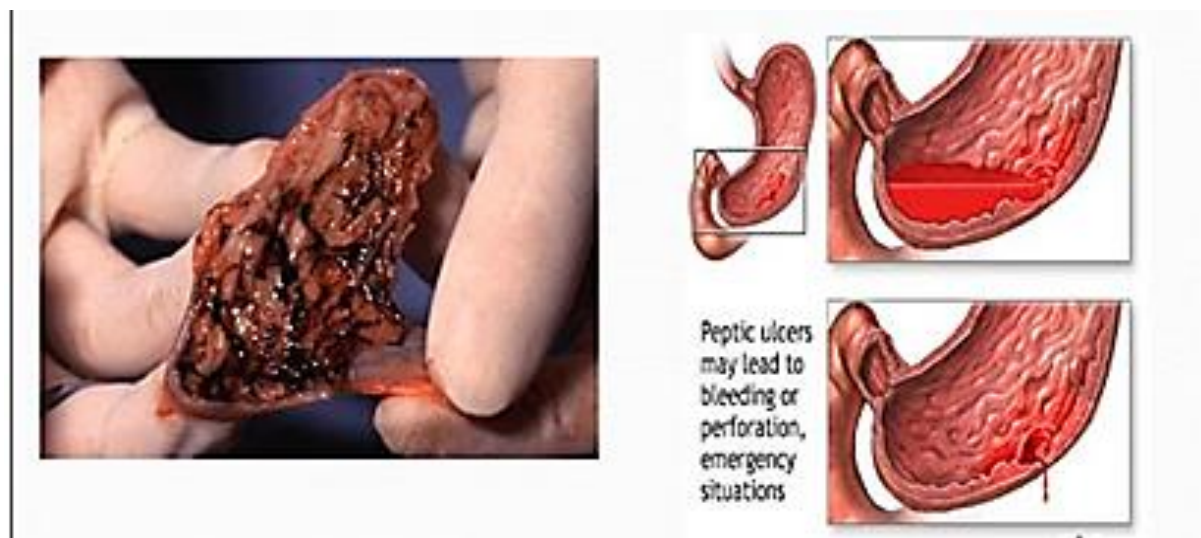
Teshilgan yaralarda operatsiyaning eng muhim tomoni operatsiya paytida qorin bo'shlig'ining to'liq sanatsiyasi hisoblanadi. U nechog'lik puxta o'tkazilgan bo'lsa, operatsiyadan keyingi davr shunchalik oson o'tadi va yiringliklar hosil bo'lishi uchun imkoniyatlar kamayadi.

Gastroduodenal qon ketish

Etiologiyasi va patogenezi-Yaradan qon ketish yashirin va ochiq bo'ladi. Qon me'da va 12- barmoq ichak kapillyarlari, venalari, arteriyalaridan kon ketishi bilan ifodalanadi. Yashirin kon ketish (50 ml gacha) klinik manzara amalda ifodalanmagan bo'ladi, garchi ushbu qon ketishlar xam kamqonlikka olib kelishi mumkin. Yara kasalligini ushbu asorati kon ketish 5-10% xolatlarda uchraydi.

Yashirin qon ketish ko‘pincha surunkali bo‘lib, kapillyarlardan kelib chiqadi, bu zaiflik, temir tanqisligi kamqonligi, gemoglobin va qizil qon tanachalarining kamayishi bilan birga yuzaga chikadi. Oshqozon-ichak traktidan qon ketish manbalari ko‘pincha oshqozon yoki o‘n ikki barmoq ichak yaralari, stress omillar va shilliq qavatning o‘tkir eroziyasi (eroziv gastrit) kabilar bulib xisoblanadi.

Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yaralaridan qon ketish xavfli asoratdir.



8.3-rasm. Gastroduodenal qon ketish

Bu asosan oshqozon (o‘ng yoki chap) arteriyalari tarmoqlaridan qon ketish tufayli yuzaga kelishi mumkin. O‘n ikki barmoq ichak yarasi bo‘lsa unda qon ketish manbai pankreatoduodenal arteriya buladi. O‘tkir yashirin qon ketishda (50 ml gacha) hosil bo‘lgan najas normal rangga ega bo‘lishi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli. Ko‘p qon ketishning aniq belgilari orasida qonli qusish va qon aralashmasi bo‘lgan najas mavjud. Qon qusish (gematemezis) - o‘zgarmagan yoki o‘zgargan qon qusish (kofe quykasi rangida) - oshqozon, qizilo‘ngach va o‘n ikki barmoq ichakdan qon ketish bilan kuzatiladi.

Melena - O‘n ikki barmoq ichakdan 500 ml yoki undan ko‘proq qon yo‘qotganda massiv qon ketish ya‘niy o‘zgargan axlat (qatronsimon axlat) massalari bilan ajralishi - kuzatiladi. Bemor tanasining reaksiyasi qon yo‘qotish hajmi va tezligiga, suyuqlik va elektrolitlarning yo‘qolish darajasiga, bemorning yoshiga, hamroh kasalliklariga, ayniqsa yurak-qon tomir tizimiga bog‘liq. Taxminan 500 ml qon yo‘qotilganda umumiy

serkulyatsiyadagi (UTSQ) kon xajmi 10-15% kamayadi bu odatda yurak-qon tomir tizimiga sezilarli ta'sir qilmaydi.

Umumiy serkulyatsiyadagi (UTSQ) kon xajmi 25% yo'qolishi sistolik qon bosimining 90-85 mm sim.ust ga, diastolik - 45-40 mm sim.ust gacha pasayishiga olib keladi. Massiv qon ketish buyrak nefronlarining filtrlash qobiliyatini pasayishi tufayli gipovolemik shok, yurak-qon tomir va buyrak yetishmovchiligi rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ko'proq qon yo'qotish umumiy serkulyatsiyadagi (UTSQ kon xajmi 20-25% dan ortig'i) o'tkir buyrak yetishmovchiligi, gipoksik miya shishi va qon tomir ichi disseminatsiyalashgan qon ivishining buzilishi bo'lishi mumkin. Ushbu belgilarning barchasi bemorda parenxematoz poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishini olib keladi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi. O'tkir massiv qon yo'qotishning dastlabki belgilari: to'satdan zaiflik, bosh aylanishi, taxikardiya, gipotenziya va ba'zida hushdan ketish, keyinchalik qonli qusish paydo bo'ladi (oshqozon qon bilan to'lganda), keyin esa - melen. Kusishning tabiati (qizil qon, qoramtir kofe quyqasi yoki me'da shirasi xlorid kislota kabilar). Kup marta kayta qon qayt qilish, massiv kon ketish melen paydo bo'lishiga keyinchalik qon ketish qisqa vaqt ichida takrorlanadigan davomli kup mikdordagi qon ketishga sabab bulishi mumkin. Uzoq vaqtdan keyin qonli takroriy qusish qon ketishni qayta boshlanishini belgisidir. Profuz qon ketish pilorik kanalning tez ochilishi natijada ichak harakatining tezlashishi, gilos rangli najasni ajralishi bilan namayon bo'ladi.

Me'da-ichak traktidan o'tkir qon ketishning asosiy belgisi melen bo'lib bu takroriy kon kayt kilishga kura okibati yaxshilik bilan tugaydi. Qon kayt kilish va melenaning bir vaqtda paydo bo'lishi esa yuqori xavf darajasi ehtimoliga ega.

Yoshi kattalarda qon ketish manbai ko'pincha o'n ikki barmoq ichak yarasi, 40 yoshdan oshgan bemorlarda esa oshqozon yarasi hisoblanadi. Qon ketishidan oldin og'riq tez-tez kuchayadi va qon ketish boshlangandan keyin u kamayadi yoki yo'qoladi (Bergman simptomi).

Peptik ogʻriqni kamaytirish yoki toʻxtatish qonning xlorid kislotasini neytrallashtirishi bilan bogʻliq.

Oshqozon yoki oʻn ikki barmoq ichak yarasidan yoki oʻtkir yaradan (stress yara) qon ketish bu uning birinchi belgisi bulib taxminan 10% xolatlarda simptomlarsiz kechishi mumkin. Tekshiruv paytida bemorning qoʻrquvi va xavotiriga eʼtibor bering. Teri oqargan yoki kukimtir, nam, sovuq ter bosgan buladi, pul`s tezlashadi, qon bosimi normal yoki past boʻlishi mumkin tez-tez nafas olish kuzatiladi. Qon yukotish sezilarli darajada boʻlsa bemor chanqaydi va ogʻiz boʻshligʻi shilliq pardalari quruqlashishi qayd etiladi.

Qon ketishining darajasini baholash bemor tashqi, klinik koʻrinishiga asoslanib, yurak urish soni ("Oʻtkir qorin" ga qarang), qon bosimi, qusiq va najas bilan chiqqan qon miqdorini oʻlchash, shuningdek oshqozon shirasi aspiratsiya kilish lozim. Gemoglobin, gematokrit, MVB, UTSK, siydikning soatlik mikdori koʻrsatkichlari qon yoʻqotish va davolash samaradorligini aniq baholash imkonini beradi. Oʻtkir qon ketishning erta bosqichda (bir necha soat) qonni tekshirishda qizil qon tanachalari va gemoglobin miqdori normal darajada qolishi mumkin. Buning sababi shundaki, dastlabki soatlarda qizil qon tanachalari depodan (jigar, taloq) xisobidan kompensatsiya kilinib boriladi.

Davolash va tekshirish usullari. Oʻtkir qon ketish bilan ogʻrigan bemorlarni davolash va tekshirish reanimatsiya boʻlimida oʻtkazilib, Bunda quyidagi ustuvor choralar koʻriladi:

- Yoʻqotilgan kon xajmini toʻldirish uchun umrov osti yoki bir nechta periferik venalarni kateterizatsiya qilish, MVB ni oʻlchash;
- Nazogastral zond kuyish: Bu oshqozonni yuvish va kayta kon ketishni nazorat kilish maksadida;
- Shoshilinch ezofagogastroduodenoskopiya bilan bir vaqtning oʻzida yaraga epinefrin eritmasi sepish, bipolyar elektrokoagulyatsiya qilish va unga metall qisqich (klipsi) qoʻyish yoʻli bilan qon ketishni toʻxtatish; Siydikni nazorat qilish uchun siydik pufagini doimiy ravishda kateterizatsiya qilish (kamida 50-60 ml/soatiga);

Qon ketishni yo‘qotilgan qon xajmiga ko‘ra 4 darajasi farqlanadi:

I darajasi - kam qon yo‘qotadi, gemodinamikaning buzilishlari kam bo‘ladi. Qon tomir urishi biroz tezlashadi, arterial bosim normal. MVB tanqisligi keragidan 5 foizgacha, gemoglobin 100 g/l dan yuqori.

II darajasi - ko‘proq qon yo‘qotadi. Bemorning ahvoli o‘rtacha og‘irlikda, bo‘shashgan, teri qoplamlari rangpar. Qon tomir urishii tezlashgan, arterial bosimi simob ustuni hisobida 80 mm gacha. Gemoglobin 80 g/l gat eng bo‘ladi.

III darajasi — bemorning umumiy ahvoli og‘ir, rangi keskin o‘zgargan, uni sovuq ter bosgan, qon tomir urishii tezlashgan, arterial bosimi simob ustuni hisobida 60 mm gacha pasaygan. MVB tanqisligi keragidan 30 foizgacha, gemoglobin 50 g/l.

IV darajasi — mo‘l qon yo‘qotib, bemor uzoq vaqtgacha hushidan ketadi, bu holat agonal holatga yaqin bo‘ladi. Qon tomir urishi va bosim amalda aniqlanmaydi.

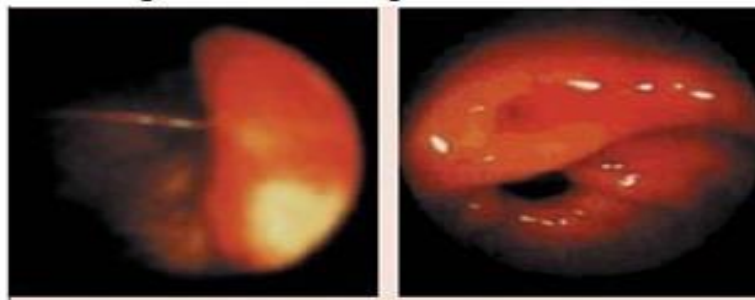
MVB tanqisligi 30 foizdan yuqori. Bunday ko‘p qon yukotishlar bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug‘diradi va zudlik bilan globulyar hajm tanqisligini, qonning plazma hajmini qon quyish, eritrotsitar massa quyish, izotonik eritmalar yuborish bilan to‘ldirishni talab etadi.

Forrest boyicha yaradan qon ketish klassifikatsiyasi

F I tip. Aktiv qon ketish.

I a-Pulsasion arterial qon ketish

I b-Venoz sekin parenxematoz qon ketish



8.4-rasm. A- Pul`satsion arterial qon ketish. B-Venoz sekin parenxematoz qon ketish

Gastraduodenal qon ketishni endoskopik manzarasiga ko‘ra klassifikatsiyasi va uchrash foizlari (J.A. Forrest 1974).

Aktiv qon ketish.

1. Forrest Ia . Pul`satsion arterial qon ketish (100%).
2. Forrest Ib. Venoz sekin parenxematoz qon ketish (80-85%).

Qon ketish xolatiga ko‘ra

1. Forrest IIa Yara usti tromb bilan qoplangan (50%).
2. Forrest IIb Yara usti kon laxtasi yoki tromb bilan qoplangan (40%).
3. Forrest IIs Yara tubida gemorragiya aniqlanadi (5%).

Qon ketish belgilarisiz

1. Forrest III. Yara bor, qon ketishga xos belgilar aniqlanmaydi (1-2%).

Yo‘qotilgan kon hajmini aniqlash va uni to‘ldirish

- kislorodli terapiya;
- gemostatik terapiya;
- autogemotransfuziya (oyoqlarni bintlash);
- Tozalovchi klizma kilish. Bemorni endoskopik tekshiruvga tayyorlash va qon ketishni to‘xtatish uchun me‘dani (taxminan 4°C) sovuq suv bilan yuviladi. Oshqozon tarkibini ma’lum vaqt oralig‘ida aspiratsiya qilish gemostatik terapiya samaradorligini kuzatishga imkon beradi.

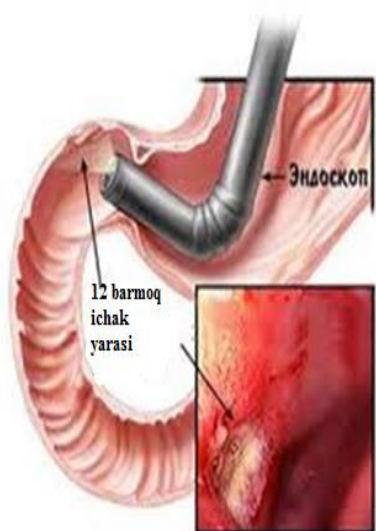
Oshqozon-ichak traktidan qon ketishni o‘pkadan qon ketishdan farqlash kerak, bunda qonli qusish ko‘pikli xarakterga ega, yo‘tal bilan birga keladi va ko‘pincha har xil o‘lchamdagi havo pufakchalari bilan ko‘zga yaqqol tashlanadi.

Davolash usullari. Davolash usulini tanlashda endoskopiya ma’lumotlarini (Forrestga ko‘ra endoskopiya paytida qon ketish bosqichi), qon ketish intensivligini, uning davomiyligini, bemorning umumiy ahvoli va yoshini hisobga olish kerak.

Konservativ terapiya asosan profilaktika va davolashga karatilgan bo‘lib N2-retseptor blokatorlarni, proton pompasi ingibitorlarini (omeprazol) tomir ichiga yuborish orqali xlorid kislotasi ishlab chiqarilishini bloklanadi.

Gemostatik davolash uchun qon ivish xususiyatini oshiradigan va qon ketayotgan sohadagi qon oqimini kamaytiradigan dori-darmonlar qo'llaniladi: 1) quruq va nativ plazmani 20-30 ml dan har 4 soatda bo'lib-bo'lib yuborish; 2) 1% li vikasol eritmasini sutkasiga 6-8 ml gacha mushak orasiga yuborish; 3) vena ichiga 1 % li kal'tsiy xlorid eritmasi yuborish (uning 10% li eritmasini yuborishdan saqlanish kerak, chunki u qayta qustirib qon ketishini kuchaytiradi); 4) jelatinol, polivinolni vena ichiga yuborish; 5) Aminokapron kislota 5% li eritmasini 100- 200 ml dan har 5-6 soatda yuborish; 6) qon ivish sistemasini yaxshilashga yordam beradigan ditsinon, pituitrin va boshqa preparatlarning eritmalarini vena ichiga yuborish. Umumiy statusni qat'iy nazorat qilib turgan holda korrektsiya qilinishi kerak. Infuzion terapiya gemodinamikani normallashtirish, to'qimalarning yetarli darajada adekvat perfuziyasini ta'minlash maqsadida o'tkaziladi. Bunga umumiy serkulyatsiyadagi qon (UTSK) hajmini to'ldirish, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash, tomir ichidagi agregatsiyani normallashtirish, mikrotrombozlar shakllanishini oldini olish, plazma onkotik bosimini saklab turish, suv-elektrolitlar va kislota-ishkor balansini detoksifikatsiya qilish kabilar kiradi.

Agar ichkarida dori-darmonlarni qabul qilish mumkin bo'lsa, endoskopiya yordamida qon ketishini to'xtatishga hissa qo'shadigan moddalarni (etanol, etamzillat va boshqalar) yaraning yaqinidagi submukozali bazaga kiritish, kichik taxakomb plastinkasini qo'llash -



gemostatik sintetik material yoki tibbiy yelim (kley), qon ketadigan tomirni koagulyatsiya qilish (elektrokoagulyatsiya bipolyar elektr yordamida, argonoplazmenli koagulyatsiya), Aksariyat hollarda (taxminan 90%) o'tkir qon ketishini konservativ choralar yordamida to'xtatish mumkin.

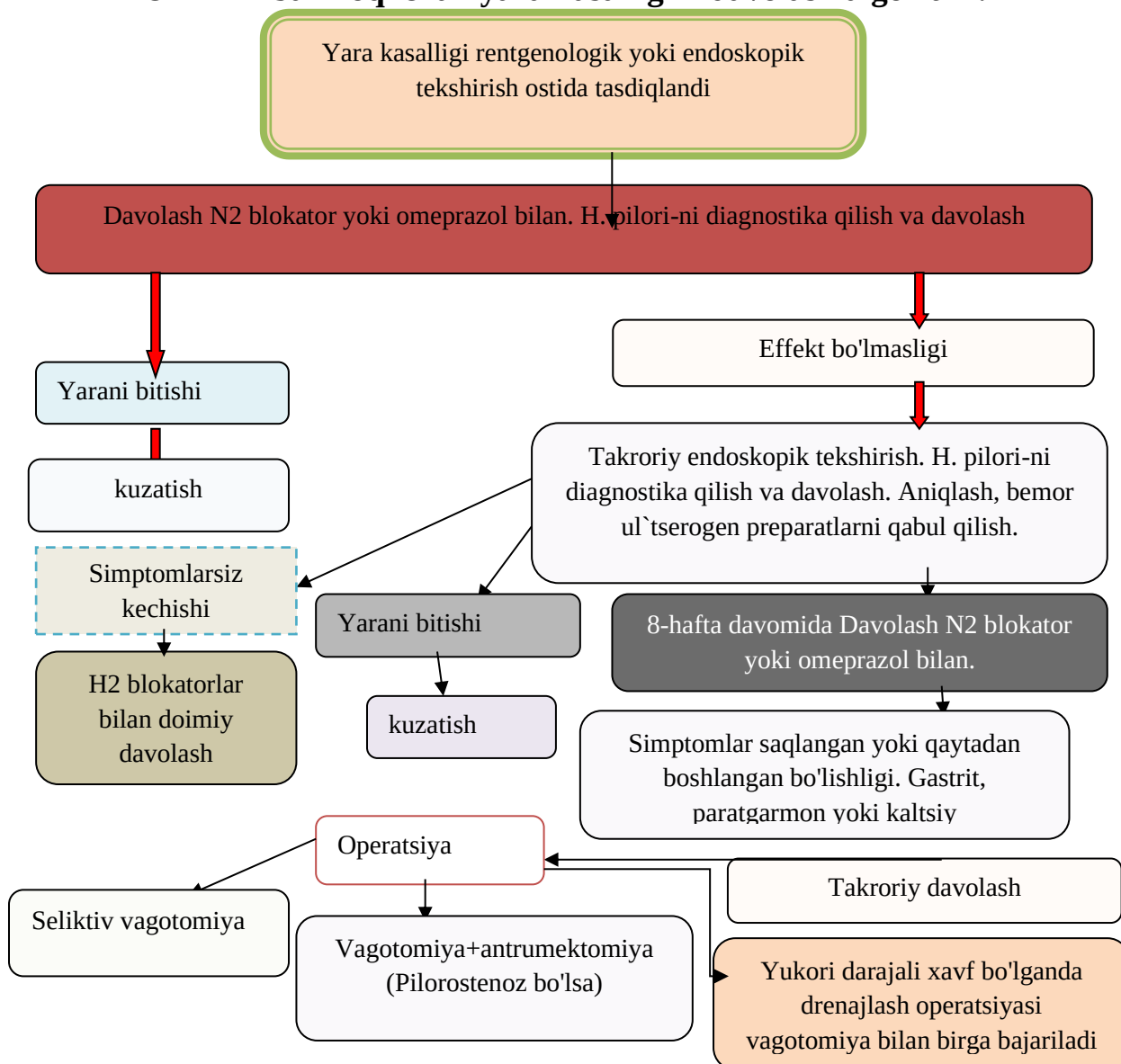
8.5-rasm: Endoskopik krioterapiya.

Infuzion terapiya gemodilyutsiyaga erishishga yordami beradi (gemoglobin miqdori kamida 100 g/l, gematokrit esa 30% atrofida bo'lishi kerak). O'rtacha gemodilyutsiya qonning reologik xususiyatlarini, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi, qon oqimiga periferik tomirlarning qarshiligini pasaytiradi va natijada yurak ishini osonlashtiradi.

Infuzion terapiya mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydigan reologik eritmalar quyilishi bilan boshlanishi kerak. Yengil qon yo'qotilganda, plazma o'rnini bosadigan eritmalar 400-600 ml gacha tuz va glyukoza saqlavchi eritmalar qo'yiladi.

8.1-jadval

Xirurgik davolash: O'n ikki barmoq ichak yara kasalligini davolash algoritmi.



O'rtacha qon yo'qotishda, donor qonining tarkibiy qismlari bo'lgan plazma o'rnini bosuvchi eritmalar kiritiladi. Infuziyaning umumiy hajmi bemorning tana vazniga 30-40 ml/kg ni tashkil qiladi, og'ir qon yo'qotish va gemorragik shok holatida infuzion terapiya vositalarining umumiy dozasi yo'qotilgan qon miqdoridan o'rtacha 200-250% ga oshishi kerak.

Onkotik qon bosimini ushlab turish uchun oqsil preparatlarini vena ichiga yuborish qo'llaniladi.

Infuziyaning taxminiy hajmini markaziy venoz bosim (MVB) va siydikning soatlik chiqishxajmi bilan aniqlash mumkin (terapiyadan so'ng u soatiga 50 ml dan oshishi kerak). Gipovolemiyani korrektsiya qilish markaziy gemodinamikani yaxshilaydi. Qonni kislorodga to'yintirish sig'imi yetishmovchiligini bartaraf etish uchun bilan to'qimalarni yetarli darajada perfuziya qilishga erishish kerak. Bemorga qon ketishi to'xtagandan keyin ham 10-12 kungacha o'rinda yotish tavsiya etiladi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasini jarrohlik yoki medikamentoz yo'l bilan davolash deyarli bir xil. Bu agressiv kislota-peptik omilni yo'q qilishga va oshqozon-ichak traktining asosiy qismlariga oziq-ovqatning erkin o'tishiga sharoit yaratishga qaratilgan. Ushbu maqsadga turli yo'llar bilan erishish mumkin.

- Organni saqlab qolish va bir necha ko'rinishdagi vagotomiya bilan birgalikda.

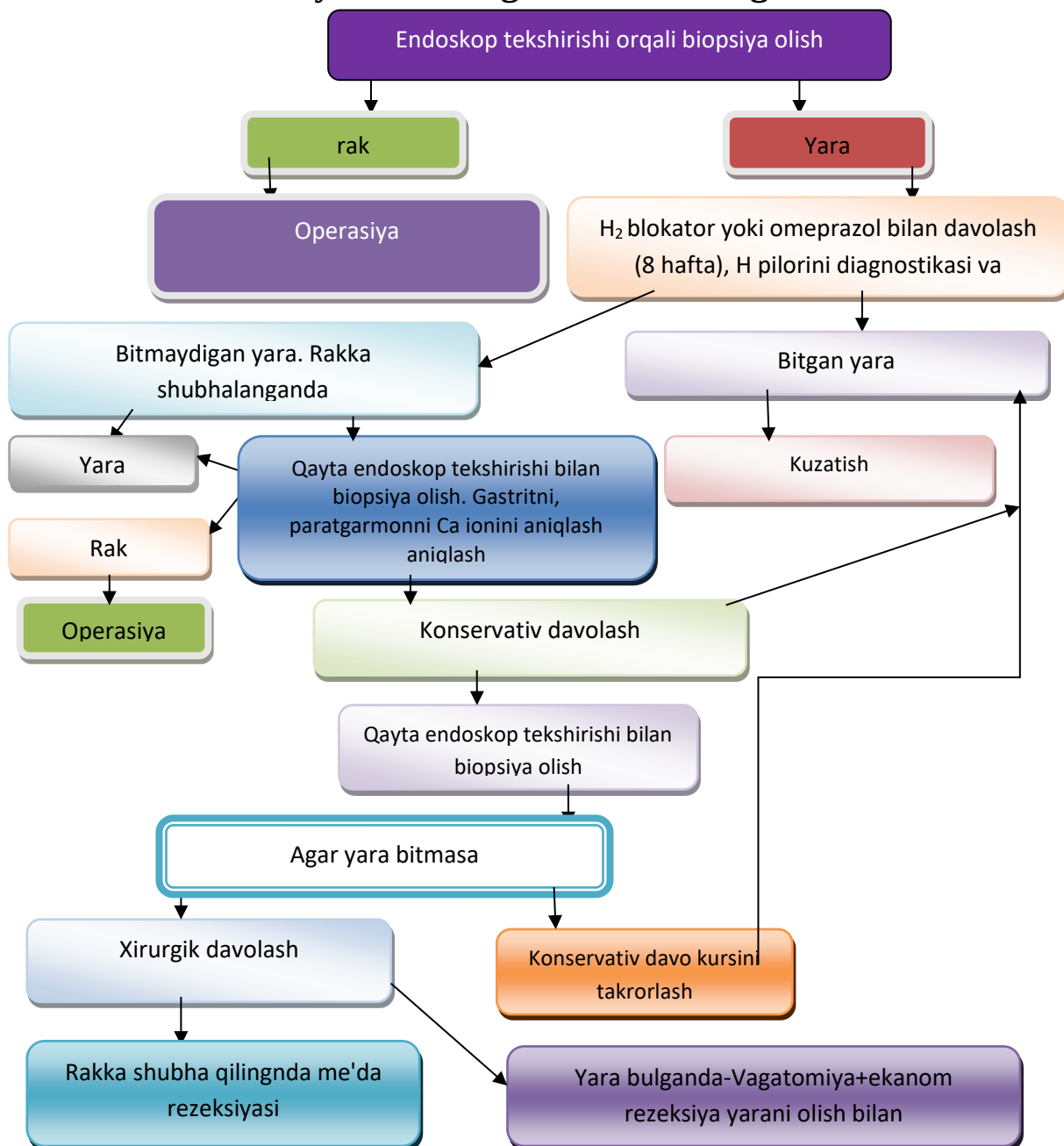
- Keng ko'lamdagi (subtotal) me'da rezektsiyasi.
- Qo'shma operatsiya-me'da ekonom rezektsiyasi bilan vagotomiya.

Xirurgik davolash asosan absolyut (mutlaq) yoki nisbiy ko'rsatma asosida amalga oshiiriladi.

- Absolyut ko'rsatma: Perforatsiya, profuz yoki retsidiv gastroduodenal qon ketish va piloroduodenal stenoz.

- Nisbiy ko'rsatma:

- Yarani kisman retsidivlanishi, Konservativ terapi yetarli darajada bajarilmaganda;

Me'da yara kasalligini davolash algoritmi**Xirurgik davolashga ko'rsatma**

- Uzoq muddat bitmaydigan yaralar, konservativ terapiyaga karamasdan bitmaydigan yaralar, yara rezistentligini oshishi hamda og'riq, qayt qilish va yashirin qon ketish kabi klinik simptomlarni doimiy bezovta qilishi;
- Bemor anamnezidan uzluksiz adekvat terapiyadan keyin ham takroriy qon ketish kuzatilsa;

- Me'dani kallez va penetratsiyalangan yarasi, konservativ adekvat terapiya bajarilsada 4-6 oy davomida chandiqlanmaydigan yaralar;

-Perforatsiya (teshilgan yara) uragan yara tikilgandan keyin ham retsidiv yara kuzatilsa;

- Me'da shirasi yukori kislotali muxitida ko'p sonli yaralarning mavjudligi;

- Sotsial ko'rsatma (to'liq regulyar medekamentoz davolanish uchun dori vositalarini yuqligi) yoki bemorni xirurgik davolashdan bosh tortishi.

- medikamentoz terapiya uchun kerakli dori komponentlarini uzluksiz bo'lmasligi.

Agarda 3-4 marta adekvat ravishda medikamentoz davolanishdan keyin xam uzog'i bilan 2-4 yilga kasallik remissiya bersa, ushanda bemor ka'tiy turib operativ davoni talab qilganda.

Shoshilinch jarrohlik usuliga ko'rsatma aktiv kon ketish (Forrest-I) bulib xisobalanadi, uni endoskopik usul bilan to'xtatish mumkin emas; qon ketishi boshlangandan boshlab uni erta bosqichlarda bajarish kerak, chunki kech aralashuvlarning okibatida bemor axvoli keskin yomonlashadi. Gemorragik shok va davomli qon ketish bilan massiv kon quyilib operatsiya o'tkazilgan bemorlarda, plazma o'rnini bosuvchi eritmalar va boshqa shokka qarshi choralar amalga oshiriladi.

Kechiktirib bo'lmaydigan jarrohlik usuliga ko'rsatma: konservativ choralar naf bermaganda, qon quyish (kuniga 1500 ml gacha) bemor ahvolini yaxshilamaganda va Forrest-II A bilan endoskopik gemostazga urinish muvaffaqiyatsiz tugaganda.

Agar oshqozon yarasidan qon ketayotgan bo'lsa: Ru yoki Bil`rot-I ga usulida selektiv vagotomiya me'da ekonom rezekeksiya bilan gastroeyunal anastomoz shakllantirish operatsiyasini tavsiya qiladilar.

O'rta og'ir darajadagi bemorlarda kamroq travmali operatsiyalar afzalroqdir jumladan: Ustunli (stvolli) vagotomiya, gastrotomiya va piloroplastika. Va nihoyat, o'ta og'ir ahvolda, qon ketayotgan tomirni teshib gastrotomiya qilish yoki yarani kesib olib, keyinchalik kon ketayotgan tomirni tikish mumkin.

O‘n ikki barmoq ichak yarasidan qon ketganda, ustunli vagotomiya, qon ketadigan tomirni tikish va piloroplastika bajariladi. O‘n ikki barmoq ichak va oshqozon yarasi qo‘shilib kelaganda, tomir vagotomiyasi Ru bo‘yicha antrumektomiya va anastomoz shakllantirish бажарилади.

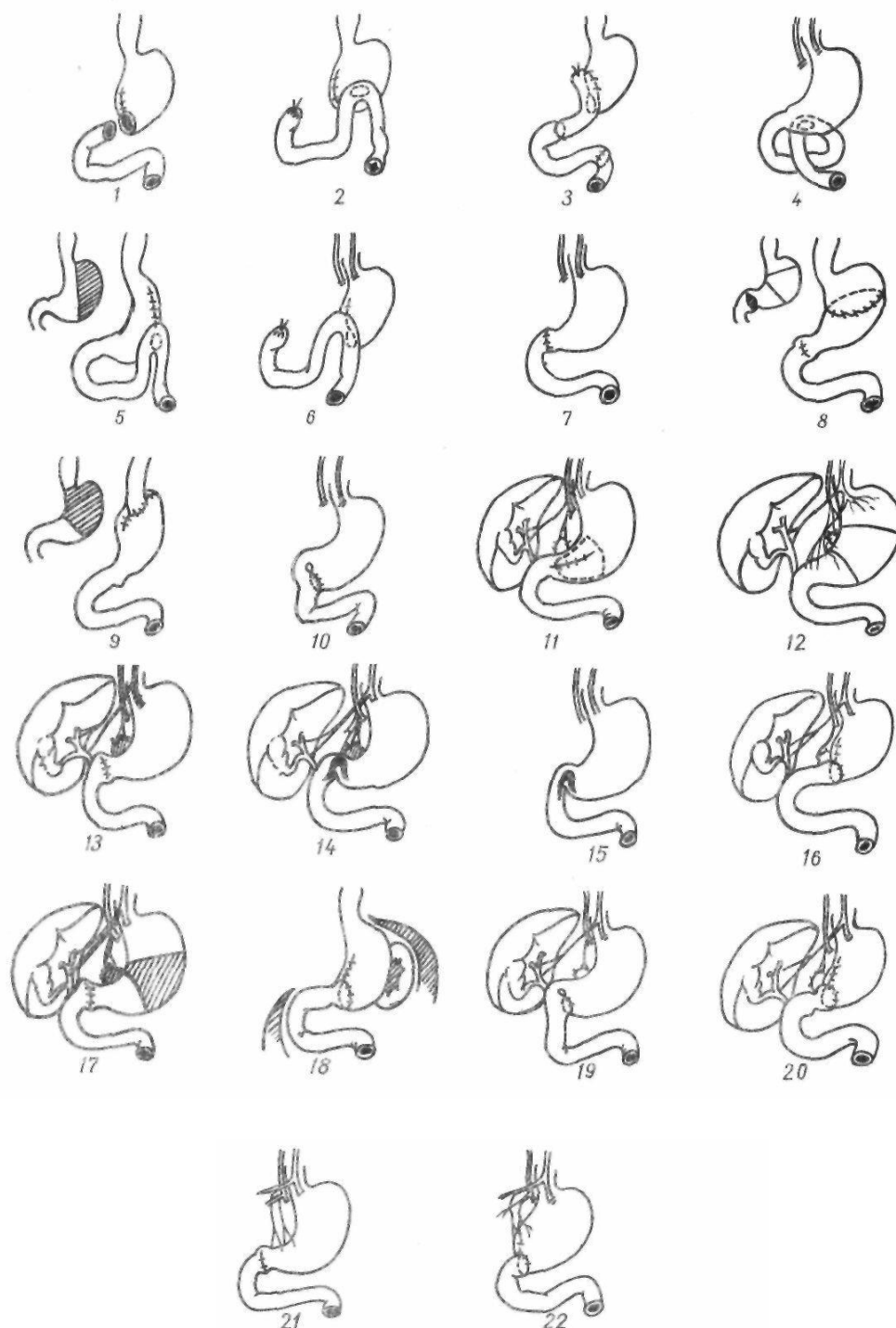
Agar konservativ terapiya samarali bo‘lsa va qon ketmasa bemorlarni 2-4 hafta davomida yarani bitishiga dori vositalari, periul`tseroz yallig‘lanishga karshi dori preparatlari ko‘llaniladi, shundan so‘ng rejali operatsiya qilinadi. Jarrohlikdan keyingi o‘lim darajasi 5 dan 15% gacha. Mellora-Veyssa sindromida shilliq qavat nuqsonini tikish bilan gastrotomiya amalga oshiriladi. Blekmor zondidan foydalanish shilliq qavatning yorilishiga olib kelishiga mumkin. Eroziya (eroziv gastrit) va stress yaralardan qon ketish xavfli bo‘lishi mumkin. Shilliq qavatining kattaligi 2-3 mm bo‘lgan kichik yuzaki ko‘p sonli bo‘lgan eroziyalar asosan oshqozonning proksimal qismida joylashgan bo‘ladi. Eroziya va stress yaralarni paydo bo‘lishidan oldin mexanik shikastlanish, keng hajmli kuyish, shok, gipoksiya, katta travmatik operatsiyalar, ekzogen va endogen intoksikatsiya tufayli bo‘ladi. Eroziv gastritning asosiy sababi - mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi, oshqozon devorining kapillyar o‘tkazuvchanligi va ishemiyasi xamda gipoksiyasidir.

Shilliq qavat shishgan bo‘lib, odatda bir nechta kontalash va kon kuyilish bilan qoplanganligi kurinadi. Shilliq kavat ximoyasi bikarbonat to‘sig‘ining zaiflashishi fonida, xlorid kislotasi va pepsin bilan shilliq qavatning shikastlanishi kuzatiladi. Mikrotsirkulyatsiyaning buzilishida va shilliq qavatning shikastlanishida vodorod ionlarining diffuziya kaytishi muhim rol o‘ynaydi.

Tashxis klinik va tipik endoskopik ma’lumotlarga ko‘ra amalga oshiriladi. Oshqozon osti bezida gastrinomalar, parakalkonsimon bez usmasi,, giperparatireoiz va eroziv gastrit, oshqozon yarasi qon ketish bilan birga bo‘lishi mumkin bo‘lgan MEN-I va MEN-IIA sindromlari.

Davolash odatda konservativ hisoblanadi. Antisekretor dori-darmonlarni buyurish: kapillyarlarga mahalliy ta’sir qilish uchun proton pompasi ingibitorlari (omeprazol), N2 gistamin blokatorlari (famotidin),

antatsidlar, ichidagi epinefrin eritmasi (epinefrin oshqozondan soʻrilmaydi).



8.15-rasm. 12-barmoq ichakni xirurgik davolash usullari. 1-Bilʼrot-I usulida rezeaksiyasi; 2—Bilʼrot-II usulida rezeaksiyasi; 3- Zaxarov usulida meʼda rezeaksiyasi ingichka ichak bilan anastamoz kuyish; 4. Dragstedt stvolli vagotomiya gastroenterostomiya bilan; 5 - dna jeludka Wangensteen usulida meʼda tubi rezeaksiyasi gastroenterostomiey bilan;

6- Bil`rot-II usulida rezeksiyasi vagotomiya bilan; 7- Geyneke — Mikulichu (po Weinberg) stvolli vagotomiya piloro-plastika bilan; 8- Wangenstein me`da tanasini segmentar rezeksiyasi piloroplastika bilan; 9 Deloyers usulida me`da proksimal rezeksiyasi; 10-Lagrot usulida stvolli vagotomiya gastroduodenostomiya bilan, 11-Martin, Kirk, Grassi selektiv vagotomiya shilliqli antrumektomiya; 12-Ferguson usulida me`dani segmentar rezeksiyasi me`dani antral`noy kismi innervatsiyasi bilan; 13-Geyneke—Mikulichu, Burge usulida selektiv vagotomiya piloroplastika bilan 14-Finneyu Griffith usulida selektiv vagotomiya piloroplastika bilan; 15-Finneyu Hendry stvolli vagotomiya piloroplastika bilan; 16- Bil`rot-1 Harkin, Nyhus usulida selektiv vagotomiya antrumektomiya bilan; 17- Wangenstein -Bern usulida selektiv vagotomiya me`da segmentar rezeksiyasi piloroplastika bilan; 18- A. A. Shalimov buyicha me`da rezeksiyasi pilorik kanal saklangan xolda; 19- Schreiber selektiv vagotomiya gastroduodenostomiya bilan, 20-A.A. Shalimovu selektiv vagotomiya, antrumektomiya pilorik kanal saklangan xolda; 21- Geyneke—Mikulichu,Holle selektiv proksimal vagotomiya piloroplastika bilan, 22- Bil`rot-1 usulida me`da rezeksiyasi, Holle buyicha selektivnaya proksimal vagotomiya.

Qon ketishini to`xtatish va qon quyqalarini olib tashlash uchun oshqozon vaqti-vaqti bilan sovuq suv bilan yuviladi (taxminan 4°C haroratda). To`liq dastur intensiv terapiyani o`z ichiga oladi. Qonning eroziyasi va oshqozon yarasi endoskop orqali kaogulyatsiya qilish. Davolashning muvaffaqiyati darajasi 90% ni tashkil qiladi. Jarrohlikka ehtiyoj kam. Tanlangan proksimal vagotomiyani, ba`zida defektni tikish va kamdan-kam hollarda me`da rezeksiyasini qo`llash mumkin.Qon ketish sababi, uni ayni paytdagi xavf darajasini differentsial diagnostika qilishda, hozir shoshilinch Ezofagogastroduodenofibroskopiya tekshiruvi katta ahamiyat kasb etadi. Shuningdek markaziy venoz bosimni (MVB) ni o`lchash; me`dani zondlash, o`mrov osti venasini katetirlash va uni sovuq suv yoki aminokapron kislota bilan yuvish lozim.Shoshilinch operatsiyaga ko`rsatmalar bo`lmaganda keyingi

taktika va operatsiya usulini tanlash aniqlanmagan o'zgarishlarga, bemorning ahvoriga bog'liq bo'ladi.

Piloroduodenal stenoz

Yaraddan keyingi chandiqli torayish o'n ikki barmoq ichak boshlanish qismi yoki oshqozon pilorik qismida bemorlarning 10-40% da rivojlanadi. Buning sababi odatda o'n ikki barmoq ichak yaralari, kamroq prepilorik yaralar va pilorik kanalning yaralari hisoblanadi.

Stenozning shakllanishida yaraddan keyingi chandiq, ayrim hollarda o'n ikki barmoq ichakning yallig'lanishli infiltrati bilan bosilishi, shilliq qavatning shishishi tufayli ichakning torayishi yuzaga keladi.

Torayish sabablari va darajasi gastroduodenoskopiya, biopsiya va rentgen tekshiruv yordamida aniqlanadi. Oshqozonda evakuatsiya qilish qiyinchilik tug'diradi, natijada shunga javoban, mushak qavati gipertrofiyaga uchraydi. Kelajakda mushaklarning qisqaruvchanlik qobiliyati zaiflashadi va oshqozon kengayishi (gastrektaziya) paydo bo'ladi.

Piloroduodenal stenozi klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Klinik kechishiga ko'ra 3 bosqichga bo'linadi

- I - Kompensasiya;
- II - Subkompensasiya;
- III – Dekompensasiya:

Kompensatsiya bosqichi aniq klinik belgilarga ega emas. Yara kasalligining odatiy belgilari, bemorlarda ovqatlangandan keyin epigastral sohadagi bi oz og'riq, oshqozonda og'irlik hamda to'lishish hissi, zarda va kekirish qayd etiladi. Vaqti-vaqti bilan qusish (me'da shirasi bilan) kuzatilib bu bemorga engillik beradi

Subkompensatiya bosqichida, bemorlarda ovqatlangandan keyin epigastral sohadagi og'riq va to'lishish hissi kuchayadi, oshqozonda oziq-ovqatning uzoq vaqt ushlanishi tufayli palag'da tuxum hidi paydo bo'ladi. Ko'pincha vizual qaraganda qorin bo'shlig'ida chayqalish shovqini bilan birgalikda oshqozon to'lqinsimon peristaltikasini kuchayganligini aniqlash mumkin. Deyarli har kuni ko'p miqdorda

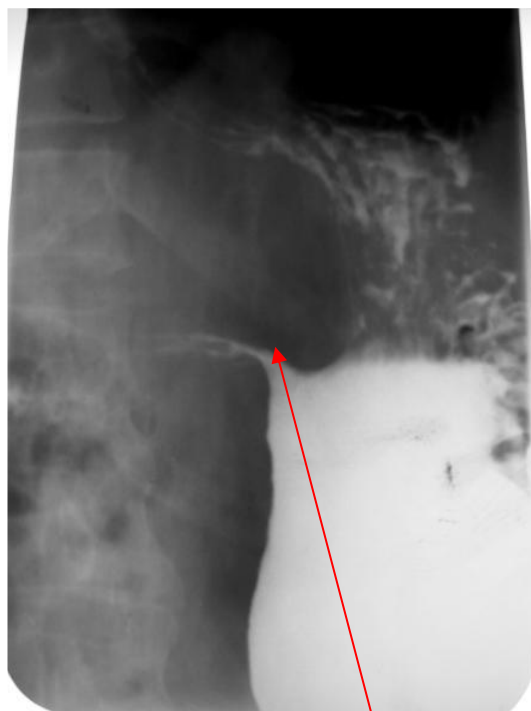
qusish, yohud sun'iy ravishda barmoq yordamida majburiy qusish chaqiradilar natijasida bemorlar tana massasini kamayishi kuzatiladi

Dekompensatsiya bosqichida gastrostaz, oshqozon atoniyasi rivojlanadi. Oshqozonning kattalashishi uning devorini yupqalashishiga shuningdek motor-evakuator funksiyasini yo'qolishiga olib keladi. Bemorning ahvoli sezilarli darajada yomonlashaib sutkalik diurezning miqdori kamayishi kuzatiladi. Teri quruqlashib turgorligi kamayadi. Og'iz bo'shlig'I, tili va shilliq pardalari quruqlashadi. Bemor qorin old devori ko'zdan kechirilganda cho'zilgan oshqozonning konturlari ko'rinishi mumkin. Qorin devorining qo'l bilan nuqtasimon bosilganda oshqozonda tomchi yokim chayqalish shovqini eshitiladi.

Rentgenologik tekshiruvda birinchi bosqichda oshqozon bir oz kengayganligi, uning peristaltikasini kuchayganligi va pyloroduodenal sohaning torayishi aniqlanadi shuningdek bemorga contrast modda bariy bo'tqasi (BaSO_4) ichkizilib tekshirilganda BaSO_4 8-12 soat davomida me'dada saqlanib qolsa bu holat kompensatsiya, 12-24 soat davomida saqlanib qolsa subkompensatsiya, 24-72[<] va undan ortiq vaqt soat davomida saqlanib qolsa dekompensatsiya bosqichi deb baholanadi (8.16-rasm).



8.16-rasm. Me'dada bariy (BaSO_4) bo'tqasi



8.17-rasm. Pilorik kanalni toraygan ko‘rinishi

Pyloroduodenal sohaning chandiqli torayish darajasi endoskopik tekshiruv bilan aniqlanadi. I bosqichda pyloroduodenal kanal diametri 1 sm-dan 0,5 sm gacha qisqarganligi; II bosqichda oshqozon cho‘ziladi, pyloroduodenal kanal esa chandiqli deformatsiya tufayli 0,5 sm-dan dan 0,3 sm gacha torayashi kuzatiladi. Me‘da peristaltik aktivligi kamayadi. III bosqichda oshqozon katta hajmga bo‘lib uning shilliq qavatning atrofiya rivojlanadi.

Pyloroduodenal stenozli bemorlarda og‘iz orqali normal ovqatlanish etarli bo‘lmaydi chunki qayt qilish natijasida ko‘p miqdorda me‘da shirasi, ovqat massalari bilan H, K, Na, Cl ionlari va oqsilni chiqib ketishi tufayli organizmda suvsizlanish, progressiv ozish, elektrolitlar muvozanatining buzilishi (gipokalemiya, gipohloremiya va giponatremiya) va kislota-asos muvozanatini (metabolik alkaloz) kuzatiladi.

Suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishi belgilari: bemorni gorizontal holatidan vertikal holatga o‘tkazganda kollaps, bosh aylanishi, puls tezlashishi, qon bosimining pasayishi, terining oqarishi va sovuq ter bosishi bilan diurezning kamayishi kabilardir. Gipokalemiya (K^+ konsentratsiyasi 3,5 mmol/lr dan past) klinik jihatdan mushaklarning

zaifligi bilan namoyon bo‘ladi. Plazmadagi K^+ darajasini 1,5 mmol/lr-gacha kamayishi qovurg‘alararo mushak nervlari va diafragmning falajiga, nafas olish va yurak faoliyatini to‘xtatishiga olib kelishi mumkin. Hipokalemiyada qon bosimining pasayishi (asosan diastolik), yurak ritmining buzilishi, yurak chegaralarining kengayishi, uning cho‘qqisida sistolik shovqin eshitilishi kuzatiladi. Sistolik qisqarish vaqtida yurak to‘xtashi mumkin. EKGda Q-T intervalining uzayishi, T tishchaning amplitudaning kamayishi va tekislanishi, U. tishchaning paydo bo‘lishi aniqlanadi/ Hipokalemiya fonida dinamik ichak tutilishi kuzatilishi mumkin.

Suvsizlanish natijasida buyrakda qon oqimi kamayadi, glomerular filtratsiya va diurez kamayadi, azotemiya bo‘ladi. Buyrak etishmovchiligi tufayli kislotali metabolik mahsulotlar qondan chiqarilmaydi. Qonning pH miqdori kamayadi, hipokalemik alkaloz asidozga aylanadi. Gipokalemiya giperkalemiya bilan almashinadi. Shu bilan birga, bemorlarda aniq hipoxloremiya mavjud. Qonda elektrolitlar tarkibining buzilishi neyromuskulyar qo‘zg‘aluvchanlikka ta’sir qiladi. Og‘ir holatlarda, hipoxloremiya fonida, oshqozon tetaniyasi rivojlanadi- umumiy titroq, trizm, qo‘llarning qisqarishi ("akusher qo‘li" - Trusso belgisi), yuz nervi stvoli (ustun) ga urilganda yuz mushaklarining qisqarishi (Xvostik simptomi) musbat bo‘ladi.

Hipoxloremik va hipokalemik alkaloz, azotemiya bilan birga kelsa to‘g‘ri davolash to‘g‘ri bo‘lmasa, bemor hayotiga xavf solish mumkin.

Differensial diagnostikasi

Pyloroduodenal stenoz yara keyingi stenoz, oshqozon chiqish qismi o‘smalari tufayli stenozlardan ajralib turishi kerak. Buning uchun endoskopik (shu jumladan biopsiya olish,) va rentgenologik tekshiruvlar diagnozni tasdiqlashga imkon beradi. Pyloroduodenal subkompensatsiyalashgan yoki dekompensatsiyalashgan stenozning mavjudligi operatsiya uchun mutlaq ko‘rsatma hisoblanadi.

Davolash

Bemorda yara kasalligini qo'zishi, kompensatsiya yoki subkompensatsiyalashgan stenoz belgilari bo'lgan bemorlar 2-3 hafta davomida konservativ yaraga qarshi davolanish kursini o'tkazadilar. Natijada, pilorik kanal va o'n ikki barmoq ichakning boshlang'ich qismidagi shilliq qavatining shishi yo'qoladi hamda periulseroz infiltrate kamayadi. Shu bilan bir vaqtda, suv-electrolyte balansi va oqsil almashinuvi bartaraf etiladi. Jarrohlik xavfi kamayadi.

Kompensatsiyalashgan stenoz bilan bemorlarni qisqa (5-7 kun) davomida intensiv yaraga qarshi davolash lozim. Subkompensatsiyalashgan yoki dekompensatsiyalashgan stenoz bo'lgan bemorlarda suv-electrolyt va kislota-asos muvozanat buzilishi aniqlanadi, ushbu holatda operatsiyadan keying davr og'ir o'tmasligi uchun ko'proq operatsiyadan oldin puxta tayyorgarlik talab etiladi.

- Suv-elektrolitlar buzilishlarini normallashtirish oqsilga boy eritmalarini, K, Na, C1 ionlarini vena ichiga quyish yo'li bilan amalga oshiriladi. Kaliy preparatlarini faqat diurez tiklangandan va qondagi tarkibini aniqlangandan keyin buyurish mumkin. Suv muvozanatini saqlash uchun bemorga izotonik dekstroz eritmasi, zamonaviy plazma o'rnini bosuvchi eritmalar yuboriladi. Davolashning samaradorligini bemorning umumiy ahvoli, gemodinamik ko'rsatkichlari (puls, qon bosimi, MVB, shok indeksi, soatlik diurez, UQH), kislota asos ko'rsatkichi, plazma elektrolitlari kontsentratsiyasi (K, Na, C1), gemoglobin, gematokrit, kreatinin qondagi mochevina holatiga qarab aytish mumkin.

Parenteral yoki zondli enteral oziqlantirish, dekstroz, aminokislotalar, yog 'emulsiyasi va boshqalarni kiritish orqali tananing energiyaga bo'lgan ehtiyojlarini ta'minlaydi.

- Yaraga qarshi to'liq davolanish.
- Oshqozonni muntazam ravishda dekompressiyalash (me'da suyuligini zond orqali aspiratsiya qilish).

Stenoz bo'lgan soha orqali o'tuvchanlikni tiklash to'g'risida, oshqozonga kiritilgan natriy xloridning izotonik eritmasini (500-700 ml) evakuatsiya tezligi bilan hisoblash mumkin. Agar yuborilgan

miqdorning yarmidan ko‘prog‘i aspiratsiya paytida eritma kiritilgandan 30 minut o‘tgach oshqozonda qolsa, u holda o‘tuvchanlik hali tiklanmagan. Sinamani vaqtincha zondlash bilan aniqlash mumkin. Shu maqsadda, ehtimol, oshqozon tarkibini to‘liq aspiratsiya qilish amalga oshiriladi va sinama (zond yopiladi) to‘xtatiladi. Agar oshqozonda 4 soat ichida 100 ml dan kam shira to‘planib qolsa, u holda o‘tuvchanlik qisman tiklanadi. Bilvosita, o‘tuvchanlikning yaxshilanishi aspiratsiya paytida oshqozondan chiqadigan miqdorning kamayishi bilan namoyon bo‘ladi. Bunday holda siz og‘iz orqali ovqatlanishni boshlashingiz mumkin. Ushbu sinama bemor takroriy rentgen tekshiruvidan bosh tortganda imkon beradi.

Hirurgik davolash

Piloroduodenal zonaning etarlicha patentsiyali kompensatsiyalangan stenozida duodenoplastika yoki piloroplastika yordamida tanlab proksimal vagotomiya bajarilishi mumkin. Dekompensatsiyalangan stenoz va II tipli yaralar bilan, piloruodenal stenoz bilan bir qatorda, Ru yoki Billrot-Iga ko‘ra me‘da rezektsiyasi va magistral vagotomiya, anastomoz ko‘rsatiladi. Subkompensatsiyalangan stenoz bilan ikkala vagotomiyani ham drenajlash operatsiyasi bilan, shuningdek, stagotaj vagotomiyasi bilan oshqozonni iqtisodiy rezektsiyalash mumkin. Bu oshqozonning kontraktil funksiyasini saqlab qolish darajasiga bog‘liq va har bir holatda alohida-alohida hal qilinadi.

O‘n ikki barmoq ichakning stenozida to‘g‘ri tanlangan jarrohlik amaliyoti uzoq muddatli ijobiy natijalarni asoratlanmagan yaralarni davolashdagi ijobiy natijalardan farq qilmaydi.

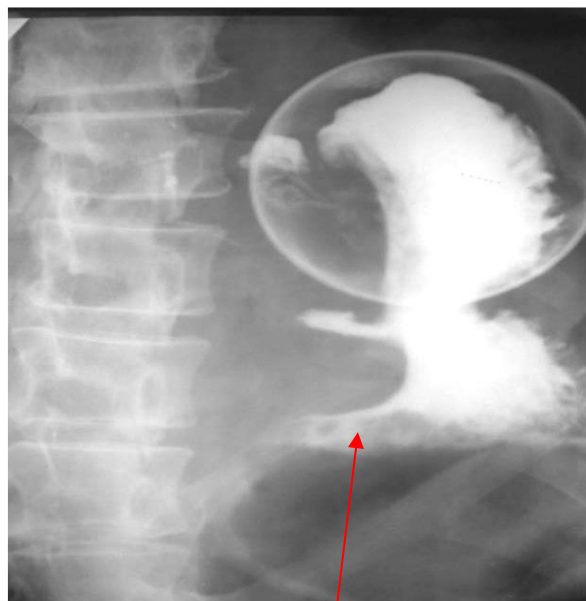
Yara penetrasiyasi

Yara penetrasiyasi jarayoni oshqozon yoki o‘n ikki barmoq ichakning devoridan qo‘shni a‘zolariga: jigar, oshqozon osti bezi bosh qismiga, kichik charviga, o‘sib kirib borishi tushiniladi.

Ko‘pincha yaraning kamroq kichik charviga, me‘da osti bezi bosh va tana qismiga, jigarga, gepatoduodenal boylamga, yo‘g‘on ichakka hamda qorin old devoriga penetrasiyasiyalanishi aniqlanadi.

Klinik ko‘rinishi va diagnostikasi

Penetrasiyalashgan yaralar doimiy intensiv og‘riq bo‘lib, oziq-ovqat iste‘mol qilishdan keyin ham, antatsid preparatlarini qabul qilishdan keyin ham kamaymaydi. Ko‘ngil aynishi va qusish kuchayadi. Ba‘zi hollarda yallig‘lanish belgilari paydo bo‘ladi, bu subfebril harorat, leykotsitoz va EChT ni oshishi bilan tasdiqlanadi. Oshqozon osti beziga yaraning o‘rib kirib borishi bilan bel og‘rig‘i paydo bo‘ladi, bu ko‘pincha belbog‘simon harakterda bo‘ladi. Oshqozon tanasiga yarani Penetrasiyalanishi og‘riqni ko‘krakning chap yarmiga, yurak sohasiga irradiasiyalanishi bilan namayon bo‘ladi. Yarani oshqozon osti bezi boshiga, gepatoduodenal boylamga o‘rib o‘tishi obturasion sariqlik rivojlanishi olib keladi. Penetrasiyalashgan yaraning rentgenologik belgisi oshqozon yoki o‘n ikki barmoq ichakda “Nisha” simptomining musbatligidadir. (8.18-rasm).



8.18-rasm. “Nisha” simptomi

Diagnoz endoskopik tekshiruv yordamida yaraning chetidan biopsiya olish bilan tasdiqlanadi.

Davolash: Penetrasiyalashgan yarani konservativ davolash samarasiz. Penetrasiyalashgan yarani jarrohlik davolash maqsadga muvofiq. Qoida tariqasida, me‘da yara bilan rezektsiyasini bajarish yoki uning krateridan qoldirish mumkin. Ba‘zi mamlakatlarda ustunli

vagotomiya bilan antrumektomiya shu bilan birgalida me'da yarasini konservativ davolash "oltin standart" hisoblanadi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak o'sma kasalliklari

O'sma kasalligi me'dani barcha qavatlaridan yuzaga keladi. Kelib chiqishiga ko'ra epithelial va noepithelial guruhlariga bolinadi. Ushbu guruhlar yaxshi va yomon sifatli o'smalarga ajratiladi. Yomon sifatli o'smalar eng ko'p uchraydigani 98% - me'da saratoni hisoblanadi, yaxshi sifatli o'smalar 2% holatlarda uchraydi. Barcha hazm traktidagi o'smalar asosan 20% holatlarda me'dada uchraydi.

Me'da o'smalari. Me'da saratoni – me'da shilliq qavati epiteliy hujayralaridan kelib chiqqan xavfli o'smadir. Bemorlarning ko'p qismi 50 yoshdan oshgan bemorlar guruhiga kiradi. Erkaklar ayollarga nisbatan ko'prok kasallanadi. Jarrohlik usulida davolash samaradorligi kasallikni kech aniqlanishi sababli hanuzgacha past effektiv ko'rsatkichda qolmoqda. Kasallikni erta bosqichlarida radikal jarrohlik amaliyoti o'tkazish to'liq sog'ayishga olib kelishi mumkin. Jarrohlik usulida davolash natijalarini yaxshilash o'sma kasalliklarini erta aniqlash orqali amalga oshiriladi.

Me'da saratoni erta turlarini 3 bosqichi tafovut qilinadi: saraton in situ, yuzaki saraton, invaziv saraton. Invaziv saraton shilliq osti qavatiga o'sib kiradi. Saraton in situ yoki intraepitelial saraton infiltrativ o'sish yo'qligi bilan tavsiflanadi. Saraton in situ asosan me'da surunkali yarasida, proliferatsiyalanuvchi adenomatoz polip sohasida, giperplastik gastrit fonida kelib chiqadi. Yuzaki saraton invaziv hisoblanadi, ammo me'da shilliq qavati chegarasida tarqaladi va tunica muscularis mucosae sohasida shilliq osti qavatga tarqalmaydi. Saraton me'da yarasidan kelib chiqqanda makroskopik polipdan kelib chiqqan erta saraton polip ko'rinishidek bo'lgandek oddiy surunkali yara ko'rinishida bo'ladi. Yuzaki saraton mul'titsentrik rivojlanadi. Saratonning erta invaziv turi - erta saraton rivojlanishi- ning III bosqichi hisoblanadi. O'sma elementlarini me'da shilliq osti qavatiga o'sib kirishi, ammo mushak qavatiga tarqalmasligi bilan tavsiflanadi. Saratonning erta turi klinik belgilari ular qaysi kasallik fonida kelib chiqqanligiga bog'liq bo'ladi.

Me'da saratonining erta turlarini aniqlashda gastrokopik tekshiruvning ahamiyati juda katta. Gastroskopiya bir nechta joydan gastrobiopsiya va biopatlarni sitologik va gistologik tekshiruvlari bilan birgalikda olib borilishi shart. Me'da saratonini kelib chiqishiga o'sma oldi kasalliklari sabab bo'ladi. Shifokor vazifasi - o'sma oldi holatlarini aniqlash va onkologik kasallik kelib chiqish ehtimoli yuqori bo'lgan xavfli guruhga kiruvchi bemorlarni aktiv kuzatish. Me'da saratoni bilan kasallangan bemorlar orasida surunkali gastrit fonida (50%) va surunkali yara (46%), kamdan-kam holatda me'da polipi fonida (4%) saraton kasalligi kelib chiqqanligini kuzatish mumkin.

Klinika va diagnostikasi. Poliplar biror bir belgilarsiz yoki atrofik gastrit belgilari bilan kechadi, agar uning fonida kelib chiqqan bo'lsa. Kasallik asta - sekin boshlanadi, anamnezi bir necha oydan bir necha yilgacha bo'lishi mumkin. Epigastral sohadagi og'riq asosan ovqat qabul qilish bilan bog'lik bo'lib, og'riq simillovchi xarakterda ovqat qabul qilgandan so'ng erta davrda yoki 0,5-2 soatdan so'ng boshlanadi. Og'riq ayrim vaqtda 2-3 soat davom etib so'ng o'tib ketadi. Ishtaha pasaygan yoki umuman bo'lmaydi. Kekirish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, meteorizm va ich kelishi noturg'unligi kuzatiladi. Holsizlik, bosh aylanishiga axiliya va polip yarasidan surunkali qon ketishi natijasida kelib chiqqan anemiya sabab bo'ladi. Yarishin qon qetish shilliq qavat yengil jarohatlanishi va polip yaralanishi bilan bog'liq. Qon qayt qilish ko'p mikdorda qon ketganda kuzatiladi. Privratnik yaqinida joylashgan polip o'lchamlari kattalashganda me'dadan evakuatsiya buzilishi belgilari asta-sekin ortib boradi. Me'da suyuqligini tekshirishda axiliya aniqlanadi, biroq ayrim vaqtda me'da suyuqligi kislota ko'rsatkichlari normada bo'lishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvda yumaloq yoki oval shakldagi, aniq va tekis konturli «to'lish nuqsoni»ni aniqlash mumkin (8.19-rasm).



8.19-rasm. Me'da saratonini asosiy belgisi «To'lish nuqsoni»

«To'lish nuqsoni»ni surilishi polip oyokchasi borligida kuzatiladi va u «to'lish nuqsoni» tomonga yo'nalgan yorug'lanish ipi sifatida ko'rinadi. Poliplarni malignizatsiyalanishi rentgenologik belgilari: tishsimon va noaniq konturli noto'g'ri shakldagi «to'lish nuqsoni»; shilliq osti qavati va mushak qavati infil'tratsiya natijasida polip soxasida peristal'tikaning susayishi; bemorni qayta tekshirganda polip o'lchamlarining kattalashishi.

Gastrobiopsiya bilan birgalikda olib borilgan gastroskopiya poliplarni, ularni malignizatsiyalanishi, me'da saratonining polipsimon shakllaridan differentsial diagnostikasida juda katta ma'lumot beradi.

Davolash. Bezli polipni (adenoma) joylashgan joyi va o'lchamlaridan qat'iy nazar endoskopik elektroekstsiziya yo'li bilan olib tashlanadi. Agar olib tashlangan polip gistologik tekshiruvida uning malignizatsiyalashganligi aniqlansa, me'da saratonidagi kabi me'da rezektsiyasi yoki hamma onkologik radikalizm qonunlariga rioya qilgan holda gastrektomiya amaliyoti ko'rsatilgan. Klinika va diagnostikasi: Me'da saratoni erta turi uchun xos bo'lgan klinik belgilar yo'q.

U belgilersiz yoki qaysi kasallik fonida kelib chiqqan bo'lsa, shu kasallik belgilari bilan kechishi mumkin. Me'da saratoni bilan kasallanish onkologik kasallik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda ehtimoli

yuqori. Onkologik xavf yuqori bo'lgan omillarga me'da o'sma oldi kasalliklari (surunkali gastrit, me'da surunkali yarasi, me'da poliplari); noonkologik kasallik tufayli me'da rezeksiyasi bajarilganligiga 5 yil va undan ortiq vaqt o'tgan bemorlarda me'da cho'ltog'i surunkali gastriti; oilasida saraton bilan kasallangan bemorlar bo'lganligi; axilik gastriti bo'lgan bemorlarda qon guruhi A (II) bo'lishi; zararli omillar ta'siri (kimyoviy sanoat) kiradi. Me'da saratoni klinik ko'rinishi xilma-xildir. Ular o'sma kelib chiqqan patologik fon, ya'ni o'sma oldi kasalliklari, o'sma lokalizatsiyasi, shakli va o'sish turiga, gistologik strukturasiga, tarqalish bosqichiga va asoratlarga bog'lik. Bir qator bemorlarda surunkali gastrit, surunkali me'da yarasi ko'p yillik anamnezi, qolganlarida esa kasallikning kam ifodalangan belgilari anamnezi davomiyligi bir necha oyni tashkil etadi.

Bemorlarni so'rab surishtirganda aniqlangan belgilarni shartli ravishda kasallikni mahalliy va umumiy belgilariga bo'lish mumkin. Mahalliy belgilarga «me'da diskomforti» belgilari: fiziologik to'yish hissini yo'kligi, to'mtoq bosuvchi xarakterdagi og'riq, epigastral sohadagi to'lish va tortishish hissi, ishtahaning pasayishi yoki umuman bo'lmasligi, ba'zi oziq-ovqat mahsulotlaridan bosh tortish (go'sht, baliq).

Me'da saratonining umumiy belgilari: holsizlik, tana vaznini kamayishi, adinamiya, odatiy ishdan tez charchash, depressiya. Bularning hammasi o'sma intoksikatsiyasi sababli kuzatiladi. Ko'p hollarda anemiya kuzatiladi. Ba'zida anemiya kasallikning birinchi belgisi bo'lib hisoblanadi. Axiliya natijasida temir moddasini so'rilishi buzilishi va o'smadan surunkali qon ketishi natijasida temir tankisli anemiya kuzatiladi. Tana haroratini subfebril va yuqori darajalargacha ko'tarilishi o'sma kasalligining o'tkazib yuborilgan turlarida uchraydi.

Tana haroratini ko'tarilishining sabablari: o'smadan oksil almashinuvi moddalarini so'rilishi, o'smani yallig'lanishi, me'dadan tashqaridagi metastazlar sohasida yallig'lanish o'choqlarining paydo bo'lishi. Kasallik erta bosqichlarida bemorlarning tashqi ko'rinishi o'zgarmaydi.

Anemiya rivojlanganda teri va ko‘rinib turgan shilliq kavatlarning rangparligi kuzatiladi. Teri qurishi, uning burmasimon ko‘rinishda bo‘lishi, teri osti yog‘ qavatining yo‘qolishi suv almashinuvining jiddiy buzilishi, sezilarli ozishdan darak beradi. Qorinni ko‘zdan kechirganda uni yuqori qismida notekis shishganligi, me‘dadan chiqish joyi stenozida me‘dani peristal’tik qisqarishlarini ko‘rish mumkin. Qorin o‘lchamlarining kattalashishi qorin bo‘shlig‘ining bo‘sh qismlarida suyuqlik to‘planishida (astsit) kuzatiladi. Qorinni yuzaki paypaslaganda qorin devori mushaklarining taranglashuvi va og‘riqligi o‘smanni me‘dadan tashqariga tarqalganligi, qorin bo‘shlig‘i kartsinomatozidan dalolat beradi.

Laborator tekshiruv usullari. Qon analizlarida gemoglobin miqdori va eritrotsitlar sonining kamayishi, eritrotsitlarning cho‘kish tezligining ortishi kuzatiladi. Me‘da sekretsiasini tekshirganda ko‘pincha axlorgidriya aniqlanadi, ammo me‘daning kislota hosil qilish funktsiyasi saqlanib qolishi ham mumkin va erkin xlorid kislota ko‘rsatkichlari biroz pasaygan yoki normada bo‘ladi. Me‘da saratonini aniqlashda rentgendiagnostika hozirgi paytgacha muhim o‘rin tutadi.

Me‘da saratonining erta turlarini aniqlashda shilliq qavat rel’efi, me‘dani kontrast bilan to‘ldirib rentgenologik tekshirish lozim. Me‘da saratoni rivojlanganligining asosiy rentgenologik belgilari: to‘lish nuqsoni, to‘lish nuqsonida tokcha belgisi, chegaralarining deformatsiyasi, a‘zo bo‘shlig‘ining qisqarishi, jarohatlangan sohada devorlar taranglashuvi va peristaltikaning yo‘qligi, shilliq qavat rel’efining parchalanishi. To‘lish nuqsoni saratonining ekzofit o‘sish turiga xos bo‘lgan belgi hisoblanadi.

Me‘da bo‘shlig‘ining deformatsiyasi va qisqarishi o‘smanni endofit o‘sish turida, bunda me‘da devorida o‘smanni infil’tratsiyasi kuzatiladi. Shilliq qavat rel’efi jarohatlangan sohada burmalarini yo‘qotadi, shaklsiz bo‘lib qoladi (xavfli rel’ef), burmalar parchalanganda «uzilish» belgi aniqlanadi. Biopsiya olish bilan amalga oshiriladigan gastroskopiya saratonning erta turlarini aniqlashda va o‘smanni morfologik turini aniqlashda muhim rol o‘ynaydi. Me‘da saratoni diagnozi ko‘yilgandan so‘ng bemorni jarrohlik usulda davolash haqidagi muammoni hal etish

lozim. Bemorlarni umum klinik tekshirganda uzoq metastazlar bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Uzoq metastazlar to'g'risida aniq ma'lumotlar bo'lmasa, me'da saratonining ko'shni a'zolariga o'tganligini, jigardagi metastazlarni, qorin bo'shlig'i kantseromatozini aniqlash maqsadida biopsiya bilan laparoskopiya, jigar, me'da osti bezini ul'tratovush skanirlash va komp'yuter tomografik tekshiruvlari o'tkaziladi.

Davolash jarrohlik usulida: me'da saratoni jarrohlik amaliyotiga absolyut ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Me'da rezektsiyasi yoki gastrektomiya radikal usul hisoblanadi. Jarrohlik amaliyotining radikalligi quyidagilarda namoyon bo'ladi: 1) me'dani, 12-barmoq ichakni va qizilo'ngachni sog'lom to'qima sohasida kesish, 2) saraton joylashgan soha va metastazlar bo'lishi mumkin bo'lgan sohadagi limfa tugunlarini (1 va 2 tartibli) birgalikda olib tashlash. Jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar onkologik va umumiy bo'lishi mumkin.

Jigarda, o'pkada, o'mrov usti sohasi limfa tugunlarida uzoq metastazlar borligi, katta astsit borligi, Shnitsler va Krukenberg metastazlari borligi, 3- va 4- tartibli, ya'ni me'da bilan birgalikda olib bo'lmaydigan limfa tugunlarida gistologik tasdiqlangan metastazlar borligi jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Umumiy xarakterdagi qarshi ko'rsatmalarga kaxeziya, og'ir hamroh kasalliklar kiradi. Radikal jarrohlik amaliyotlarining asosiy turlari: 1) me'dani distal subtotal rezektsiyasi, 2) gastrektomiya, 3) me'dani proksimal subtotal rezektsiyasi. Me'dani distal subtotal rezektsiyasi piloroantral sohasi ekzofit o'smasi proksimal yo'nalishda me'da burchagidan yuqoriga tarqalmaganda bajariladi. Me'da bilan birgalikda katta va kichik charvi, ikkala egriliklar bo'yicha, piloris atrofida va chap me'da arteriyasi bo'ylab joylashgan limfatik tugunlari olib tashlanadi.

Amaliyot gastro-enteroanastomoz qo'yish bilan tugallanadi. Ko'pincha Bil'rot-II usuli qo'llaniladi. Ekzofit o'sma me'da tanasida joylashganida, total jarohatlanganda va joylashgan sohasidan kat'iy nazar infil'trativ o'smalarda gastrektomiya amaliyoti bajariladi. Me'da bilan birgalikda deyarli butun katta va kichik charvi, me'da-taloq bog'lami, parakardial va paraezofageal yog' to'qimalari ham olib tashlanishi shart. O'smaning ekzofit turida qizilo'ngach o'sma paypaslangan joy yuqori

chegarasidan 3 sm, infil'trativ turida 5-6 sm yuqorida kesilishi shart. Amaliyot qizilo'ngach va me'da anastomoz qo'yish bilan tugallanadi. O'sma qo'shni a'zolarga o'sib kirganda va uzoq metastazlar bo'lmaganda qo'shma jarrohlik amaliyotlari, ya'ni me'dani subtotal rezektsiyasi yoki a'zoni butunlay yoki bir qismi rezektsiyasi bilan birgalikda qilinadigan gastrektomiya amaliyotlari bajariladi. Palliativ jarrohlik amaliyotlarini ularning xavfi kam bo'lgan amalga oshiriladi. Me'daning palliativ yoki qisman rezektsiyasi me'dadan chiqish qismi o'smasida, parchalanuvchi va qonayotgan o'smani qon ketish manbai sifatida bemor xayotiga xavf solganda bajariladi. Palliativ jarrohlik amaliyoti bajarish mumkin bo'lmagan holatlarda, me'dadan chiqish qismi stenozlanuvchi saratonida gastroeyunoanastomoz yoki yeyunostoma qo'yish amaliyoti, me'da proksimal qismi saratonida va disfagiyada gastrostoma yoki yeyunostoma qo'yish amaliyoti bajariladi.

Nazorat savollari.

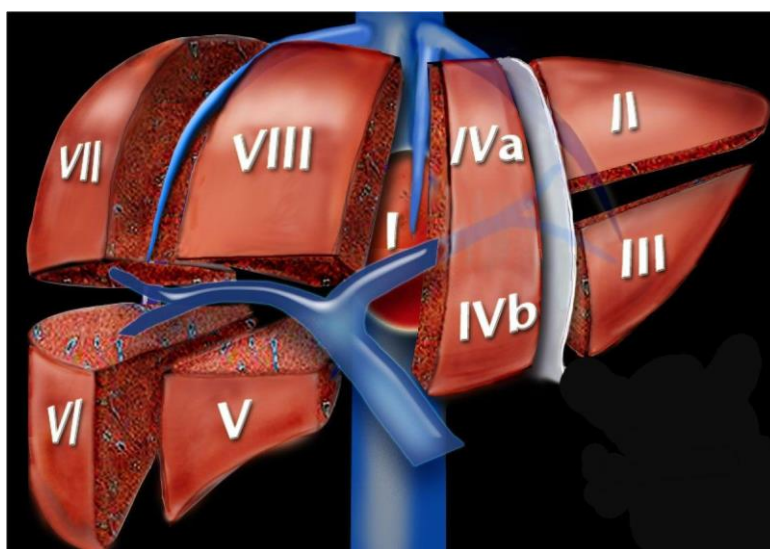
- 1) Qon ketayotgan yara uchun xarakterli belgi bu?
- 2) Qorin old devori mushaklarini taxtasimon qotishi meda yoki 12 barmoq ichak yara kasalligining qaysi asoratida kuzatiladi :
- 3) Me'da va 12 barmoq ichak yara kasalligi qon ketish bilan asoratlenganda axlat rangi qanday bo'ladi?
- 4) Teshilgan yara kasalligida qorin mushaklarini doskosimon ko'rinish olishi peritonitni qaysi bosqichi uchun xos?
- 5) Yara kasalligi qanday kechadi?
- 6) Jigar to'mtoqligini yaraning qaysi asoratida aniqlab bo'lmaydi?
- 7) Me'da sekretsiasini qorin bo'shlig'iga tushishi yaraning qaysi asoratida kuzatiladi?
- 8) Yara kasalligini nechta asorati mavjud?
- 9) Duodenal yara kasalligi teshilganda nima uchun qorin o'ng yonbosh sohasi mushaklarini taranglashishi kuzatiladi?
- 10) Yara kasalligida operatsiyaga mutloq ko'rsatma bo'lib hisoblanadi?
- 11) Perforativ yara kasalligida Yudin simptomini ayting?
- 12) Nostabil gemostaz uchun mutloq belgini ko'rsating?

- 13) Yara kasalligida operatsiyaga mutloq ko'rsatma?
- 14) Bemorda oshqozon-ichak traktidan qon ketsa uy sharoitda qanday tibbiy yordam qilishimiz kerak?
- 15) Qorin bo'shlig'i azolari kasalligi bilan kasallangan bemorlarda asosiy ob'ektiv fizikal tekshirish usuli?
- 16) Perforativ yara uchun xarakterli belgi?
- 17) Perforativ yara uchun yetakchi simptom?
- 18) Shoshilinch xirurgik yondashuv yara kasalligini qaysi asoratida talab qilinadi?
- 19) Qorin old devori mushaklarining taranglashishi yara kasalligining qaysi asoratida kuzatiladi?

IX BOB JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI

Anatomo-fiziologik xususiyatlari

Jigar inson organizmining eng yirik a'zolaridan biri hisoblanadi. Uning og'irligi 1200-2000 g ni (tana og'irligining 1/50 qismini) tashkil qiladi. U ona qornidagi homila hayotining uchinchi xaftasida o'n ikki barmoq ichak shilliq qavati epiteliyidan ajralib chiqish yo'li bilan rivojlanadi. Jigar qorinning o'ng yuqori kvadrantida joylashgan bo'lib, qovurg'alar bilan yopilgan. Uning yuqori chegarasi o'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab IV qovurg'alar oralig'igacha etadi, pastki cheti chaqaloqlarda aksariyat hollarda kindikkacha boradi. Emizik yoshidagi bolalarda u qovurg'a cheti ostidan 2-3 sm ga chiqib turadi va taxminan to'rt yoshlarga kelib uning orqasida joylashadi. Jigarning pastki chegarasi o'rta chiziq bo'ylab kindik bilan xanjarsimon o'simta orasidagi masofaning o'rtasida joylashgan. Jigarning oldingi yuqori qabariq yuzasi o'roqsimon boylam bilan ikki bo'lakka: o'lchamlari bo'yicha katta o'ng va kichikroq chap bo'laklarga bo'linadi. Pastki botiq yuzasida ikkita uzunasiga ketgan bo'ylama egatlar (o'ng va chap) va ko'ndalang egat farqlanib, buni jigar darvozasi deb ataladi. Bu egatlar jigarning o'ng, chap, kvadrat va dumsimon bo'laklarga bo'ladi.



9.1-rasm. Jigar segmentlari joylashuvi

Jigar darvozasi tarkibiga jigar arteriyasi, nervlari va darvoza (qopqa) venasi kiradi, limfatik yo'llar va umumiy jigar o't yo'li esa

undan boshlanadi. Jigar, diafragmaga tegib turadigan orqa yuzasidagi qismidan tashqari, hamma tomonlardan qorin parda bilan qoplanadi.

Qorin pardasi atrofidagi a'zolariga o'tib, jigarni turg'un holatda tutishda muhim ahamiyatga ega bo'lgan boylamlar: o'ng va chap tojsimon, jigar-me'da, jigar-o'n ikki barmoq ichak, jigar-buyrak boylamlarini hosil qiladi. Jigarning qon ta'minoti xususiy jigar arteriyasi, shuningdek darvoza venasi tomonidan amalga oshiriladi. Bunda umumiy qon oqimining taxminan 25% arteriyaga va 75% i darvoza venasiga to'g'ri keladi.

Jigarning o'roqsimon boylami bo'yicha o'ng va chap bo'laklarga bo'lish uning funktsional anatomiyasiga mos kelmaydi, bundan vizualizatsiya usullari natijalariga baho berishda, hamda xirurgik operatsiyalar o'tkazishda foydalaniladi. Uning negizini darvoza venasi, xususiy jigar arteriyasi va o't yo'llarining tarmoqlanishi printsipli tashkil qilinadi, ular qon ta'minotini va jigarning bir-biriga nisbatan uzoqlashgan sohalaridan qon oqib kelishini ta'minlab turadi. Chunonchi, darvoza venasi o'ng va chap tarmoqlarga bo'linib, tegishli jigarning o'ng va chap bo'lagini oziqlantiradi. Bo'laklar o'rtasidagi chegara qiya chiziq bo'ylab pastki kovak venasidan o't qopchasi o'rnigacha va keyin jigar darvozasigacha boradi. Darvoza venasining har ikki tarmog'i, o'z navbatida, yana ikkita tarmoqqa bo'linib sektorlar nomini olgan sohalarni qon bilan ta'minlaydi.

O'ng bo'lakda – oldingi va orqa, chap bo'lakda – medial va lateral sektorlar farqlanadi. Sektorlar segmentlarga bo'linadi, ular raqamlar bilan belgilanadi. Chap bo'lakni I-IV segmentlar hosil qiladi. Bunda I segment jigarning dumsimon bo'lagiga mos keladi, II va III segmentlar chap lateral sektorda, IV segment esa chap medial sektorda joylashgan. Jigarning o'ng bo'lagi tarkibiga V-VIII segmentlar kiradi. O'ng oldingi sektor V va VIII ga, o'ng orqa esa VI va VII segmentlarga bo'linadi.

Jigarning gistologik tuzilishi asosini shakli prizmasimon va o'lchamlari 1 mm dan 2,5 mm gacha bo'lgan bo'lakchalar tashkil qiladi. Har bo'lakcha o'rtasida markaziy vena joylashgan bo'lib, undan radiuslar bo'yicha periferiyaga tomon to'sinlar joylashib, ular o't

kapillyarlarini, qo'shilgandan keyin esa o't yo'llarini hosil qiladigan ikki qator jigar hujayralaridan iborat. Jigar arteriyasini va darvoza venasining oxirgi tarmoqlarini kapillyarlar hosil qiladi, ular jigar hujayralarini o'rab turadi. Oddiy kapillyarlardan farqli ravishda, bo'lakchalar ichidagi kapillyarlar endoteliysidan tashqari, yuqori fagotsitar faoliyatga ega bo'lgan Kupfer hujayralarini saqlaydi. Endotelial hujayralar muayyan o'lchamdagi makromolekulalarni gepatotsitlar bilan endotelial hujayralaro'rtasida joylashgan Disse bo'shlig'igacha o'tkazib, qonni filtrlash xususiyatiga ega bo'lgan fenesterlar bilan ta'minlanadi.

Subendotelial bo'shliqda yulduzsimon hujayralar (Ito hujayralari) topiladi, ular aktin va miozin borligi tufayli muayyan moddalar, masalan endotelin-1 ta'siri ostida qisqarish qobiliyatiga ega bo'lib, shu tariqa qon oqimini sinusoidlar darajasida amalga oshirib turadi. Qon kapillyarlar orqali o'tib markaziy venaga tushadi, ular birlashib, so'ngra jigar venalarini xosil qiladi. Jigar venalari 3-5 ta miqdorda pastki kovak venasiga quyiladi.

Jigar ichi o't yo'llari darvoza venasi va jigar arteriyasini tarmoqlarining yo'li bo'ylab joylashgan. O'ng va chap bo'lakchali jigar yo'llari birga qo'shilib, umumiy jigar o't yo'lini (gepatikoxoledox) xosil qiladi. Unga qopcha yo'li quyilgandan keyin, bu yo'l – umumiy o't yo'li (xoledox) deb ataladi va me'da osti bezi yo'li bilan birga o'n ikki barmoq ichakka quyiladi.

Limfa Disse bo'shliqlarida xosil bo'ladi. Jigarda venoz oqim buzilganda va sinusoidal bosim orta borganda limfa ishlanishi keskin ko'payadi, bu astsit xosil bo'lishining eng muhim omillaridan biri hisoblanadi. Jigarning limfatik tomirlari limfaning jigar darvozasi limfatik tugunlariga va keyin jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami bo'ylab oqishini ta'minlab turadi. Limfa jigarning yuza bo'limlaridagi yo'llar bo'yicha oqib keladi, ular diafragmadan oqib o'tib, ichki ko'krak arteriyasi yo'li bo'ylab ko'ks oralg'i tugunlariga va ko'krak limfatik yo'lga limfa oqishini ta'minlaydi. Limfatik yo'llar va tugunlarning bir qismi, pastki kovak venasining ko'krak bo'limi yo'li bo'ylab tarqaladi.

Jigar sunuslari qorin chigalida joylashadigan VII-X simpatik gangliylarining nerv tolalaridan innervatsiya qilinadi. Parasimpatik innervatsiya o'ng va chap adashgan nervlarining tolalaridan amalga oshiriladi. Innervatsiyada shuningdek o'ng diafragmal nerv qatnashadi. Nerv tolalari jigarga arteriyasi va o't yo'llari yo'li bo'ylab kiradi va jigar parenximasigacha etib boradi.

Jigar turli-tuman faoliyatlarni bajaradi: oqsil sintezi, uglevod, yog' almashinuvida qatnashadi, ular bir-biri bilan chambarchas bog'langan. Jigarda qon plazmasining asosiy oqsillari (albuminlar, globulinlar, fibrinogen), oddiyuglevodlardan glikogen polisaxaridi sintezi sodir bo'ladi va uning glyukoza xosil qilib parchalanishi, yog' utilizatsiyasi, yog' kislotalarining parchalanishi va oksidlanib parchalanishi, shuningdek fosfolipidlar sintezi ro'y beradi. Jigar hujayralarida ammiakdan mochevina xosil bo'lishi kechadi, qon ivish omillari sintezi, bilirubin almashinuvi ta'minlanadi. Jigar endogen va ekzogen toksik moddalarni zararsizlantirishning eng muhim a'zolaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Jigar etishmovchiligining muhim ko'rinishlaridan biri – sariqlik hisoblanadi, uning asosini jigar pigment almashinuv faoliyatining buzilishi tashkil qiladi. Bilirubin gem metabolizmining oxirgi mahsuloti hisoblanib, u gemoglobin, mioglobin, tsitoxromlar, masalan, R450 tsitoxromi molekulalarining tarkibiy qismi hisoblanadi. Bir kecha-kunduzda retikuloendotelial sistemada taxminan 300 mg bilirubin xosil bo'ladi. Bunda uning qariyb 80% eritrotsitlar gemoglobinidan sintez qilinadi, qolgan miqdori esa taloq, suyak iligi, gem saqlaydigan oqsillarning etilmagan hujayralaridan sintez qilinadi.

Gemoglobinning parchalanishi jarayonida uning oqsil qismi (globin) ajralib chiqadi, gemosiderin tarkibidagi temirdan sintez uchun foydalaniladi, gemotoidin esa (molekulaning gem saqlovchi bo'lagi) keyinchalik parchalanishga uchraydi. Mikrosomal ferment gemoksigenaza ta'siri ostida porfirinli halqa chiziqli terapirolga (biliverdin) aylanadi, u o'z navbatidan biliverdin sintetazidan bilirubinga aylanadi, xosil bo'lgan bilirubin tuzilishiga ko'ra qutblanmagan birikma, ya'ni yog'da eruvchan modda hisoblanadi. U

qon albumini bilan uzviy bog'langan. Jigar sinusoidlarida bilirubin albumindan ajralib chiqadi. Jigar hujayrasida bilirubinning glyukuron kislotasi bilan kon'yugatsiya reaksiyasi ro'y berib, natijada bilirubin mono va diglyukuronidga (bog'langan bilirubin) aylanadi. U suvda eruvchan bo'lib qoladi va o't orqali ajraladi. Kon'yugatsiyalanmagan bilirubin sulfodiazoreaktiv bilan molekulalararo vodorod bog'lar to'g'ridan-to'g'ri (spirt bilan Vandenberg reaksiyasi) xosil qilmaydi, shuning uchun kon'yugatsiyalangan (bevosita bilirubin) dan farqli ravishda bilvosita bilirubin deb ataladi. Albumin bilan bog'langan va suvda erimaydigan bilvosita bilirubin buyrak kanalchalarida filtrlanmaydi va siydik bilan ajralib chiqmaydi.

Ingichka ichakda, o't yo'llarida (ayniqsa bakterial xolangitda) bilirubin urobilinogenga aylanadi, u qonga oson so'riladi. Biroq amalda to'la-to'kis ushlab qolinadi. Jigar faoliyati buzilganda urobilinogenning jigardan ekskretsiyasi ortadi, keyinroq yo'g'on ichak mikroflorasi ta'siri ostida bog'langan bilirubindan sterkobilinogen xosil bo'ladi, u sterkobilinga aylanib axlatga o'ziga xos rang beradi. Normada sterkobilinogenning ozroq qismi jigarni chetlab o'tib, to'g'ri ichak venalari bo'ylab, sistem qon oqimiga tushadi va siydik bilan ajraladi.

Jigarning anatomik nuqsonlari

Jigarning anatomik nuqsonlari jigarning joylanishi (situs viscerus inversus) va uning tuzilish xususiyatlari bilan bevosita bog'liq bo'ladi. Jigarning bir qator hayvonlarga xos bo'lgan bo'laksimon tuzilishi, insonda ham atavizm ko'rinishida uchrashi mumkin. Kamdan-kam hollarda qo'shimcha bo'lakchalar tutqichga (mezenteriy) ega va buralib qolishi mumkin, bu jarrohlik operatsiyasini o'tkazilishini talab qiladi.

Jigar tomirlarining tug'ma patologiyasi jigar bo'lagining atrofiyasiga olib kelishi mumkin, fibroz rivojlangan sayin jigarning o'lchamlari keskin kichrayadi. Jigar o'ng bo'lagining ageneziasini birmuncha kam uchraydi, u jigardan tashqari portal gipertenziya holatiga olib kelishi mumkin.

Ridel bo‘lagi borligi jigardan anatomik tuzilishining boshqacha turi hisoblanadi, bunda jigarning o‘ng bo‘lagi til ko‘rinishida o‘tib chiqqan bo‘lib, pastga o‘ng yonbosh sohasi sathigacha osilib tushib, katta hajmli tuzilmaga o‘xshab ko‘rinadi.

Ko‘pchilik hollarda jigar nuqsonlari klinik jihatdan yuzaga chiqmaydi, davolashni talab qilmaydi va boshqa patologiyani aniqlash uchun bemorni tekshirilayotganda tasodifiy topilma bo‘lishi mumkin.

Jigarning jarohatlanishlari

Jigar jarohatlanishlari odatda yo‘l-transport hodisalari oqibatida, balandliklardan yiqilish, o‘tkir predmet yoki o‘q otar qurol, turli-tuman qattiq buyumlar ta‘siridan kelib chiqib, teshib kirgan yaralanishlarga bog‘liq bo‘lishi mumkin. Ular yatrogen tabiatga ega bo‘lishi mumkin. Jigar jarohatlari aksariyat hollarda ko‘krak, qorin bo‘shlig‘idagi boshqa a‘zolarining, shuningdek bosh va sklet suyaklarining jarohatlanishi bilan birga o‘tadi.

Jigar jarohatlari ochiq yoki yopiq turlarga bo‘linadi. Jigar jarohatlarining tabiatiga va darajasiga ko‘ra ularning klinik belgilari juda kam yoki shok, ichga qon ketishi, peritonit belgilari ko‘rinishida yaqqol namoyon bo‘lishi mumkin. Qorinning oldingi devorida qontalash sohalarning borligi, jarohat kanalining joylashuvi va yo‘nalishi operatsiyaga qadar jigarning jarohatlanganligiga shubha uyg‘otishi mumkin. Tashxis qo‘yishda laparoskopiya, qorin bo‘shlig‘i suyuqligini diagnostik aspiratsiya qilish, ultratovush yordamida tekshirish, kompyuter tomografiyasi katta yordam berishi mumkin. Bunda qorin bo‘shlig‘ida qon yoki o‘t suyuqligining borligi, jigar yorilganligi yoki uning kapsulasi ostida suyuqlik yig‘ilganligini aniqlash mumkin. Ayrim hollarda jigar parenximasida gaz to‘planganligi aniqlanadi. KT da pasaygan singish koeffitsenti sohasi fonidagi gaz, gematomaning yiringlagani haqida axborat beradi. Qorinning yopiq jarohatida diaqnozni aniqlash uchun, ba‘zan laparotomiya o‘tkazish zarurati tug‘iladi.

Jigar jarohatlanishining og'irlik darajasi

(Amerika xirurglari assotsiyasining tasnifi bo'yicha)

I Yuzasi 10% dan kichik kapsula osti gematomasi, ortib bormaydi, parenxima yirtilishi chuqurligi 1 sm dan oshmagan, qonamaydi.

III 50% dan ortiq kapsula osti gematomasi yoki ortib boradigan, gematoma yirtilib qon oqadi, markaziy gematoma chuqurligi 2 sm dan ko'p. Parenxima ichkariga 3 sm dan ko'p yirtilgan.

IV Markaziy gematoma yirtilib qon oqadi. Jigarning 25-50% parenximasini emirilgan.

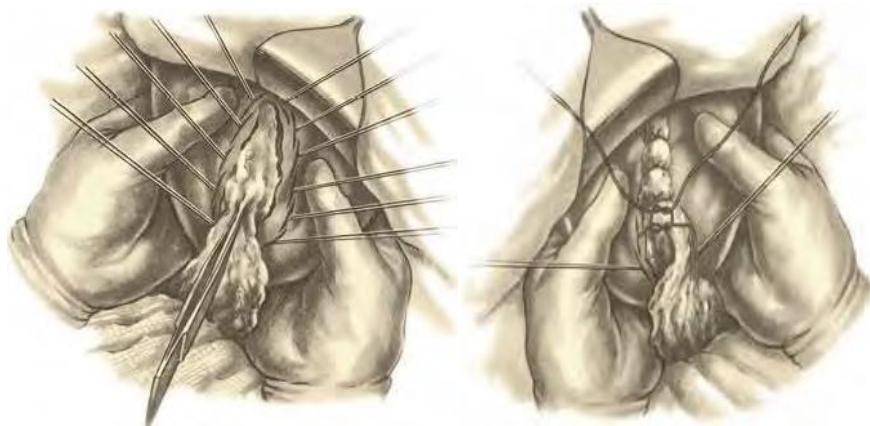
V Jigar parenximasining 50% ko'pi emirilgan. Pastki kovak yirik jigar venalari jarohatlangan.

VI Jigar uzilib tushgan.

Jigar jarohatlarini davolash ko'pchilik hollarda xirurgik usulda, jarohatlanish tabiati va og'irligi bilan belgilanadi. Jigardagi kichikroq gematomalar qunt bilan kuzatib borilib, gemodinamika ko'rsatkichlari barqaror bo'lganda, konservativ usulda davolash olib boriladi. Qorin bo'shlig'ida patologik suyuqlik bo'lganda, shuningdek sanchilgan, kesilgan jarohat bo'lganida yoki o'q otar qurollardan jarohatlanishda laparotomiya va qorin a'zolari taftishi (reviziya) o'tkazilishi zarur bo'ladi.

Jigar jarohatlarida operatsiyaning maqsadi: qon oqishini to'xtatish, jigarning jarohatlangan to'qimasiga ishlov berish va qorin bo'shlig'ini drenajlashdan iborat bo'ladi. Qon oqishini to'xtatish uchun gepatoduodenal bog'lamdan o'tadigan jigar arteriyasi, darvoza venasini barmoq bilan bosib turish yoki oqayotgan qonni to'xtatishni imkonini beradigan qisqichlar ishlatish yo'li bilan vaqtincha gemostazni ta'minlash va qulay joyda qon tomirlarini tikish yoki bog'lash kabi amaliyotlar qo'llanadi. Jarohatlangan jigarga xirurgik ishlov berish, mahalliy gemostaz uchun kichikroqlarini koagulyatsiya qilish, majaqlangan va xayotga layoqatsiz to'qimalarni kesib olib tashlash, atipik rezektsiyalar, II-simon choklar quyish yoki klipsalar yordamida qonni to'xtatishdan iborat. Ba'zi hollarda, jarohatlangan qismni katta charvining tutami bilan tomonpanada qilish yoki maxsus

gemostatik preparatlar qo'llash yo'li bilan qonni to'xtatish talab etiladi.



9.2-rasm. Jarohatlangan jigarga xirurgik ishlov berish.

Jigar parenximasining yirik qon tomirlar va o't yo'llarini qamrab olgan jarohatlanishlari, jigarni bir qismini rezektsiya qilishni talab etadi va bu holda jigarning sektoral va segmentar tuzilishlari hisobga olinishi lozim bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi davrda kechikkan qon ketishi, o't oqmalari, o't yo'llari strikturalari, darvoza venasi stenozlari, portal gipertenziya va jigar abstsesslari shakllanishi, koagulopatiya va sepsis kabi asoratlار yuzaga kelishi mumkin. Odatda, katta jarohatlarda qon ketishining asosiy sabablaridan biri jigar arteriyasining uzilishi yoki unda anevrizma shakllanishi, uning esa yorilib o't yo'llariga tushishi (gemobiliya) paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu asoratlarni aniqlash uchun jigar arteriyasi selektiv arteriografiyasini bajarish lozim bo'ladi.

O't oqmalari magistral o't yo'llarida o'tkazuvchanlikning buzilishi (yorilishi yoki to'siq paydo bo'lishi) oqibatida va o't qopchasi gipertenziyasida yuzaga kelishi mumkin. Bu hollarda oqmadan chiqayotgan o't suyuqligini tashqariga faol ravishda aspiratsiya qilish orqali, qorin bo'shlig'iga o't suyuqligining tarqab ketishini oldini olish va o't oqmasini shakllantirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

O't chiqaruvchi yo'llar strikturasida toraygan qismlarni dilyatatsiya qilib kengaytirish, stentlar o'rnatish vositasida, endoskopik yoki jigar orqali endobiliar operatsiyalar yordamida dimlanib qolgan o't suyuqligini tashqariga yo'llash orqali vaqtincha bemor ahvolini yaxshilash, keyin esa rejali amaliyot o'tkazib qoniqarli natijaga erishish mumkin. Rejali usulda bajariladigan bunday xirurgik operatsiyalarga, aylanma yo'l orqali o't oqimini ta'minlaydigan biliodigestiv anastomozlar qo'yishlar kiradi.

Jigar jarohatlanishlarida o'lim darajasi yuqori (10-60%) bo'lib, jarohatga qo'shilib keladigan shokning og'irligiga, jarohatlanishning hajmi, tabiati va xususiyatiga, operatsiyadan keyingi asoratlarning turiga va uning og'irligiga bog'liq bo'ladi. Jigarning pastki kovak venasi, darvoza venasi va jigar venalari bilan birgalikdagi jarohatlanishi, ayniqsa o'ta xavfli hisoblanadi.

Jigar abstsesslari

Jigar abstsesslari keyingi yillarda ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklarning tibbiyotda faol qo'llanilishi oqibatida bir muncha kam uchraydigan kasallik bo'lib qoldi. Bugungi kunda bu kasallikni ko'paytiruvchi omillar: jadal kimyoviy muolaja, qandli diabetning asoratlanishi, o'zga a'zolari ko'chirib o'tkazish va OITS sababli immunitetning pasayib ketishi xisoblanadi. Jigar abstsesslari yuqoriga ko'tariluvchi biliar infektsiya ta'sirida, infektsiyaning portal venoz sistema bo'ylab gematogen tarqalishi yoki sepsisda jigar arteriyasi orqali tarqalishi, infektsiyaning qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida to'g'ridan-to'g'ri tarqalishi, shuningdek jigarning jarohatlanishlari natijasida paydo bo'ladi. Ko'pchilik hollarda jigar abstsesslari o't tosh kasalligida yoki jigardan tashqaridagi o't yo'llari saratonining parchalanishida aksariyat og'ir kechuvchi yiringli xolangitning asorati sifatida rivojlanadi. Boshqa sabablaridan: destruktiv appenditsit, chambar ichak divertikuliti, nospetsifik yarali kolit, amyobali dizenteriyalar asorati bo'lgan sepsis yoki pileflebit hisoblanadi.

Jigar abstsesslari yolg'iz holda bo'lishi mumkin, biroq aksariyat hollarda ko'p sonli abstsesslar uchraydi. Yakka abstsess ko'pincha o'ng bo'lakda joylashadi. Abstsesslarda bakteriologik tekshiruv natijasida bakterial flora taxminan 50% hollarda topadilar. Sepsisda aksariyat hollarda tillarang stafilokokk, gemolitik streptokokk aniqlanadi. Biliar abstsesslarida aksariyat ichak tayoqchasi yoki aralash florani aniqlaydilar. So'nggi yillarda anaerob floraga katta ahamiyat berilmoqda. Uni bakteriyalarni maxsus muhitga ekkandagina topish mumkin bo'ladi.

Jigar abstsessi hamisha ikkilamchi kasallik hisoblanib, kasallikning asosiy klinik belgilari zahirida: tana haroratining gektik tabiatga ega bo'lishi, et junjikishi, qaltirash, haddan tashqari ko'p terlash, ko'ngil aynishi, ishtaha pasaishi kuzatiladi. Og'riq esa, bu xastalikda kechikkan simptom bo'lib hisoblanadi va aksariyat yirik yolg'iz abstsesslarda uchraydi. Bu holda ko'pincha jigar kattalashadi, paypaslanganda jigarda og'riq paydo bo'ladi va ba'zan teri qoplamlari va ko'z oqlig'ining (skleralar) sarg'ayishi kuzatiladi. Qon tahlilida – yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, anemiyaga xos belgilar kuzatiladi. Qon ekmasida taxminan 30% hollarda kasallik qo'zg'atuvchi bakteriyalar topiladi. Aksariyat hollarda asosiy sababchi septik holat bo'ladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolari rentgenoskopiyasida diafragmaning o'ng gumbazini odatdan tashqari yuqoriga ko'tarilganligi va xarakatchanligining cheklanishi aniqlanadi. Plevral sinusda reaktiv tarzda suyuqlik yig'ilishi mumkin. Gaz hosil qiladigan flora abstsessga sabab bo'lsa, jigar soyasi tasvirida suyuqlik sathi aniqlanishi mumkin, ba'zan esa jigar chegaralarining deformatsiyasi aniqlanadi.

Diagnostikasida jigarni ultratovush yordamida tekshirish, kompyuter va rentgen tomografiyasi o'tkazish, zarurat bo'lganda esa angiografiya, jigarni radioizotop texnetsiy bilan skanerlash diagnozni aniqlashda yordam beradi.

Antibiotiklar bilan davolash mikroflorani sezuvchanligiga muvofiq tarzda olib boriladi. Jigarda antibiotikning ko'proq kontsentratsiyasini vujudga keltirish uchun jigar arteriyasiga yoki

obliteratsiyalangan kindik venasiga, u ajratilib buj yordamida tiklangandan so'ng qo'yigan kateter orqali muolaja o'tkaziladi. Yakka holdagi katta yoki bir necha yirik abstsesslarni operatsiya usulida davolanadi, abstsess ochiladi va bo'shliq drenajlanadi. Ko'p sonli abstsesslarda, bo'shliqni rentgenoskopiya, komp'yuter tomografiya yoki ultratovush tekshiruvi nazorati ostida teri orqali drenajlash, davolashning kam invazivli va samarali usullaridan hisoblanadi. Jigar abstsessi asoratlariga sepsis, diafragma osti abstsessi, abstsessning qorin bo'shlig'iga yoki plevra bo'shlig'iga yorilishi, plevra empiemasi, yiringli perikardit, peritonitlar kiradi.

Prognozi doimo jiddiy. Yakka yirik abstsesslarda o'z vaqtida drenajlanganda 90% gacha bemorlar sog'ayib ketadilar. Ko'p sonli abstsesslar va drenajlanmagan yakka abstsesslarda davolash ko'pchilik hollarda o'lim bilan yakunlanishi kuzatiladi.

Jigar exinokokkozi

Exinokokkozning ikki turi tafovut qilinadi. Bir kamerali yoki gidatidoz va ko'p kamerali yoki alveolyar turi farq qilinib, ularni exinokokkning ikkita mustaqil turlari qo'zg'atadi. Exinokokkozning gidatidoz turini tasmasimon gijja (*Echinococcus granulosus*) rivojlanishining lichinka bosqichidan iborat. Alveolyar turining qo'zg'atuvchisi (*Echinococcus multilocularis*) hisoblanadi. Gijjaning asosiy xo'jayini bo'lib – it va ba'zi yirtqich hayvonlar: bo'ri, tulki va b., oraliq xo'jayini bo'lib esa odam va o'txo'r uy hayvonlari (qo'y, qoramol, tuya va b.) hisoblanadi.

Insonda exinokokk kistasining rivojlanishi jarayoni asosida gijja tuxumlarining (skoleks) me'da-ichak traktiga tushishishi asosiy omil bo'lib hisoblanadi. Parazit tuxumlari me'da yoki ingichka ichak devoriga kiradi va vena qon tomirlari bo'ylab avvalo jigarga, aksariyat hollarda o'ng bo'lagiga, undan o'tgan tuxumlari esa o'pka va boshqa a'zolariga etib boradi. SHuning uchun, kasallikka eng ko'p chalinadigan a'zolar jigar, keyingi o'rinda esa o'pkalar turadi. Keyingi yillar tajribasi shuni ko'rsatdiki, insonda bu kasallikka chalinmaydigan a'zoning o'zi yo'q. Jumladan, bu kasallik taloqda, ichaklarda,

mushaklarda va hattoki bosh miyada uchrash holatlari ham e'tirof etilgan.

Inson organizmining parazitlar kista rivojlanayotgan a'zolari uning atrofida zich fibroz kapsula shakllanishi bilan javob beradi. Exinokokk kistasi ichki germinativ va tashqi xitin pardalardan tashkil topgan bo'ladi. Exinokokkning ichki pardasi suyuqlik chiqaradi, uning tarkibida skolekslar va tushgan joyida palak yoza oladigan qiz (дочерние) kistalari bo'ladi.

Klassifikatsiyasi.

Jigar exinokokkozining klinik kechishi bo'yicha ko'p mualliflar kasallikning uch asosiy bosqichini tafovut qiladilar:

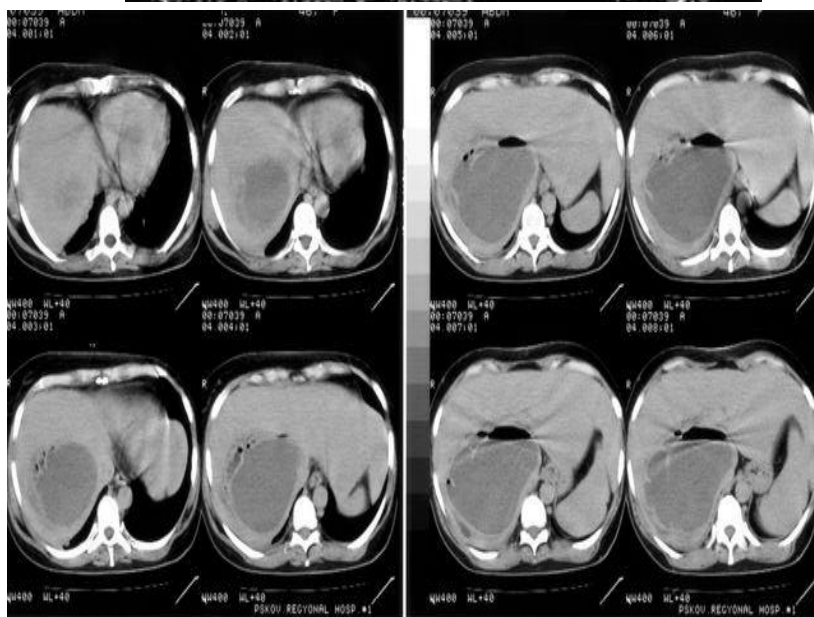
1-bosqichi: yashirin, simptomsiz.

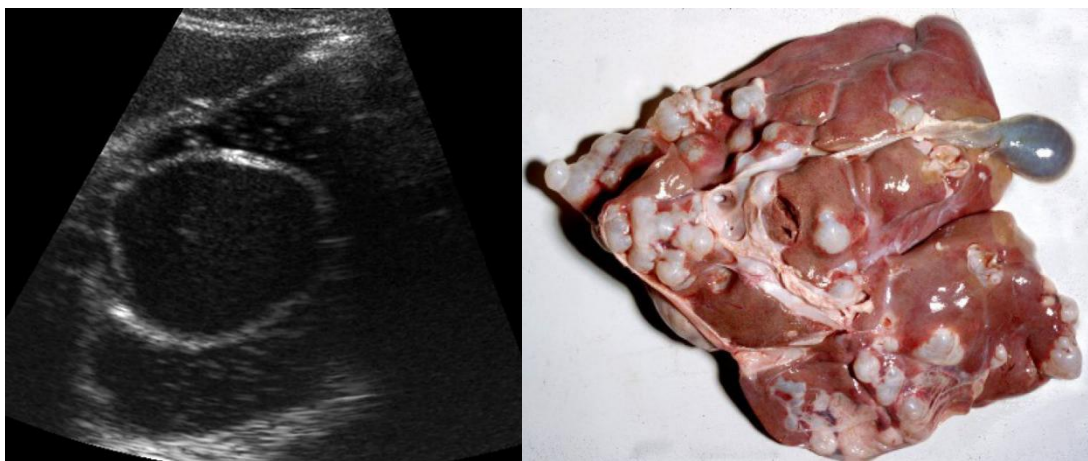
2-bosqichi: simptomlar yuzaga chiqqan.

3-bosqichi: asoratlarning rivojlanishi.

Jigar exinokokki kistasi birmuncha tez rivojlanib, katta o'lchamlarga etganda klinik jihatdan namoyon bo'ladi. Jigar va epigastriy sohasida simmillovchi zirqiragan og'riqlar paydo bo'ladi. So'ngra qorin old devorining (ayniqsa kista yirik o'lchamlarda bo'lsa) bo'rtib chiqishi kuzatiladi. Parazitning rivojlanishi jarayonida organizmda unga nisbatan antigen-antitelo reaksiyasi ishga tushadi va sensibilizatsiya jarayoniga sabab bo'ladi. Shuning uchun organizmda allergik holat yuzaga keladi va "eshak emi"ga o'xshash toshmalar toshishi kuzatiladi.

Exinokokk kistasi o'zining rivojlanishi (o'sishi) jarayonida, ayniqsa jigarning yirik qon tomirlari, o't yo'llari yonida joylashgan bo'lsa, ularni ezishi natijasida portal gipertenziya belgilari yoki mexanik sariqlik kabi asoratlarni keltirib chiqaradi. Ba'zi hollarda bemorning e'tiborsizligi yoki o'z vaqtida diagnostika qilinmaganligi oqibatida kistaning qorin bo'shlig'iga yorilishi ko'pincha anafilaktik shok, peritonit kabi og'ir asoratlarni yuzaga keltiradi. Keyinroq esa exinokokk tuxum va kistalarining yorilgan bo'shliqqa (qorin bo'shlig'i, plevral bo'shliq va b.) disseminatsiyasiga, ya'ni tushgan a'zolarida o'sib ko'payishiga olib keladi. Bu holat bemorlarni qayta-





Jigarda exinokkk kistasi UTT

Ko‘p kamerali exinokkk kistasi

9.3-rasm

Bemorda jigar exinokokkozi kasalligi borligiga shubha qilinganda uning anamnezini yig‘ishda kasbiga, uy xayvonlari yoki iti borligiga, alohida ahamiyat beriladi. Yuqorida keltirilgan shikoyatlarning borligiga e‘tibor beriladi. Ob‘ektiv ko‘rikda esa, jigarining kattaligiga, chegaralarining o‘zgarganiga qaraladi. Qonning umumiy tahlilida eozinofiliya, kista yiringlaganda esa yuqori leykotsitoz topiladi. Serologik reaksiyalar (RSG, RIGA, RGA, IFA) jigarining exinokokkozga uchragani xaqida 90% ga yaqin hollarda to‘g‘ri natija beradi. Rentgen tekshiruvi o‘tkazilganda diafragmaning zararlangan tarafda yuqori turishi, gumbazning bo‘rtib chiqishi, ba‘zan esa kista chegarasida kaltsinatlar borligini aniqlash mumkin. Ultratovush yordamida tekshiruv va kompyuter tomografiyasini o‘tkazish eng qulay va noinvaziv tekshirish usullariga kiradi va aniq ma‘lumot beradigan usullardan hisoblanadi.

Bugungi kunda yuqoridagi usullarning keng qo‘llanilishi, radioizotop va angiografik usullarni kasallik diagnostikasida qo‘llash o‘z ahamiyatini yo‘qotdi.

Jigar exinokokki xirurgik yo‘l bilan, exinokokkektomiya amaliyotini o‘tkazish yo‘li bilan davolanadi. Kistaning o‘lchamlari unchalik katta bo‘lmay, jigarining chetida joylashgan bo‘lsa – ideal exinokokkektomiya usuli qo‘llanilib(kistani xitin va fibroz pardalari bilan qo‘shib, butunligicha – bo‘shlig‘ini ochmasdan) olib tashlanadi.

Ko'pchilik hollarda buning iloji bo'lmasdan, kista ichidagi suyuqlik, avvalo punktsiya va aspiratsiya yo'li bilan bo'shatilib, so'ngra kista ochilib ichidagi germinativ va xitin pardalari olib tashlanadi. Albatta, bu amaliyot bajarilayotganda disseminatsiyaning oldini oluvchi barcha chora-tadbirlar qo'llaniladi. Fibroz pardaning ichiga glitserin bilan ishlov beriladi va tikib (kapitonaj) bo'shliq yo'qotiladi. Exinokokk kistasining joylashgan o'rniga qarab, bo'shliqni yo'qotishning usuli tanlanadi. Qator hollarda bo'shliqni katta charvi bilan tompanada qilib bo'shliq yo'qotiladi yoki bo'shliq ochiq holda qoldiriladi (abdominizatsiya). Agarda amaliyot jarayonida jigarda o't oqmalari topilsa, ular yaxshilab tiqilib, bo'shliqqa drenaj naychasi qo'yiladi. Yiringlagan kistani operatsiyaning asosiy bosqichi tugallangandan so'ng qo'shimcha ravishda drenajlanadi.

Hozirgi kunda jigar exinokokkini laparoskopik usulida operatsiya qilish usuli ham qo'llanilmoqda. Bu amaliyotga ko'rsatma bo'lib exinokokk kistasining ulchami 10 sm dan kichik bulishi, asoratlanmagan va jigarning 2-3-5-6-7-segmentlarda joylashgan bo'lishi kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda ushbu kasallikning qaytalanishini (retsdiv) profilaktika qilish maqsadida parazitga qarshi preparatlar (albendazol, mebendazol va b.) tavsiya etiladi.

Alveokok o'zida rangsiz suyuqlik saqlaydigan ko'p sonli mayda pufakchalardan iborat bo'lib, o'smasimon fibroz tugundan tashkil topgan bo'ladi. Alveolyar exinokokk infiltrativ o'sish qobiliyatiga ega bo'lib, o'sma o'sishini eslatadi, hamda o't yo'llari va qon tomirlarga o'sib kirishga qodir. Shu sababli alveokokkozning eng ko'p uchraydigan asorati yirik o't chiqaruvchi yo'llarini ezilishidan kelib chiqqan mexanik sariqlik hisoblanadi. Alveokokning infiltrativ o'sish xususiyati, magistral qon tomirlar va o't yo'llarini ezilishiga sabab bo'lib, jarrohlik amaliyotini bajarishda bir muncha qiyinchiliklar tug'diradi. Ba'zi hollarda, atipik yoki anatomik jigar rezektsiyasi amaliyotlarini bajarishga to'g'ri keladi, o't yo'llari esa drenajlanadi. Alveolokokkoz "o'chog'i"ga parazitga qarshi qo'llaniluvchi preparatlar (flavakridin) yuboriladi.

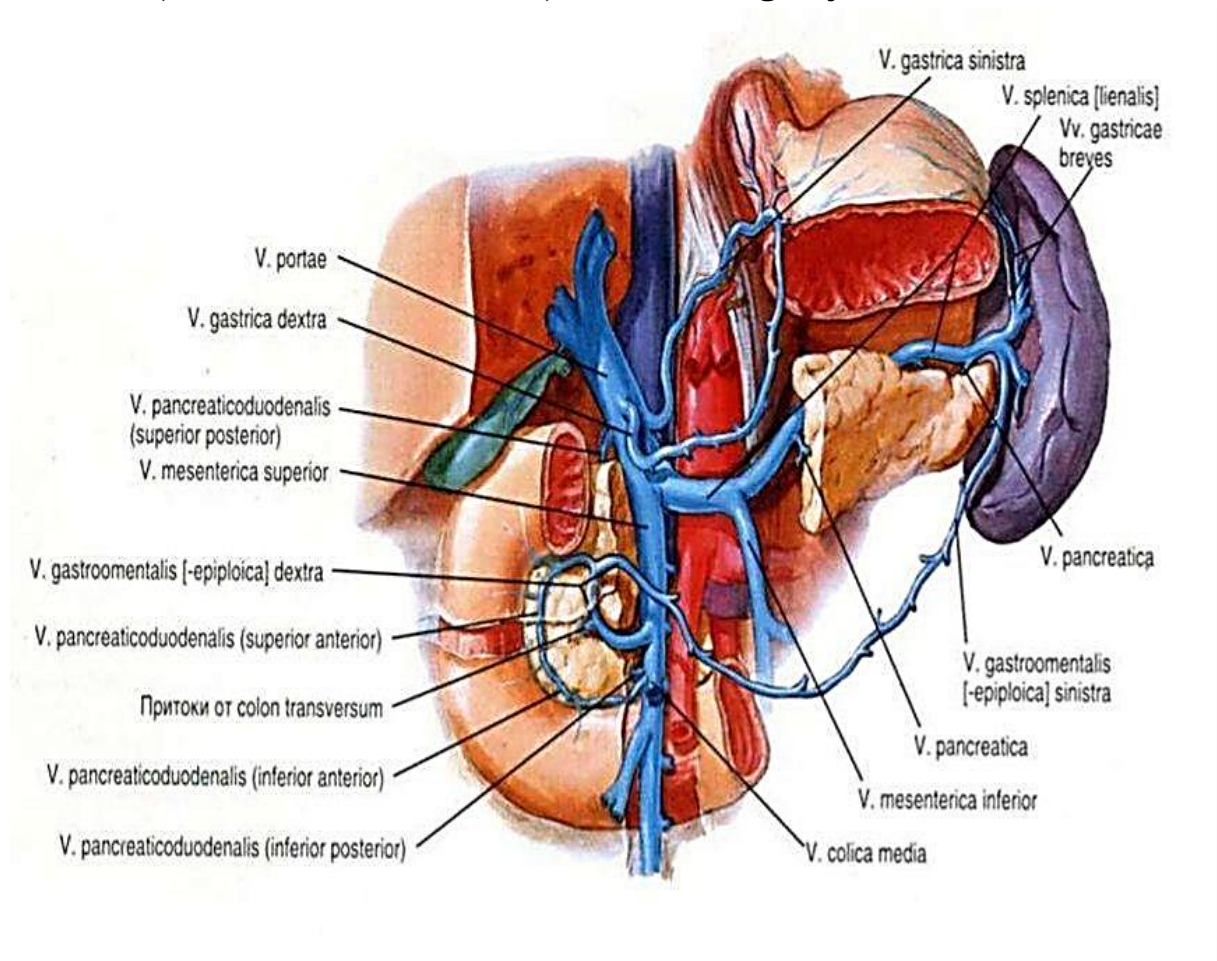
Nazorat savollari

- 1) Jigar al'veokokkozi kasalligini keltirib chiqaruvchi parazit?
- 2) Jigar exinokokkozi kasalligini keltirib chiqaruvchi parazit?
- 3) Jigar retension kistasi klassifikatsiyasiga ko'ra qanday kista hisoblanadi?
- 4) Jigar parenximasida solitar yoki ko'p sonli, fibroz to'qima bilan chegaralangan yiringli bo'shliqlar bo'lishi bu-...?
- 5) Jigar sirroziga xos bo'lgan laborator ko'rsatkich?
- 6) Tugunlar xarakteriga ko'ra sirroz turlari?
- 7) Jigar sirrozini eng ko'p kuzatiladigan asoratlari?
- 8) Jigar esirrozining makroskopik belgilari?
- 9) Jigar sirroziga olib keladigan faktorlar?
- 10) Jigar sirrozida intoksikasion psixoz belgilari qanday bemorlarda ko'p kuzatiladi?
- 11) Exinokokk qaysi kasalliklar kategoriyasiga kiradi?
- 12) Jigar exinokokki operatsiyasida qanday kesmani qo'llash nimaga bog'liq bo'ladi?
- 13) Jigar abstsessiga ko'proq olib keluvchi omil (sabab)?
- 14) Jigarni ikkala bo'lagi bilan ham bog'liq qon tomir?
- 15) Jigar polikistozi bilan og'rigan bemorlarni qanday davo usuli qo'llaniladi?
- 16) Linberg bo'yicha qanaqa jigar kistalarini bilasiz?
- 17) Jigar kistasi simptomlarini ayting?
- 18) Jigar kistasi asoratining belgilarini ayting?
- 19) Jigar abstsessining asosiy belgilarini ayting?
- 20) Qaysi kasalliklar ko'pincha diafragma osti abstsessiga sababi bo'ladi?
- 21) Jigar operatsiyasida qon to'xtatuvchi optimal usul?
- 22) Qaysi operatsiyalar jigar abstsessi uchun xarakterli?
- 23) Jigar nechta bulakdan iborat?
- 24) Jigarda nechta segment bor?
- 25) Jigar funktsiyasiga nimalar kiradi?

- 26) Jigar shikastlanishini asosiy kursatkichi?
- 27) Jigar shikastlanganda kechki asorati?
- 28) Jigar abstsessi rivojlanishida patogen mikrofloraning jigar to'qimasiga tushish yo'llari?
- 29) Jigar abstsessi va exinokokkozini qiyosiy tashxislashdagi aniq diagnostik usul?
- 30) Jigar abstsessining rentgenologik belgilari?

X BOB. PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI

Turli xil sabablarga ko'ra darvoza tomirlari, jigar venasi va pastki kovak venada qon oqimining buzilishi natijasida darvoza vena xavzasida bosimni (12 mm sim. ustunidan) ko'tarilishiga aytiladi.



10.1-rasm

Etiologiyasi-kelib chiqish shakliga ko'ra: Qonni adekvat oqib ketishi qarshilik qiluvchi to'siqlar (blokklar) 4 turga bo'linadi.

- Jigar osti,
- Jigar ichidagi
- Jigar usti
- Aralash to'siqlar kiradi.

O'z navbatida jigardan tashqari to'siqlar 2 turli bo'ladi: jigargacha (jigar osti) va jigardan o'tgach (jigar usti) blokklar.

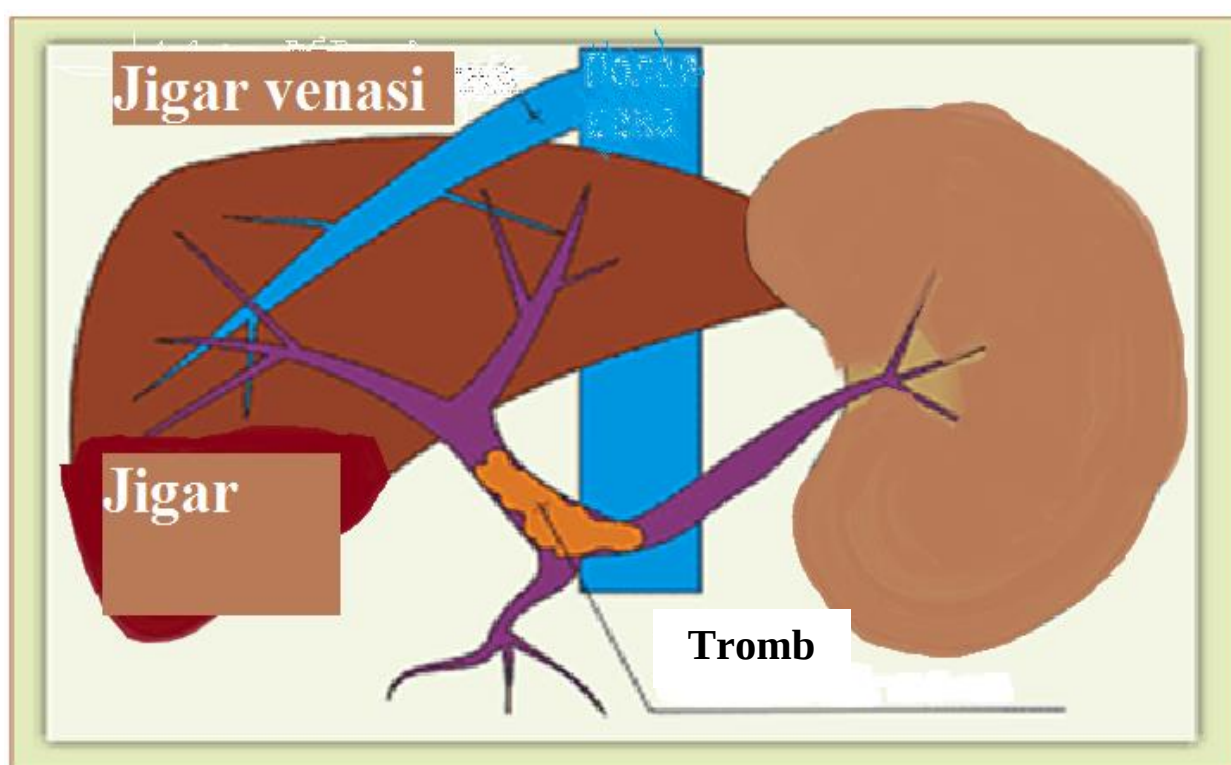
I. Portal gipertenziyaning rivojlanish jarayonida jigardan tashqari (Jigar osti) (10-12%) to'siq hosil bo'lishining Birlamchi sabablari:

-Darvoza venasining rivojlanish nuqsonlari (vena bo'shlig'i atreziyasi, obliteratsiyasi).

Ikkilamchi sabablar:

Qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonlari – pankreatit, appenditsit va boshqalar.

-Omfalit, kindik venasining flebiti, sepsis, yaqin turgan a'zolar o'smasi tomonidan ezilishi, travmalar, shu jumladan operatsiyalar natijasida paydo bo'lishi mumkin. Bundan tashqari total jigardan tashqari portal gipertenziya hamda segmentar jigardan tashqari portal gipertenziya farqlanadi.



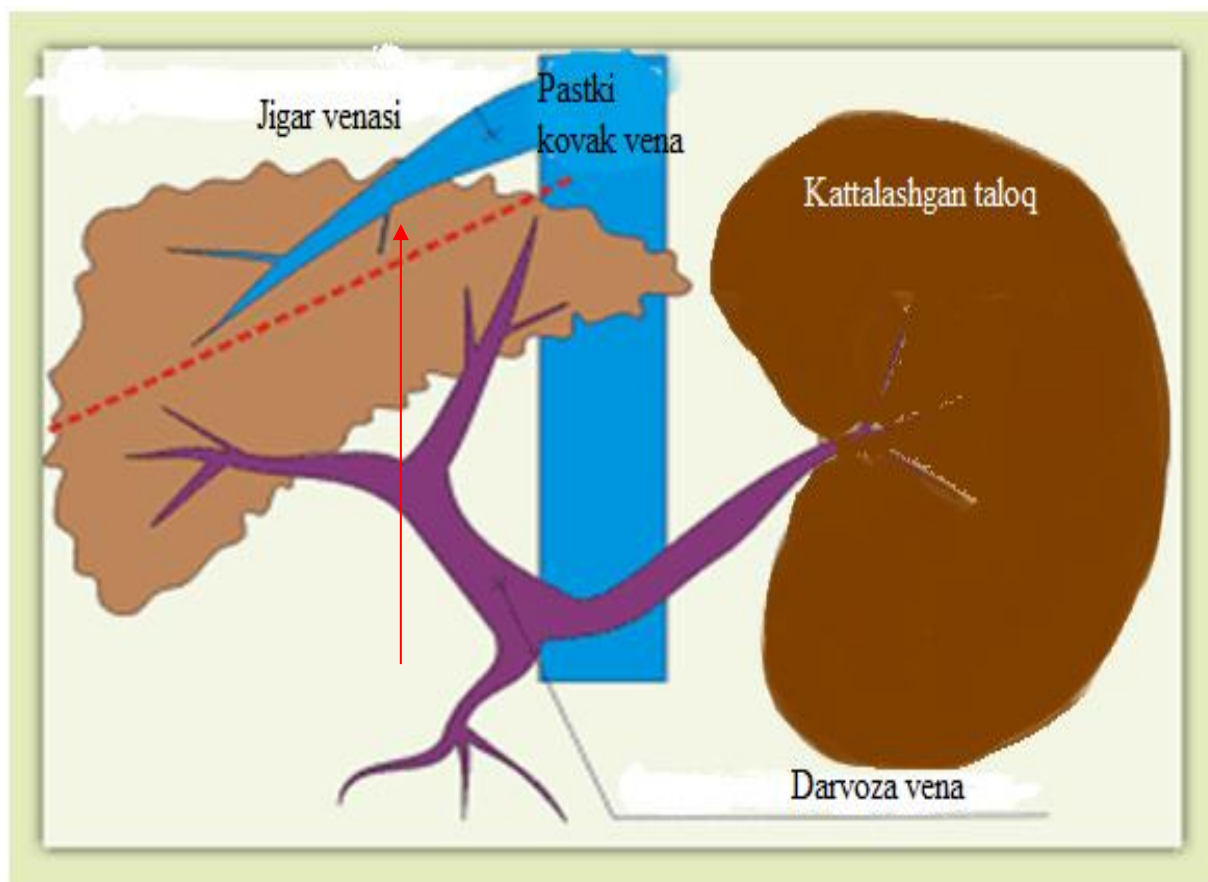
10.2-rasm. Darvoza venasidagi tromb (to'siq) ko'rsatilgan.

II. Portal gipertenziyaning jigar ichi to'sig'i odatda ko'proq (80-90% gacha) uchraydi.

-Jigar parenxemasi biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi natijasida porta venaning jigar ichki sohalarining reduktsiyasi kuzatiladi.

-Sirrozda jigarning arterial oqimi keskin kamayadi, chunki jigarning butun arterial oqimi torayadi, taloq tomonda esa oqim ortadi.

-Taloq arteriyasida qon oqimining hajmi yuqori bo'lganligi sababli taloq venasidan qon chiqib ketishi qiyinlashadi va taloqda qon miqdori 50 ml-dan 1000 ml-gacha ortib borishi natijasida splenomegaliya kuzatiladi.



10.3-rasm. To'siq jigar ichida joylashgan bo'lib o'zgargan jigar to'qimasi, darvoza venasidagi qon fil'tratsiya bo'lishga ulgurmaydi ko'rsatilgan.

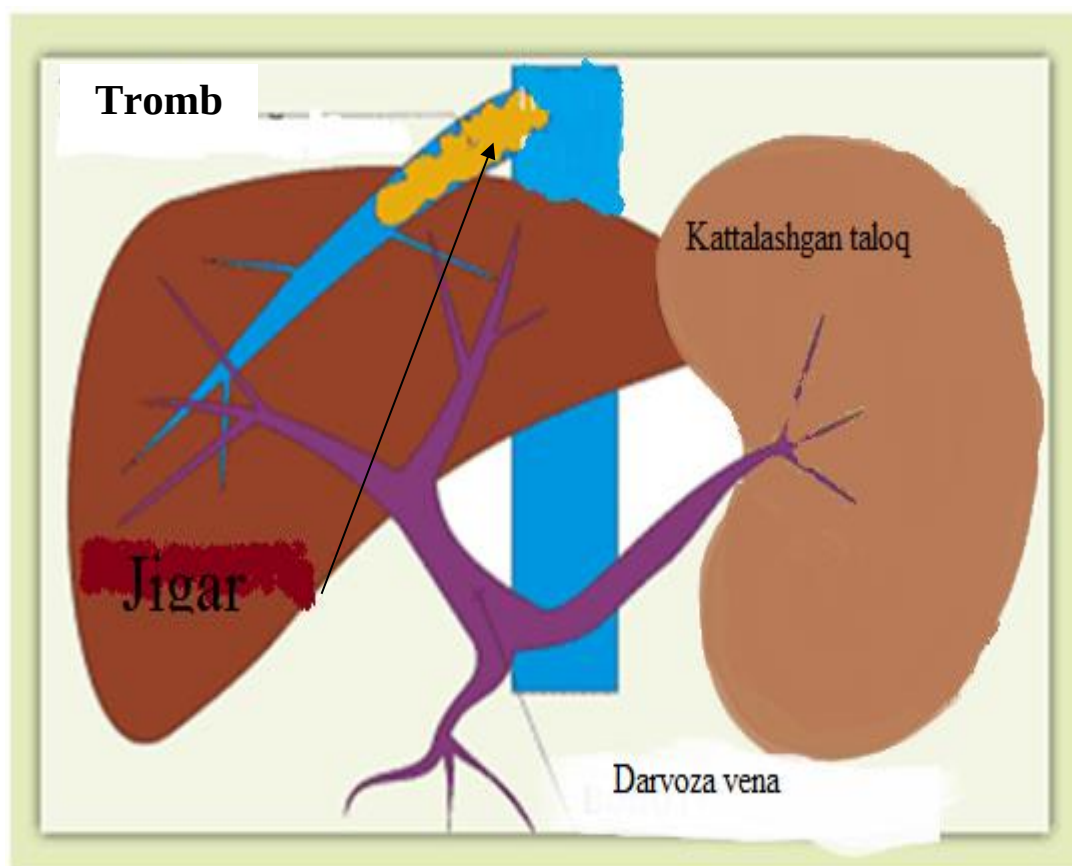
III. Jigar usti bloki (to'siq).

-Jigar venasi kasalliklari

1. Vena-okklyuzion kasalligi
2. Badda-Kiari kasalligi (sindromi)
 - Pastki kovak vena trombozi
 - Yurak kasalliklari
1. Kardiomiopatiya
2. Yurakni klapan nuqsoni
3. Konstriktiv perikardit

➤ Kovak venani torayishi: jigarni tug'ma o'sma kasalligi bilan bosilishidan jigarni kattalashishi yuzaga keladi.

➤ Badda - Kiari kasalligi simptomokompleks kasallik bo'lib qon oqib ketishini buzilishi jigar venasida kuproq obliterayatsiyalovchi endoflebit sababidan kelib chiqadi. Birincha marta patologoanatom Budd (1846), Chiari (1899) va A. Abrikosov (1905) kabi olimlar tomonidan aniqlangan.



10.3-rasm. To'siq jigar venasi yoxud pastki kovak venada joylashgan bo'ladi.

➤ O'ng yurak yetishmovchiligi- yurak o'ng bo'lmasi venoz qonni qabul qilib xaydashga ulgurmasligi natijasida ichki organlar va jigarda o'zgarish kuzatiladi.

IV. Portal gipertenziyani aralash formasi – jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlarda qo'shimcha ravishda darvoza venasining trombozini rivojlanishi kiradi. Darvoza venasida bosimning ortishi idiopatik deb nom olgan portal gipertenziyada, darvoza venasi o'zaniga

arteriovenoz fistula orqali jadal qon oqib kelishidan paydo bo'lishi mumkin.

Portal gipertenziya sindromi klassifikatsiyasi

Patsiora bo'yicha klassifikatsiyasi

1. Portal qon aylanishning jigar usti blokadası:
a) yurakni pik sirroziga olib keluvchi sabab
b) Kiari kasalligi (jigar venasi trombozi);
v) Badda — Kiari sindromi (jigar venasi sathidagi pastki kovak vena trombozi, stenoz yoki jigar venasi yuqorisi obliteratsiya, o'sma yoki chandiq bilan bosilishi,).

2. Portal qon aylanishning jigar ichi blokadası:
a) turli formadagi jigar sirrozi (portal, postnekrotik, biliar, aralash);
b) jigar o'smasi (qon tomir, parazitar, bez);
v) jigar fibrozi (portal, chandikli, travmadan keyingi, lokal` yallig'lanish jarayoni).

3. Portal qon aylanishning jigar osti blokadası:
a) fleboskleroz, obliteratsiya, darvoza vena yoki uning tarmoqlari trombozi;
b) tug'ma stenoz, darvoza vena yoki uning tarmoqlari atreziyasi;
v) darvoza vena yoki uning tarmoqlarini chandikli, o'sma, shuningdek infil'trat bilan bosilishi.

4. Portal qon aylanishning aralash blokadası:
a) jigar sirrozini darvoza vena trombozi bilan qo'shib kelishi (jigar birlamchi sirrozi, darvoza vena trombozi asorati);
b) jigar sirrozini darvoza vena trombozi bilan (portal sirroz darvoza venasi trombozi natijasida portal jigar sirrozi).

Portal gipertenziya sindromini klinik kechishiga ko'ra bosqichlari
Kompensatsiya (boshlang'ich bosqich—portal bosimni o'rtacha 250-340 mm s.u. gacha ko'tarilishi, qon aylanishini jigar ichida kompensatsiyalanishi, splenomegaliya bilan gipersplenizm yoki usiz);

Subkompensatsiya (yuqori portal bosim 350-400 mm s.u. gacha ko'tarilib splenomegaliya, qizilo'ngach va oshqozon venalarini varikoz

kengayishi qon ketish yoki qon ketishsiz bo'lishi, qon aylanishini darvoza-jigar tizimida rivojlangan buzilishi);

Dekompensatsiya (splenomegaliya, qizilo'ngach va oshqozon venalarini varikoz kengayishi qon ketish yoki qon ketishsiz bo'lishi, astsit, qon aylanishini darvoza-jigar va markaziy tizimda rivojlangan buzilishi).

Portal gipertenziya shakliga qarab ushbu bosqichlarning klinik kechishi turli xil bo'lishi mumkin. Bu farq jigar funktsional holatining buzilish darajasi va bu bilan bog'liq boshqa patalogik reaksiyalar xam paydo bo'lishi mumkin.

Patogenezi. Shunday qilib, qorin bo'shlig'ining toq a'zolaridan darvoza venasi sistemasiga qonning oqib kelib toki pastki kovak venaga quyilishigacha bo'lgan joyda to'siq paydo bo'lishi – portal gipertenziyaga, bu holat esa o'z navbatida tabiiy portokoval anastomozlarning yuqori darajada rivojlanib ketishiga (varikoz kengayishiga), ular orqali esa qonni kaval vena sistemasiga tushishiga olib keladi. Portal sistemada gipertenziyaning yanada ko'tarilishi, tabiiy portokaval anastomozlarda bosimning yanada ortishiga, ularning yorilishi oqibatida qizilo'ngachning pastki 1/3 va me'daning kardial qismidan, gemorraidal venalardan, ba'zida esa qorin devorining pastki qismidagi venalardan katta miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi, shu sababdan, portal gipertenziyaning asosiy belgilaridan: splenomegaliya, qizilo'ngach pastki 1/3 va me'daning kardial qismi venalari, gemoroidal venalar hamda qorin devorining pastki qismidagi venalarning varikoz kengayishi va astsit suyuqligining borligi alohida ahamiyatga ega bo'ladi.

Klinikasi-Bemorlar – holsizlik, epigastral sohadagi og'riqlar, ishtahaning yo'qligi, ko'ngil aynishi, qorinning dam bo'lishi, qabziyatdan noliydilar.

Bemor ko'zdan kechirilganda: teri qoplamalari rangpar, quruq, tana mushaklari atrofiyaga uchrash holatida, vazni kamaygan, qorni kattalashgan, baqanikiga o'xshash yonlari astsit hisobiga



10.4-rasm. Astsit hisobiga ovalsimon qorin bo‘rtib chiqqan, qorinning pastki yon tomonlarida kengaygan varikoz venlar (caput medusae) ko‘rinadi.



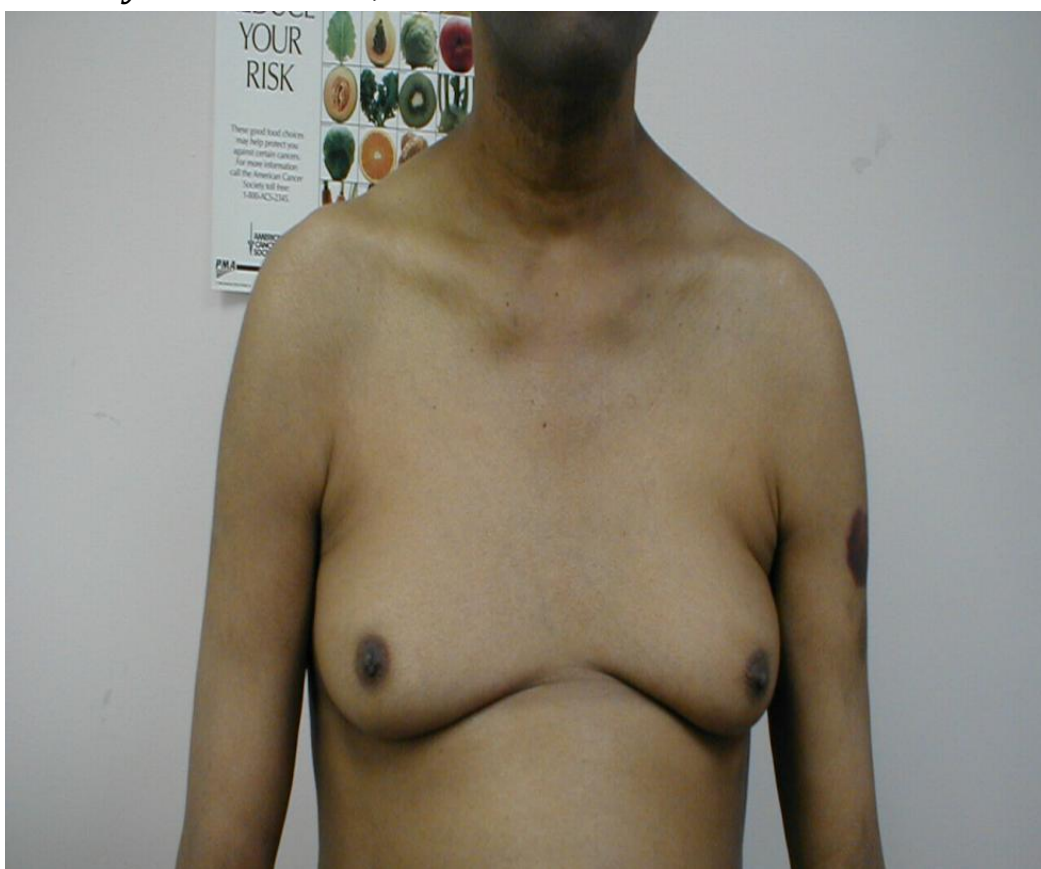
10.5-rasm. Kengaygan varikoz venlar (caput medusae) “tomir yulduzchalari”,

Jigar xastaligining belgilaridan: “tomir yulduzchalari”, petexiyalar hamda bemor kaftlarida (***Pal`mar eritema***) xos o‘zgarishlarni aniqlash mumkin.



10.6-rasm. Pal`mar eritema

Taloqni kattalashishi (splenomegaliya) va gipersplenizm hamda ***ginekomastiya*** bilan oʻtadi, bu



10.7-rasm. Ginekomastiya.

Trombotsitopeniya, leykopeniya, anemiya holatlari bilan yuzaga chiqadi. Jigar faoliyatining buzilganligi – qon ivish omillarining ishlaniishi, trombositlar miqdorining kamayishiga hamda gipokoagulyatsiyaga olib keladi. Buning ta'sirida milklar qonashga moyil bo'ladi, burundan qon oqishi yuzaga keladi. Jigar ichi gipertenziyasida kasallikning kechishi tsirroz kasalligining tabiatiga (postnekrotik, alkogoldan keyin va b.), jarayonning aktivligiga, jigardagi funktsional buzilishlar darajasiga bog'liq bo'ladi.

Jigar usti blokining o'tkir turlarida (Kiari, Badd-Kiari sindromlari) gipertenziya hisobiga epigastral sohada, o'ng qovurg'alar ostida to'satdan kuchli og'riqlar paydo bo'ladi, gepatomegaliya belgilari va astsit miqdori tez ortib boradi. Bemorlar ko'pincha, avj olib boradigan jigar va buyrak etishmovchiligidan halok bo'ladilar. Kasallikning surunkali turida gepatomegaliya va splenomegaliya kuzatiladi, oldingi qorin devorida kollateral venoz tomirlar to'ri aniqlanadi, astsit orta boradi, oqsil almashinuvining buzilishlari va og'riqlar kuchayib boradi.

Jigardan tashqari blokda jigar faoliyati uzoq vaqtgacha qoniqarli darajada qolishi mumkin, portal gipertenziya tasodifan splenomegaliya topilganda yoki qizilo'ngach va me'daning varikoz venalaridan qon ketganda aniqlanishi mumkin.

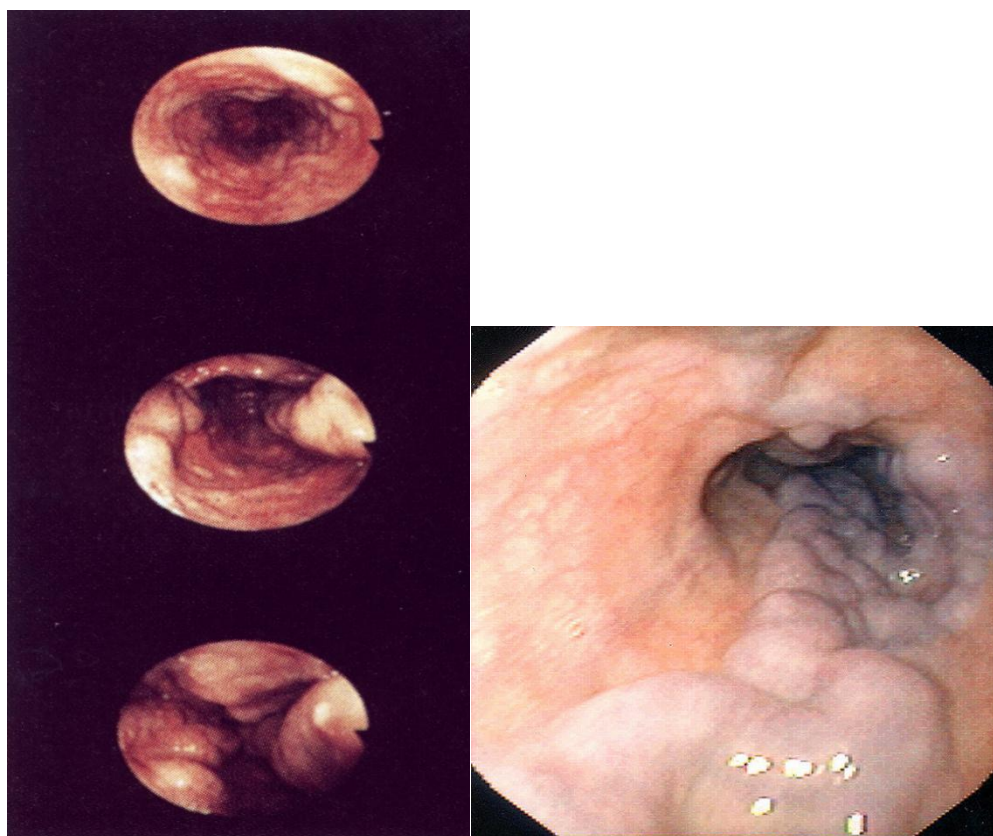
Kasallikning kompensatsiya bosqichida portal bosim o'rtacha darajada ko'tariladi. Klinik ko'rinishlarida jigar tsirrozi belgilari ustunlik qiladi. Kengaygan portosistem kollaterallar, qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi, kasallikning subkompensatsiya bosqichiga o'tganligidan dalolat beradi. Tranzitor (o'tib ketadigan) yoki rezistent (barqaror) astsit borligi, jigar o'lchamlarining kichrayishi, hatto atrofiyagacha qisqarishi, jigar etishmovchiligini keltirib chiqaradi va portal gipertenziyaning dekompensatsiya bosqichidan darak beradi.

Jigarning funktsional holatiga baho berish uchun xalqaro Chayld-Pyu tasnifi qo'llaniladi, unda jigar-xujayra etishmovchiligining asosiy belgilar baholanadi (10.1-jadval).

Jigar etishmovchiligini Chayld-Pyu bo'yicha tasnifi

Belgilar	Ballar soni		
	1	2	3
Astsit	Yo'q	Tranzitor	Barqaror
Entsefalopatiya	yo'q	Tranzitor	Yaqqol
Bilirubin	30 mkmol/l	30-50 mkmol/l	50 mkmol/l dan ortiq
Albumin	35 g/l dan ortiq	35-28 g/l	28 g/l dan kam
Protrombin indeksi	65-100%	65-55%	55% dan kam

Portal gipertenziya sindromini diagnostikasi - instrumental tekshirish usullari qizilo'ngach va me'daning varikoz venalari borligini, ularning o'lchamlari va tarqalganlik darajasini aniqlash EGDFS tekshiruvi orqali amalga oshiriladi.



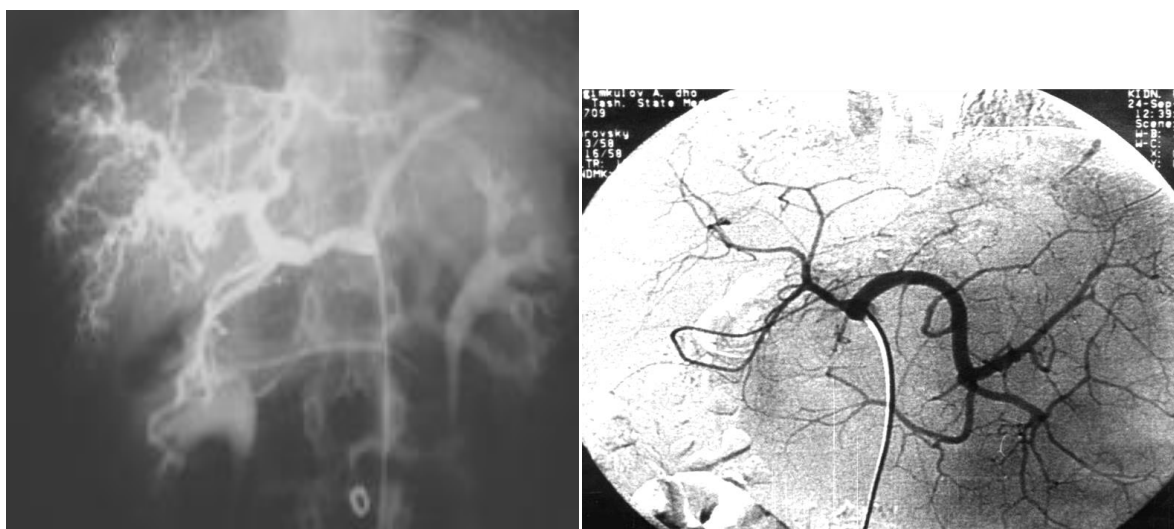
10.8-rasm. EGDFS tekshiruvi.

Ezofagogastroduodenofibroskopiya, bemorga rentgenologik tekshirish, jigarda qon ta'minoti buzilishlari tabiatini, darvoza venasidan qon oqimi bo'ylab to'siqning sababi va darajasini aniqlash uchun

(dopplerografiya, tseliakografiya, kavagrafiya, splenoportografiya, teri orqali jigar orqali portografiya) tekshiruvlarini o‘tkazish zarur bo‘ladi.



10.9-rasm. Dopplerografiyada Darvoza venasining trombozi aniqlangan.



10.10-rasm. Angiografik tekshiruv usullari Seliakografiya.

Portal gipertenziyani davolash, blokning turiga, kasallik bosqichiga va kompensatsiya darajasiga uzviy bog‘liq bo‘lib, muolajaning asosiy yo‘nalishi blok sabablarini bartaraf etish, jigar faoliyatini tiklash va kelib chiqishi mumkin bo‘lgan asoratlar profilaktikasiga yo‘naltirilgan.



10.11-rasm. Splenoportografiya.

Davolash usullari:

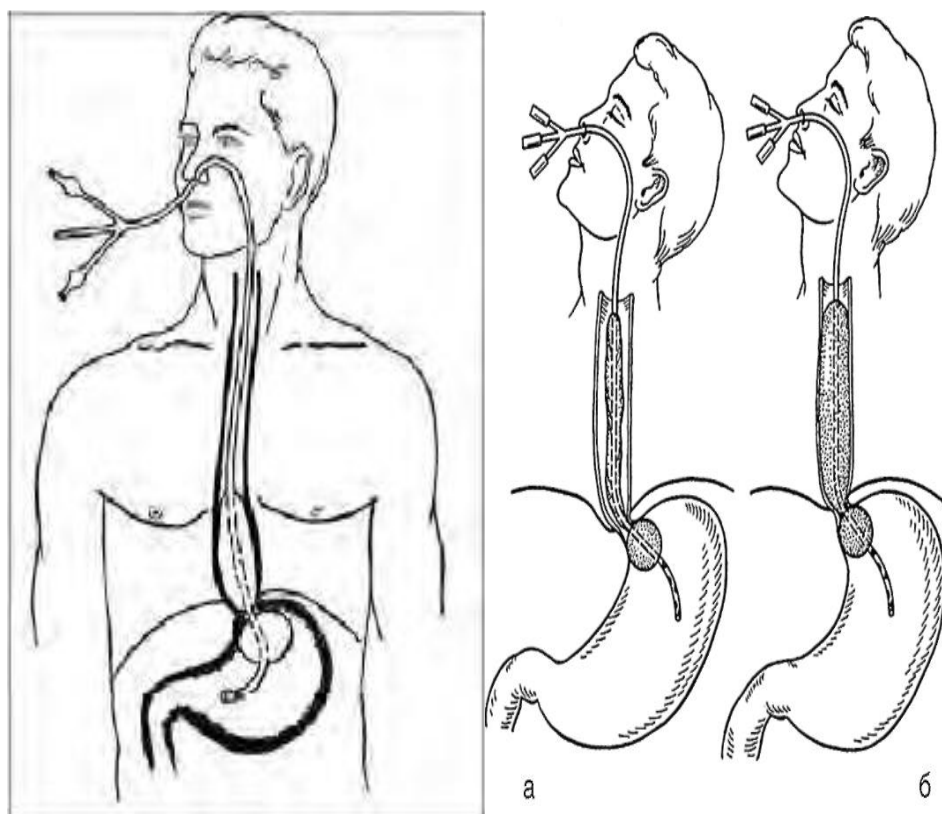
Portal gipertenziya sindromida konservativ davolash.

1. Rejim;
2. Parhez;
3. Oqsil almashinuvini korrektsiya qilish;
4. Gepatotsitlar funktsiyasini stimulyatsiyalash;
5. Endogen intoksikatsiya sindromini davolash;
6. Gormonoterapiya;
7. Immunoterapiya;
8. Vitaminoterapiya (B,E) guruh;
9. Gemorragik sindromni davolash;
10. Astsit bo'lganda diuretiklar qo'llash;
11. Entsefalopatiya profilaktikasi.
12. Qizilo'ngach venalaridan qon ketishini profilaktikasi.

Portal gipertenziyaning og'ir asoratlardan biri – qizilo'ngachning pastki 1/3 va me'da kardial qismidagi varikoz kengaygan venalardan profuz qon ketishi hisoblanadi. Bunda odatda bemorlarda epigastral sohada oldindan biror og'riq sezilmay, birdaniga qizil rangdagi qon va ivindilari bilan qayt qilish ro'y beradi. Bu holatda ko'pincha bemorlarda

postgemorragik shok, uning oqibatida ro'y beradigan hayotiy muhim a'zolar faoliyatining buzilishi va etishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi, avj oladi. Shu holat yuz bergan bemorlarning taxminan 1/3 qismini halokatga olib keladi.

Varikoz kengaygan venalardan bu xildagi qon ketishini davolash konservativ tadbirlar (muolaja) dan boshlanadi. Vaqtinchalik gemostaz uchun bemorlarga burun yoki og'iz orqali Blekmor-Seyngsteyken zondi qo'yiladi va ishchi holatga keltiriladi (10.12-rasm).



10.12-rasm. Qon ketganda o'rnatilgan Blekmor-Seyngsteyken zondi.

Ushbu zondning boshlanish qismida yumaloq (me'da uchun) va tsilindrsi-mon (qizilo'ngach uchun) shakldagi ikkita pufakchalari bo'lgan 3 kanalli rezina naychadan iborat bo'lib, ikkita kanali pufakchalarni shishirish uchun ishlatiladi. Uchinchi kanali esa, me'da shirasini aspiratsiya qilish va gemostatik muolaja samaradorligini nazorat qilish uchun xizmat qiladi.

Zondni o'rnatishdan oldin pufakchalarga havo yuborish yo'li bilan shishirib, ularning butunligi tekshirib ko'riladi. Avvalo zond burun yoki

og‘iz orqali me‘daga kiritiladi, so‘ngra me‘daga tegishli pufakchaga havo yuborib shishiriladi. Undan so‘ng zond retrograd yo‘nalishda yaxshilab tortilib, me‘daning kardial qismini mahkam bosib turishi ta‘minlanadi va qizilo‘ngach uchun mo‘ljallangan pufakcha shishiriladi. Zond shunday xolatda mahkamlanadi. Me‘dani bir necha marta sovuq suv bilan yuviladi. Qonayotgan varikoz venalarni zond pufakchalarining mahkam bosishi, ketayotgan qonning to‘xtashiga sharoit yaratadi. Bir necha soat o‘tgach (12-24), qon ketish to‘xtagach pufakchalardagi bosim kamaytirilib, zondan chiqayotgan suyuqlik tabiati nazorat qilinadi. Qizilo‘ngachda zondni ishchi holatda ushlash 2 sutkadan oshmasligi kerak. Albatta ushbu tadbir kompleks muolaja ostida qilinishi kerak.

Muolaja zamirida shokni bartaraf etuvchi tadbirlar, gemostatik preparatlarni qo‘llash, yo‘qotilgan qon o‘rnini to‘ldirish va hayotiy muhim a‘zolar faliyatini tiklash yotadi. Darvoza venasida bosimni kamaytirish uchun vazoaktiv preparatlar (vazopressin, terlipressin, oktropid) qo‘llaniladi.

Operativ davolash usullari:

Portal gipertenziya sindromida xirurgik davolashga ko‘rsatma:

- ✓ *Jigardan tashqari portal gipertenziya sindromi;*
- ✓ *Jigar sirrozi kompensatsiya bosqichi;*
- ✓ *Bemor oldin qizilo‘ngach va oshqozon venalaridan qon ketish bilan operatsiya bo‘lgan bo‘lsa.*

Portal gipertenziyaning operativ davolash usullarini tasnifi

1. Portal sistemadan yangi qon oqish yo‘llarini hosil qiluvchi operatsiyalar

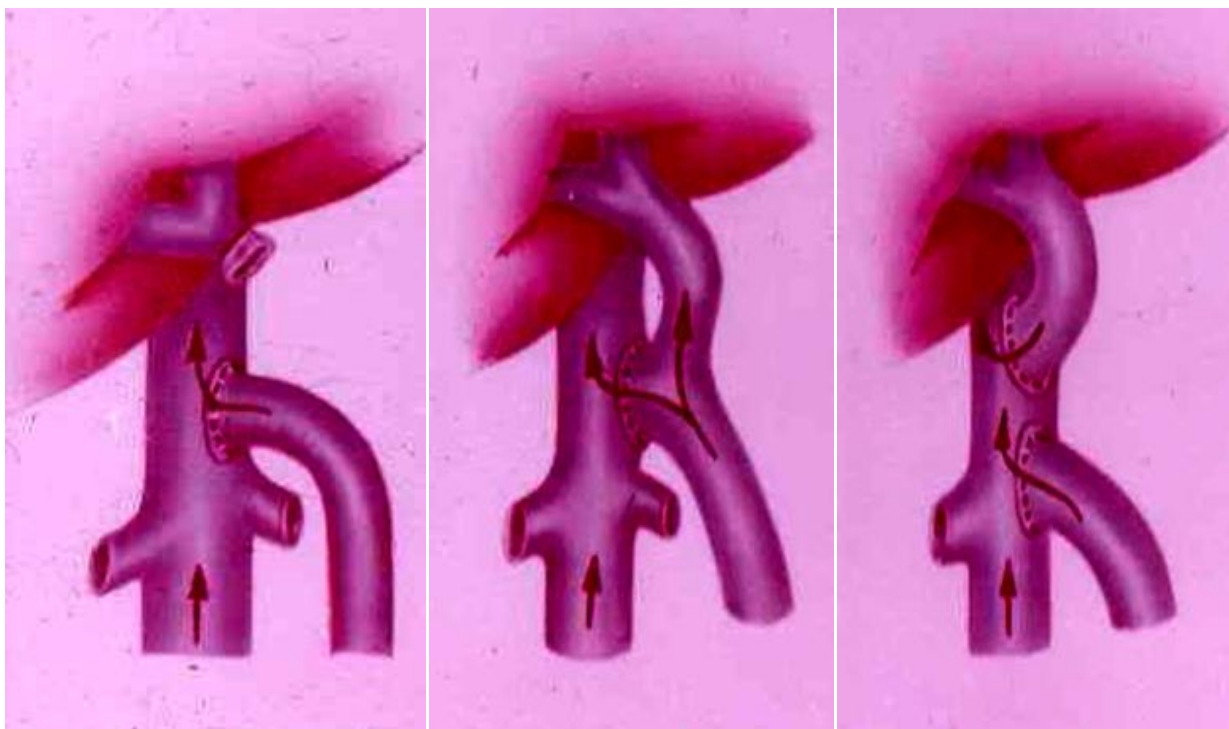
- a. poptokaval anastomozlar
- b. opganopeksiya
- v. omentopeksiya

2. Portal sistemaga qon kelishini kamaytiruvchi operatsiyalar

- a. splenektomiya
- b. qorin poyasini bog‘lash

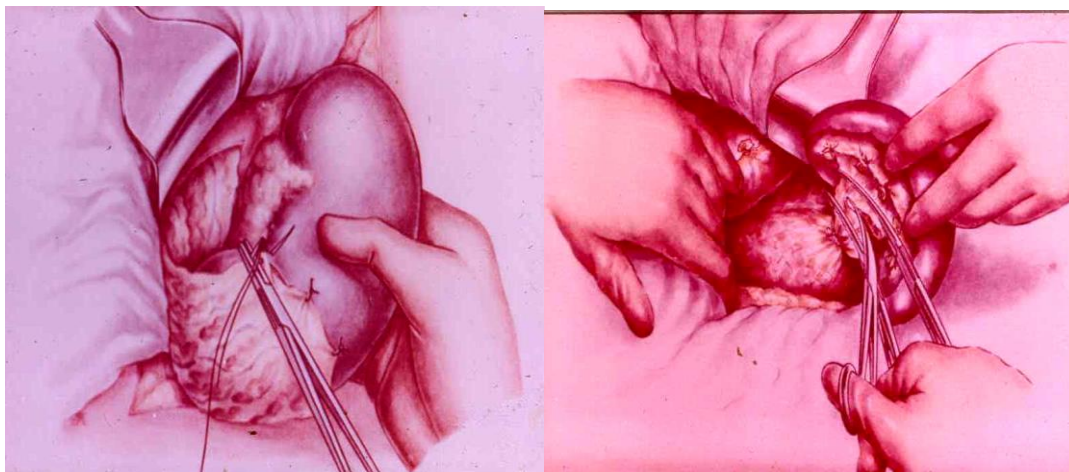
3. Portal sistemani me'da va qizilo'ngach venalaridan ajratuvchi opepatsiyalar
 - a. Sugiuri opepatsiyasi
 - b. Me'da proksimal qismini va qizilo'ngach pastki uchligini rezektsiyasi
 - v. Me'da va qizilo'ngach venalarini bog'lash
4. Jigar ichi arterial qon aylanishini va regeneratsiyasini yaxshilovchi operatsiyalar
 - a. Jigarni qisman rezektsiyasi
 - b. Jigarni elektroditermokoagulyatsiyasi
 - v. Jigar arteriyasini nevrotomiyasi
 - g. arterioportal anastomozlar
5. Qorin bo'shlig'idan astsitik suyuqlikni olib ketuvchi operatsiyalar
 - a. Son teri osti venasi bilan anastomoz
 - b. Peritoneovenoz shuntlash va boshqalar
6. Jigar transplantatsiyasi
7. Endovaskulyar operatsiya

Sindromning jigardan tashqari blok turlarida, ko'pincha bemorlar xirurgik usulda davolanishlari lozim bo'ladi. Portosistem-splenorenal, mezenteriko-kaval yoki bevosita portokaval anastomozlar qo'yish operatsiya-lari ko'proq qo'llaniladi. Jigar tsirrozi keltirib chiqargan portal gipertenziyalı bemorlarni davolashda xirurgik davolashdan, jigarda aktiv jarayon va jigar etishmovchiligi simptomlari bo'lmagandagina foydalanish mumkin. Bemorning yoshi va umumiy ahvoliga, qo'shimcha kasalliklar borligi va ularning turiga, jigarning buzilgan faoliyatlarini tiklanish darajasiga, gipersplenizmning yuzaga chiqqanligiga, hamda kompensatsiya darajasiga muolaja uzviy bog'liq bo'ladi. Bugungi kunda, xirurgik yo'l bilan davolashning ikkita asosiy yo'nalishi qo'llaniladi: darvoza venasida bosimni pasaytirish uchun portosistem anastomozlar qo'yish yoki qon ketishlarning oldini olish maqsadida gastroezofageal shuntlarni qo'yish.



10.13-rasm. Bevosita portakoval shuntlash operatsiyasi

Bemorlarda astsit suyuqligi bo'lganda, ovqatlanish jarayoni buzilganda va nevrologik belgilar yuzaga kelganda, operatsiyaning natijalari qoniqarsiz, operatsiyadan keyingi o'lim darajasi yuqori bo'ladi.



10.14-rasm.

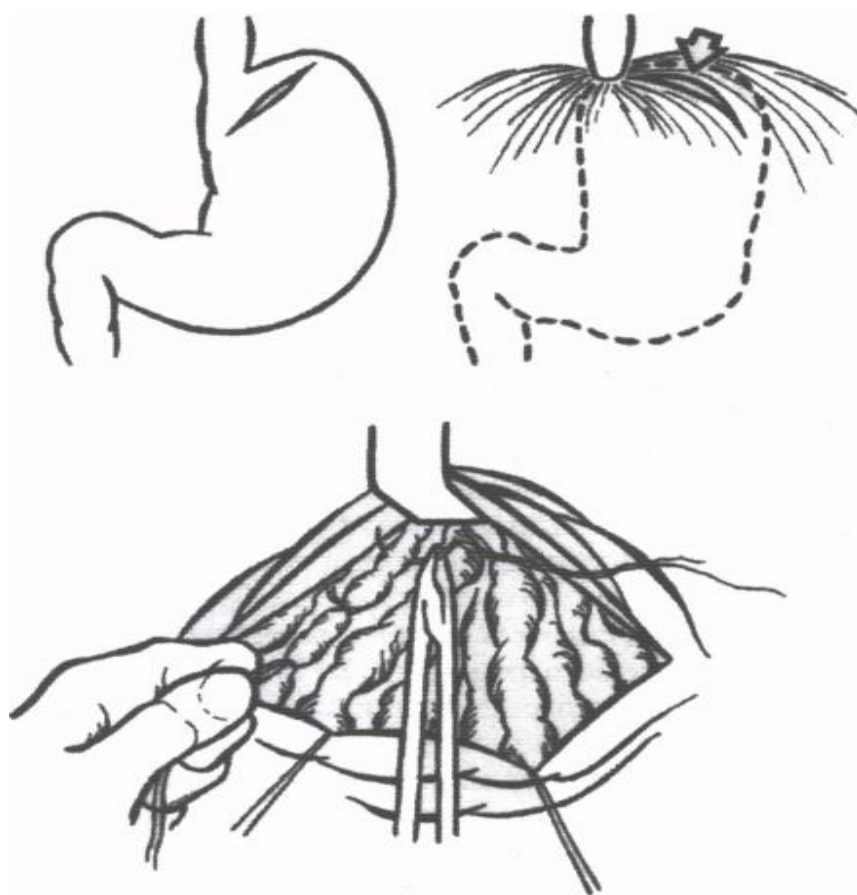
1) Orgonapexiya.

2) Splenektomiya

Portal gipertenziyalı bemorlarni davolashda bugungi kunda qo'llaniladigan progressiv va kam invaziv usullardan biri endovaskulyar usullardir. Bu usullarga: taloq arteriyasini surunkali embolizatsiya qilish, qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalarini o'tkir embolizatsiyasi kiradi. Bu usul orqali jigar ichiga portosistem shunt

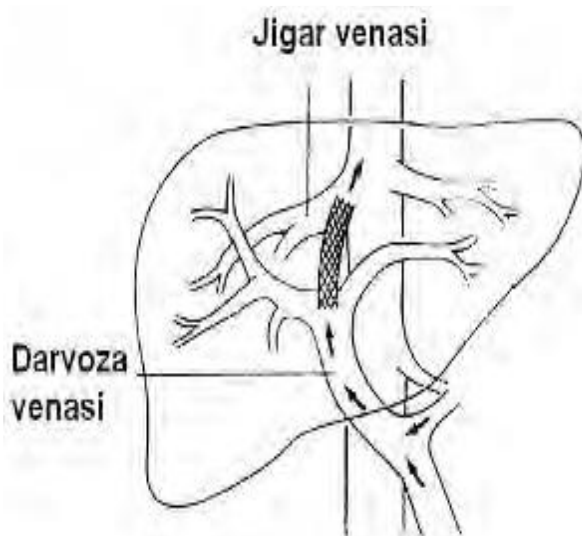
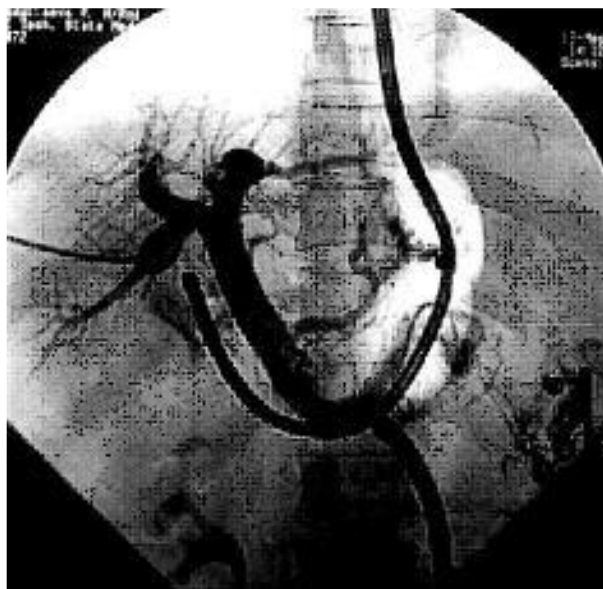
qo'yish ham mumkin. Bu xildagi kam jarohatlash usullari bilan davolash samaradorligi ancha yuqori bo'ladi.

Qon oqishini uzil-kesil to'xtatish maqsadida varikoz venalarni endoskopik sklerozlash, ligatura yordamida varikoz kengaygan venalarni bog'lash mumkin bo'ladi. Buning uchun endoskop orqali vena bo'shlig'iga yoki paravenoz sohaga maxsus igna orqali sklerozlovchi preparatlar (varikotsid, trombovar) yuboriladi. Bular vena intimasini jarohatlantiradi va uning bo'shlig'ini obliteratsiya bo'lishiga zamin yaratadi.



10.15-rasm. Patsiora bo'yicha qizilo'ngach va oshqozon venalarini bog'lash operatsiyasi.

Bugungi kunda, uzil-kesil gemostazni ta'minlashda kam travmatik va samarador usullardan biri – endovaskulyar operatsiyalar yordamida qizilungachning varikoz kengaygan venalarining embolizatsiyasi (10.16-rasm, a). Portal sistemada qon bosimini pasaytirishga esa, teri va jigar orqali shuntlash hisoblanadi (10.16-rasm, b)



a

b

10.16-rasm. Qonab turgan qizilo‘ngach venalarini embolizatsiyasi va teri va jigar orqali shuntlash amaliyotlari.

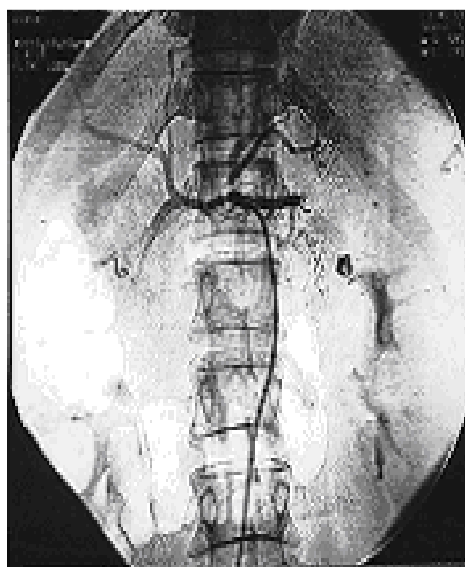
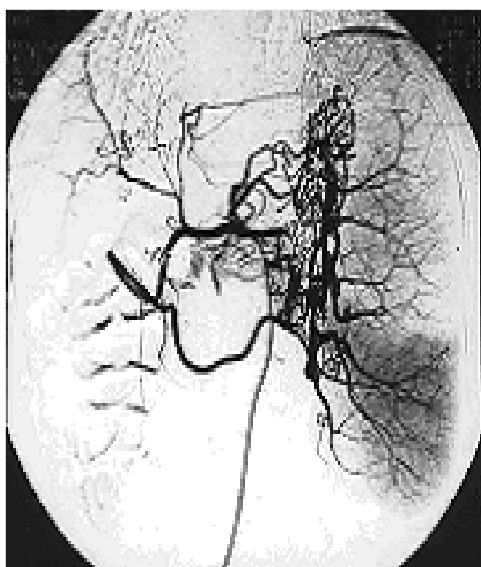
Qizilo‘ngachning varikoz kenggaygan venalaridan venalaridan qon oqishini medikamentoz davolash naf bermaganda majburiy chora sifatida har xil xirurgik operatsiyalar qo‘llaniladi. Bularga Patsiora va Tanner jarrohlik amaliyotlari kirib, bemor ahvolining og‘irliga sababli kengaygan qizilo‘ngach va me‘daning kardial qismi varikoz kengaygan venalarini bog‘lash bilan cheklanadi.

Portosistem anastomozlar qo‘yish, bu tur bemorlarda alohida qilinadigan anchayin travmatik operatsiyalar turkumiga kirib, cheklangan hollardagina qo‘llaniladi. Birmuncha kengroq

qo‘llaniladigan operatsiyalardan biri splenektomiya bo‘lib, uning zahirida ham splenomegaliya yoki gipersplenizmga uchrab nihoyatda kattalashib ketgan taloqni olib tashlab, portal sistema gipertenziyasini birmuncha kamaytirish yotadi. Biroq, bu operatsiyani ham, ahvoli og‘ir bemorlarda o‘tkazish anchagina murakkab bo‘lib, hamisha ham yaxshi natijalarga olib kelavermaydi.

Kezi kelganda shuni aytish kerak-ki, jigarda tsirroz rivojlanishi oqibatida yuzaga kelgan portal gipertenziyada, qizilo‘ngach venalaridan qon ketishi o‘lim darajasini yanada ko‘tarilishiga (70% gacha) olib keladi va jigar tsirrozining kompensatsiyalangan bosqichidan dekompensatsiya holatiga o‘tishga olib keladi. Bemor ahvolining og‘irlashishi, astsit va sariqlikning yanada ortishiga, jigar etishmovchiligining esa yanada avj olib chuqrlashishiga hamda bemorlarda takroriy qon ketishlar yoki jigar faoliyatining kamchiligidan o‘limga olib keladi.

Bugungi kunda portal vena sistemasidagi gipertenziyani (bosim) pasaytirishda klinikamizda ishlab chiqilgan va anchagina tajriba orttirilgan endovaskulyar usullaridan biri – taloq arteriyasini surunkali embolizatsiyasini qilish, anchayin yaxshi natijalarga olib keladi va bemor umrini uzaytiradi (10.17-rasm).



10.17-rasm. Taloq arteriyasini surunkali embolizatsiyasining bosqichlari.

Bu usul qo'llanilganda, bemorning nihoyatda kengayib ketgan taloq arteriyasiga (jigar arteriyalari aksariyat kichiklashgan va toraygan) endovaskulyar usul yordamida Gian-Turko spirali o'rnatiladi va qonning bemalol oqib o'tishi yo'lida to'siq paydo qilinadi. Buning evaziga, amaliyotdan keyingi davrda, qon oqimida aylanma harakatlarning paydo bo'lishiga, taloqqa kelayotgan qon miqdorining kamayishiga, uning to'qimasi ishemiyasiga va ichida asta-sekinlik bilan rivojlanadigan aseptik nekroz holatiga olib keladi. Bu esa, o'z navbatida asta-sekinlik bilan kelayotgan qon miqdorining yanada kamayishiga, taloqning yanada kichrayishiga va uni 1-1,5 oy mobaynida portal sistemadan batamom uzilishiga, ya'ni to'liq embolizatsiya bo'lishiga olib keladi.

Bundan tashqari jigar ichi portal tizimni trans'yugulyar shuntlash.

Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPSS) muolajasi mavjud bo'lib

Ko'rsatma:

Portal gipertenziya.

Qizilo'ngach va oshqozon venalari varikoz kengayishida o'tkir qon ketganda

Qizilo'ngach va oshqozondan takroriy qon ketganda.

Refrakter astsit (medikamentoz terapiya yordam bermaydigan astsit).

Jigar gidrotoraksi (plevra bo'shlig'ini astsit suyuqligi bilan to'lishi).

Badda-Kiari sindromi (pastki kovak venani infrarenal bo'limdagi tugunlar bilan bosilishi).

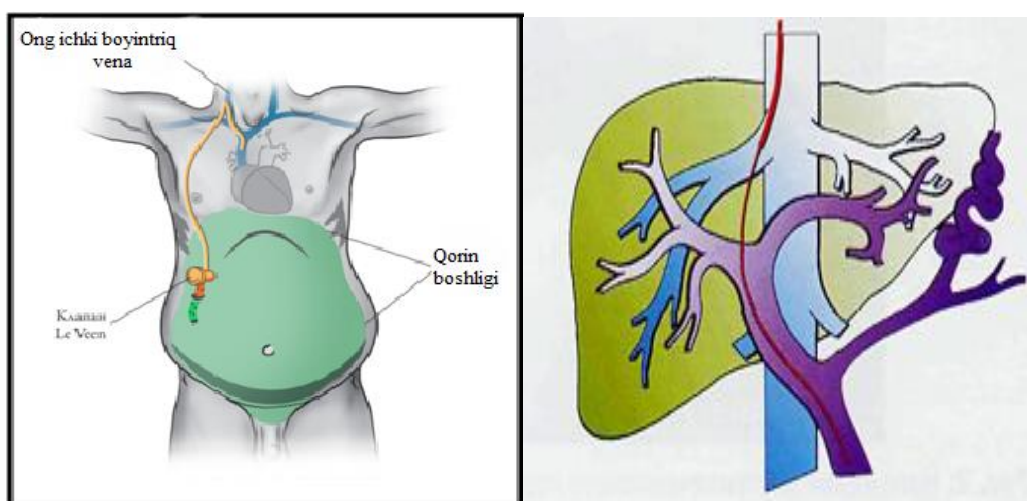
Darvoza venani jigar ichi portal tizimni trans'yugulyar kateterizatsiyasi etaplari

Kesma o'ng ichki bo'yinturuq vena orqali bajarilib jigar venasiga *Rosch* ignasi kiritiladi, jigar parenxemasi orqali o'tkazilib darvoza venani chap tarmog'i punktsiya qilinadi va oxirida kateterizatsiya

qilinadi. Bu bilan birgalikda darvoza venasi va jigar venasi oralig'idagi bosim gradientini o'lchash mumkin.



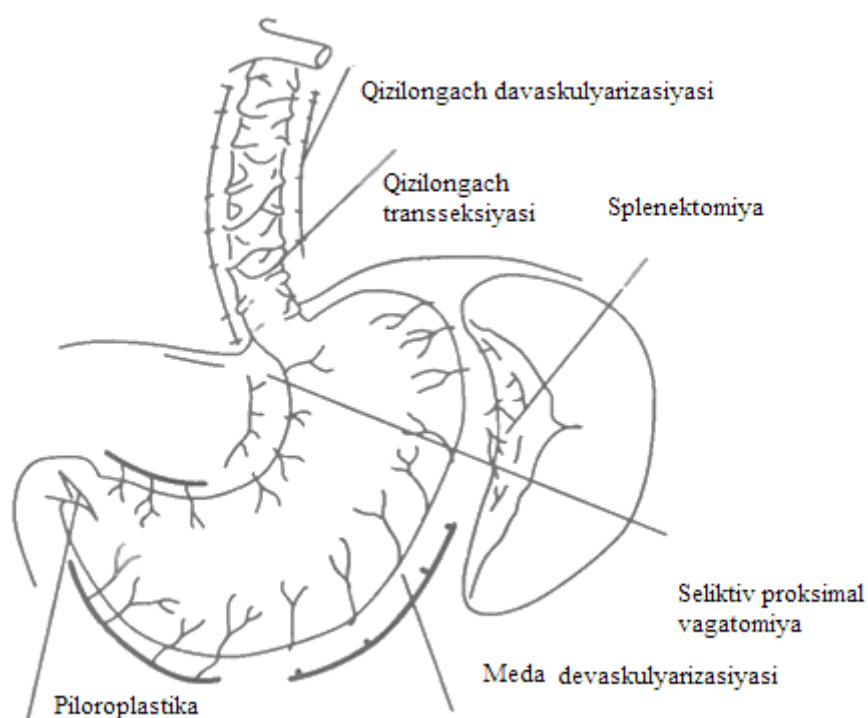
10.18-rasm. Jigar ichi portal tizimni trans'yugulyar shuntlash foydalaniladigan ballon katetir.



10.19-rasm. Muolajani bajarilish etaplari

So'nggi yillarda Sugiura (1973) jarrohligi juda keng tarqalgan bo'lib bunda qorin bo'shlig'i va atrofdagi to'qimalar o'rtasida kengaygan

venoz kollaterallarni tikish, bir vaqtning o'zida maxsus apparat yordamida qizilo'ngachning tikilishi, oshqozonning proksimal qismi seroz qavatini devaskulyarizatsiyasi, splenektomiya, vagotomiya va piloroplastika qilish yo'li bilan yakunlanadi. Ushbu usul sizga qizilo'ngachning barcha kengaygan tomirlarini kesib o'tishga imkon beradi. Usul muallifining so'zlariga ko'ra, operatsiyadan keyingi o'lim darajasi taxminan 5% ni tashkil qiladi va jigar ishi blokida 5 yilgacha omon qolish darajasi 80% gacha etadi. Evropa va Amerika Qo'shma Shtatlarida ushbu operatsiyaning natijasi bundan ham yomon ko'rsatkichga ega.



10.20-rasm. Sugiura (1973) operatsiyasi

Qizilo'ngach varikoz kengaygan tomirlaridan qon ketayotgan bemorlarni davolashda juda muhim komponent jigar entsefalopatiyasini oldini olish va davolashdir. Bu holat jigarning detoksifikatsiya funksiyasining etishmasligining namoyonidir. Ayniqsa, bu holat jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda uchraydi, aksariyat hollarda qon ketish epizodiga qadar jigarning funktsional holati buzilgan. Ko'pincha, jigar ensefalopatiyasi portokaval anastamoz operatsiyadan keyin yuzaga keladi yoki yomonlashadi.

Ko'p miqdorda qon ketganda, qonning ko'p miqdori ichak bo'shlig'iga tushadi, u ammiak hosil bo'lishi bilan yo'g'on ichakda parchalanadi. Jigar sirroziga chalingan bemorlarda ushbu birikmaning to'liq neytrallanishi ro'y bermaydi va giperammonemiya yuzaga keladi, bu jigar entsefalopatiyasining rivojlanishidagi etakchi omillardan biridir. Ushbu jiddiy asoratni oldini olish uchun tozalovchi klizmalar yordamida ichakni bo'shatish kerak. Ichak mikroflorasining o'sishini to'xtatish uchun ichishga antibiotiklar buyuriladi, ular oshqozon-ichak traktidan so'rilmaydi.

Bu jarayonning asta-sekinlik bilan rivojlanishi taloqqa bema'lol oqib kelayotgan qonni to'g'ridan-to'g'ri jigarga yo'naltirilishi oqibatida uning yo'qolib borayotgan faoliyatini tiklanishiga olib keladi. Albatta, bu jarayonlarning hammasi vrach nazorati ostida.

Jigar sirrozi asoratlari

- Varikoz kengaygan venalardan qon ketish
- Astsit
- Jigar entsefalopatiyasi
- Birlamchi peritonit
- Gepatorenal` sindrom
- Gepatotsellyulyar kartsinoma
- Gipersplenizm

Sindromning jigar ichi va jigar usti shakllari bo'lgan ko'plab bemorlarda oqibati ijobiy tugamaydi, jigar funktsiyalari odatda kam uchraydigan jigardan tashqari portal gipertenziyasi bo'lgan odamlarda prognoz ijobiy tugaydi.

Nazorat savollari.

- 1) Portal gipertenziyada nimalar kuzatiladi?
- 2) Portal venada bosim normada necha mm suv ustuniga teng?
- 3) Portal vena diametri normada qanday bo'ladi?
- 4) Taloq biroz kattalashgan, qizilo'ngach venalari biroz kegaygan, qorin bo'shlig'ida suyuqlik yo'q. Bu belgilar portal gipertenziyaning qaysi bosqichiga tegishli?

- 5) Jigar va taloq kattalashgan, assit belgilari rivojlangan. Bu belgilar portal gipertenziyaning qaysi bosqichiga tegishli?
- 6) Klinik belgilar bo'lmagan holda, maxsus tekshiruvlar vaqtida portal venaning kengayganligi aniqlanishi, portal gipertenziyaning qaysi bosqichiga xos?
- 7) Portal gipertenziya diagnostikasida ishlatiladigan tekshirish usuli?
- 8) Darvoza venasini hosil qilishda qaysi venalar qatnashadi?
- 9) Hozirgi zamonda portal gipertenziyasi sindromi qaysi simptomokompleksni o'z ichiga oladi?
- 10) Kiari kasalligi o'z ichiga oladi?
- 11) Portal gipertenziyaning kompensatsiya bosqichiga xos?
- 12) Portal gipertenziyaning subkompensatsiya bosqichiga xos?
- 13) Portal gipertenziya termini deganida nimani to'shunasiz?
- 14) Portal gipertenziyasining klinik belgilari?
- 15) Portal gipertenziyada nechta shakli farqlanadi?
- 16) Portal sistemadagi normal bosim?
- 17) Portal gipertenziyada radikal operatsiya?
- 18) Jigar sirrozida radikal operatsiya?
- 19) Portal gipertenziyada peritoneovenoz shuntlashga qarshi bo'lgan asosiy ko'rsatma?
- 20) Trombolitik dorilarga kiradi?
- 21) Konn sindromiga xarakterli laborator ma'lumotlar?
- 22) Jigar sirrozi etiologiyasi?
- 23) Funktsional gepototsitlar miqdorini kamayishi jigar parenximasini normal strukturasini fibroz tuqimaga aylanish, portal gipertenziya va jigar yetishmovchiligiga olib keluvchi kasallik?
- 24) Jigar sirrozi patogeneza nima yotadi?
- 25) Jigar sirroziga xos klinik belgilar?
- 26) Portal gipertenziyaning jigardan tashqari to'siqlari qanday turlari bo'ladi?
- 27) Odatda, portal gipertenziyaning qaysi turi ko'proq (80-90%gacha) uchraydi, jigar sirrozi bilan bog'liq bo'ladi?

28) Portal sistemada gipertenziyaning yanada ko'tarilishi, tabiiy portokaval anastomozlarda bosimning yanada ortishiga, ularning yorilishi oqibatida qaysi venalardan katta miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi?

29) Jigar usti portal gepertehziyasining o'tkir turlarida qaysi simptomlar kuzatiladi?

30) Portal gipertenziya kasalligining qaysi turida gepatomegaliya va splenomegaliya kuzatiladi, oldingi qorin devorida kollateral venoz tomirlar to'ri aniqlanadi, astsit orta boradi, oqsil almashinuvining buzilishlari va og'riqlar kuchayib boradi?

XI BOB. O‘TKIR ICHAK TUTILISHI

O‘tkir ichak tutilishi (ichakning o‘tkir tutilishi, ileus, utkir ileus) - ichak yo‘lidagi tarkibiy qism passajining buzilishi bilan rivojlanuvchi holat.

Etiologiyasi - Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining o‘tkir xirurgik kasalliklari orasida o‘tkir ichak tutilishi 3,5-9% ni tashkil etadi. Ko‘pincha ichak tutilishi 40-60 yoshda uchraydi. Ichak tutilishi ayollarga qaraganda erkaklarda ko‘proq uchraydi. Yoz va kuz oylarida (iyul-oktyabr) o‘tkir ichak tutilishi bilan kasallanganlar soni ko‘proq uchraydi, chunki bu davrda o‘simlik ozuqalari tarkibidagi kletchatka tushishi hisobiga ichaklar ko‘proq zo‘riqadi.

O‘tkir ichak tutilishi bilan bemorlarni davolashning natijalari avvalo kasallikni o‘z vaqtida aniqlashga bog‘liq. Operatsiyadan keyingi o‘lim ko‘rsatkichi kasallik boshlanishidan boshlab 6 soatgacha kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasida 2,1-3,1% ni, 24 soatdan kechikib yotqizilganlar orasida 16,4-19,9% ni tashkil qiladi (V.T. Zaytsev muallifdoshlari bilan, 1989).

O‘tkir ichak tutilishidagi har xil aspektlarni o‘rganish uzoq tarixga ega. Bu kasallik haqidagi birinchi tushunchani Gippokrat bergan. Uning fikricha, ileus ichaklardagi gazlar hisobiga hosil bo‘ladigan yallig‘lanishlar natijasidagi kelib chiqadigan holat. Galen o‘z ishlarida ichak tutilishiga yallig‘lanish hisobiga ichaklar peristaltikasi buzilishi sabab bo‘lishiga e‘tibor qilgan. Bu olimlar laborator, patologoanatomik tekshiruvlarsiz hamda zamonaviy anatomiya va fiziologiya bilimlariga ega bo‘lmay, ichak tutilishi patogenezida zaruriy elementlar - ichak xarakatini buzilishi, gaz va suyuqliklar yig‘ilishi natijasida ichaklar kengayishini ko‘rsatib o‘tishgan. XVII asr boshlarida Riolan o‘tkir ichak tutilishini mexanik, obstruktiv va strangulyatsion turlari mavjudligini isbotladi. Bu esa ileusni operativ davolash urinishlar boshlanishiga olib keldi.

O'tkir ichak tutilishi klassifikatsiyasi

Ichak tutilishining birinchi-tasnifini 1899 yilda Val bergan va u ichak utilishlarini 2 guruxga bo'lgan:

1. Strangulyatsion ichak tutilishi
2. Obturatsion ichak tutilishi

Undan keyin 1906 yilda Vil'yams e.Val tasnifiga qo'shimcha kiritdi. Bundan tashqari V.A.Oppel', A.B.CHuxrienko, A.S.Solov'ev va boshqalar taklif qilgan tasniflar xam mavjud.

Xamma ichak tutilishlari quyidagi asosiy guruxlarga bo'linadi:

1. Kelib chiqishga kura:

A) to'g'ri ichak tutilishi-ingichka, yo'g'on ichak va orka teshik atreziyasi;

B) orttirilgan

2. kelib chiqish mexanizmiga kura:

1. Mexaniq tutilishi; 1. obturatsion tutilish;

a) ichak devori Bilan boglik bo'lmagan obturatsiya;

b) ichak devoridan kelib chiqkan obturatsiya

v) ichak devori tashqarisidan obturatsiya

2. Strangulyatsion tutilish:

a) buralishlar

b) ichakning tugun xosil qilishi

3. Aralash ichak tutilishi:

a) invaginatsiya

b) bitishma sababli ichak tutilishi

v) ichak churralarning qisilishi

2. Dinamik tutilishi: 1. paralitik ichak tutilishi

2. Spastik ichak tutilishi

3. Ichak tutilishining satxiga karab:

a) yuqori (ingichka) ichak tutilishi

b) pastki (yo'g'on) ichak tutilishi

4. Klinik kechishiga karab:

a) qisman yoki to'liq

b) O'tkir va surunkali

O'tkir ichak tutilishi kasalligining xamma xillarini A. G. Solov'ev (1948) ikkita asosiy guruxga bo'ladi: dinamik va mexaniq ichak tutilishi; mexaniq ichak tutilishi esa, o'z navbatida, obturatsion, strangulyatsion va bitishma tufayli boshlangan ichak tutilishiga bo'linadi.

A. V. Norenberg-CHarkviani (1969) o'z klassifikatsiyasida ichak tutilishining A. G. Solov'ev klassifikatsiyasidagi bitishma tufayli paydo bo'ladigan xili o'rniga bu kasallikning aralash (xam obturatsiya, xam strangulyatsiya alomatlari bo'ladigan) xillarini qo'yadi. Ichak invaginatsiyasi, tug'ma rivojlanish nuqsonlari tufayli boshlangan ichak tutilishini, qorin ichida qisilib qolgan churralarni xam bu olim shu toifaga kiritadi.

Shunday qilib, A. G. Norenberg-CHarkviani klassifikatsiyasining umumiy xoldagi ko'rinishi mana bunday:

A. Mexaniq ichak tutilishi:

I. Obturatsion ichak tutilishi (ichak tutqich ishtirokisiz o'tadigan xili):

1. Ichak ichida uning devori bilan bog'lanmay turgan to'siq (obturatsiya). Bunday holatga:

- a) o't toshlari;
- b) axlat toshlari;
- v) yot jismlar;
- g) gijjalar sabab bo'lishi mumkin.

2. Ichak devoridan chiqib, uning yo'lini ichkaridan berkitib kuygan to'siq (obturatsiya):

- a) o'smalar;
- b) chandikli stenozlar.

3. Ichakdan tashqaridagi to'siq (obturatsiya): o'smalar, kistalar bilan ichakning bosilib qolishi.

4. O'n ikki barmoq ichak obturatsiyasi:

- a) arteriome-zenterial ichak tutilishi;
- b) gematoma bilan bosilib qolishi.

5. To'g'ri ichak obturatsiyasi: axlat yig'ilib kotib qolishi (kolostaz).

II. Strangulyatsion ichak tutilishi (ichak tutqich ishtiroki bilan boshlanadigan xili):

1. Me`da-ichak buralishi:
 - a) me`da buralishi;
 - b) ingichka ichak buralishi;
 - v) kurichak buralishi;
 - g) kundalang-chambar ichak buralishi;
 - d) sigmasimon ichak buralishi.
2. Ichakda tugun xosil bo`lishi.
3. Yo`g`on ichak charvisining buralishi.
4. Katta charvining buralishi.

III. Aralash xillari:

1. Rivojlanish nuqsonlari tufayli birdan ichak tutilib qolishi (katta yoshli odamlarda):

- a) mal`rotatsiya;
 - b) mekkel` divertikuli katnashuvida;
 - v) dublikatsiya.
2. Invaginatsiya.
 3. Bitishmalar tufayli ichak tutilishi.
 4. CHurraning ichkarida qisilib qolishi.

B. Dinamik ichak tutilishi:

1. Paralitik ichak tutilishi (me`daning birdan kengayib ketishi; ingichka ichakning falaj bo`lishi).

2. Spastik ichak tutilishi:
 - a) spazm tufayli boshlanadigan xili;
 - b) kurgoshindan zaxarlanish tufayli boshlanadigan ichak sanchig`i.

Klinik manzarasi

Birdan ichak tutilishining asosiy alomatlari qorinda og`rik turib, ich va gazlar yurishmay qolishi, qorinning dam bo`lib, shishib ketishi, ichak peristal`tikasi kuchayib (vaqtidan utgan xollarda ichak butunlay «jimib qoladi») kayt qilish, tomir urishi (pul`sning) tezlashib ketishidir.

Kasallik aksari kutilmaganda, tusatdan boshlanadi. Kasallikning eng boshidayok bemorda kuchli og`rik tufayli ko`pincha shok holati yuzaga

keladi: uning esi ogib, ranggi oppok okarib ketadi, pul'si susayib, a'zoyi-badanini muzdek ter bosadi. Ichakda eshitilib turadigan shovqinlar yo'kolib ketadi. Organizm ana shunday odatdan tashqari yangicha sharoitlarga bir qadar moslashib olishi munosabati bilan shok xodisalari birmuncha vaqtdan keyin kamayib, bemor sal o'ziga kelib qoladi, pul'si tezlashib, ichak peristal'tikasi yana paydo bo'ladi, bemordan xol surab ko'rilganida esa u yaxshi bo'lib koldim, deb javob beradi.

Ichak tutilishining ayrim xillari birdan boshlanmasdan, balki zimdan boshlanib, asta-sekin zo'rayib boradi.

Anamnez ma'lumotlarini to'plashda kasallikning qanday boshlanganiga, «oxirgi marta ich kachon kelgani va axlat qanday bo'lib tushganiga, avvallari shunday xodisalar bo'lgan-bo'lmaganiga, qorin operatsiya kilinganmi, shikastlanganmi-yo'kligiga» ahamiyat beriladi.

Bemorni tekis joyga, yostiqsiz yotkizib kuyib tekshiriladi, u chalqancha tushib, tuppato'g'ri bo'lib yotishi kerak. Avvalo qisilib qolgan churra yo'kligiga ishonch xosil qilish kerak (tipik churra darvozalari ko'zdan kechirilib, tekshirib ko'riladi). Qorin terisini ko'zdan kechirib, unda qanday bo'lmasin biror xil chandiklar bor-yo'kligiga ahamiyat beriladi.

Qorinni tekshirib ko'rish birdan ichak tutilishiga xos bo'lgan bir qancha kimmatli alomatlarni ko'rsatib berishi mumkin: qorinning dam bo'lib turgani eng xarakterli alomatlarining biri xisoblanadi, lekin ichakning kaysi joyi tutilib qolgani va kasallikning muddatlariga karab qorin xar xil darajada dam bo'lib turishi mumkin. CHunonchi, ichakning yuqori qismlari tutilganida qorin juda arziyas darajada dam bo'lishi yoki mutlak dam bo'lmasligi xam mumkin. Ichakning tutilib, tiqilib qolgan joyi qanchalik pastda bo'lsa, qorin shuncha ko'p dam bulaveradi (yo'g'on ichak tutilib qolganida qorin ayniksa juda dam bo'lib, shishib ketadi). Kasallik muddati o'tib borgan sayin el to'planishi (meteorizm) xam zo'rayib boradi.

Qorin devorining nafas harakatlaridagi ishtiroki qorinda el to'planib, meteorizm avjiga chiqmaguncha uncha o'zgarmaydi. ***Qorinning noto'g'ri shaklga kirib, asimmetrik bo'lib qolishi*** birdan ichak tutilishining xarakterli alomatidir.

Cho‘zilib ketgan, aniq chegaralanib turgan ichak qovuzlogining qorin devori orqali bilinib turishi- *Val’ simptomi* birdan ichak tutilishining barvaqt paydo bo‘ladigan alomatidir. Qorinning shu joyi tukullatib urib ko‘rilganida baland timpanik ovoz (perkussiya) eshitiladi. Bunday ichak qovuzloklarining soni tez orada ko‘payib qoladi, bu narsa qorinning, usha joyi dumbayib chiqib turishiga, asimmetrik shaklga kirishiga olib boradi.

Enbosh ichak tutilganida Val’ simptomi kindik soxasi (mezogastrium) da aniqlanadi; yo‘g‘on ichakning distal bo‘limlari tutilib qolganida esa meteorizm qorinning yon tomonlarini egallaydi.

Sigmasimon ichak buralib qolganida qorin guyo «kiyshayib qolgandek» bo‘lib ko‘rinadi. Qorin shaklining bo‘zilishiga xos bo‘lgan mana shu simptomlarning xammasi kasallikning birinchi kunida yaxshiroq bilinib turadi; keyinchalik meteorizm kuchayib borishi tufayli ular uncha bilinmay qoladi-da, butun qorin juda dam bo‘lib, shishib ketadi.

Ichak peristal’tikasining ko‘rinib turishi ichak tutilishining juda muxim alomati xisoblanadi (bu narsa kasallikning boshida, shok bosilib qolganidan keyin ayniksa ruyi-rost bilinib turadi). Bu **I. I. Grekov simptomi** bo‘lib, «ustma-ust kelayotgan tulkinlar yoki birdan paydo bo‘lib, birdan yo‘kolib ketadigan dumbaymalar» manzarasini beradi. Uni qorin devorini salgina urib ko‘rish yoki silkitib ko‘rish yo‘li bilan yuzaga keltirish mumkin (Grekov simptomi xronik ichak tutilishida ancha aniq ifodalangan bo‘ladi, chunki bunda ichakning tutilib qolgan joyidan yukog‘irokdagi muskullari gipertrofiyaga uchraydi).

Grekov simptomi obturatsion ichak tutilishida ko‘prok, strangulyatsion ichak tutilishida esa kamroq ma’lum bo‘ladi.

Peristal’tikaning kaysi joydan boshlanib, kaysi joyda tugallanishi ko‘zatib borilar ekan, ichakning tutilib, tiqilib qolgan joyini bilib olsa bo‘ladi.

Ko‘rinadigan peristal’tika paydo bo‘lganida, odatda, og‘riklar zo‘rayib, odamga juda azob beradi («sanchiqqa o‘xshab turadigan og‘riklar»). Lekin qorin devori teri osti yor katlamidan maxrum bo‘lib, ancha ilvillab qolgan xollarda va ko‘p tugib, qorinning to‘g‘ri muskullari

orasi ancha ochilib qolgan ayollarda xam. peristal'tika bilinib turishini unutmaslik. kerak. Bunday sharoitlarda ichakning odatdagi, iormal peristal'tikasi ko'rinib turadigan bo'ladi.

Qorinni paypaslab ko'rish (pal'patsiya). Birdan ichak tutilishida qorin pressi muskullarining ximoyalanib, tarang tortib qolishiga sabab bo'lmaslik uchun qorinni avaylab, mayin harakatlar bilan paypaslab ko'rish kerak. CHukur pal'patsiyada bezillab turgan joyni, «tekshirayotgan barmoqlarga kattikkina bo'lib unnaydigan ichak qovuzlokklarini» (I. I. Grekov, 1928) yoki xali falaj xoliga tushmagan ichaklarning «xuddi prujinaga o'xshab, qarshilik ko'rsatayotganini» (M. V. Partashnikov, 1955) sezish mumkin.

Ichaklar ancha dam bo'lib, oldingi qorin devori bir muncha cho'zilib turgan maxalda tekshirayotgan odam qorin devorining bir qadar tarang tortib, qarshilik ko'rsatayotganini paykaydi (***Mondor simptomi***).

Qorin paypaslab ko'rilganida ba'zan «o'smadek» bo'lib turgan invaginatsiya tanasi, yallig'lanish infil'trati va boshqalarni topish mumkin bo'ladi.

Qorin devori sal silkitib ko'rilganida eshitiladigan «chayqalish shovqini» — **I. P. Sklyarov** (aslida bu Gippokrat) ***simptomi*** ichak qovuzlogining suyuklik va gazga to'lib, cho'zilib ketganidan darak beradi (ichak parezi bosqichida bo'ladi). Qorin tukullatib urib ko'rilganida balandligi, tembri jixatidan notekis bo'lgan timpanik ovoz chiqadi, bu ovoz ba'zi joylarda bo'g'ikrok bo'lib eshitiladi.

Qorin plessimetr bilan perkussiya kilinib, ayni vaqtda stetoskop orqali eshitib ko'rilganida ba'zan metallga xos aniq jarangli ovoz eshitiladi, bu — ichak gazlar bilan to'lib-toshib, xuddi ballondek juda shishib ketgan maxalda aniqlanadigan ***Kiwull simptomi*** bo'lib, sigmasimon ichak buralishiga xos deb xisoblanadi.

Strangulyatsion ichak tutilishida qorin bo'shlig'ida ancha barvaqt ekssudat to'planadi — perkussiyada qorinning past joylaridan chiqadigan tovush bo'g'ikrok bo'lib eshitiladi (obturatsion ichak tutilishida esa ekssudat odatda keyinrok to'planadi).

Ichak shovqinlari (peristal'tikasini) bor-yo'kligini aniqlash uchun auskul'tatsiya — eshitib ko'rish usulidan foydalaniladi. Obturatsion

ichak tutilishida kasallikning boshlangich davrida, ichakning harakat funksiyasi xali bo'zilmagan maxalda «bir talay cho'zik shovqinlar eshitiladi, bular ancha bir tekis, jarangdor, ichak qovuzloklarida aks sado beradigan, toni baland va tembri deyarli bir xil bo'ladi. Strangulyatsion ichak tutilishida shovqinlar fakat kasallikning eng boshida eshitiladi va tez orada yo'olib ketadi.

Ba'zan «chakillab tomayotgan tomchi shovqinini» eshitish mumkinki, bu xol ovozning berk bo'shliqda aks sado berishiga boglik.

Shunday qilib, ichak tutilishida qorin auskul'tatsiyasidan olinadigan ma'lumotlar kasallik boshlanganidan beri qancha vaqt utganiga borlik bo'ladi:

a) ilk muddatlarida (kasallik shoksiz utayotgan maxallarda) guldiraydigan, shitirlaydigan, kuchi bilan uzuk-cho'zikliğini o'zgartirib turadigan juda xilma-xil shovqinlar eshitiladi;

b) shok endi boshlanib kelayotgan paytda bu shovqinlar yo'olib ketadi, bemor shu holatdan chiqkanidan keyin ular yana paydo bo'ladi;

v) oraliq davrda, ichakning dam bo'lishi zo'rayib borayotgan paytda shovqinlar kamayib boradi-yu, lekin ular qisqarok va jaranglirok bo'lib qoladi;

g) kasallikning kechki davrida, ichak parezi boshlanganida peristal'tika kuchayishi munosabati bilan eshitiladigan ovozlarning xammasi, shuningdek peristal'tikaning o'zi xam asta-sekin yo'olib ketadi, qorin tinchib, «suv kuygandek jim-jit» bo'lib qoladi, bu — kasallikning daxshatli alomati bo'lib, ichak falajlanib bo'lganidan, ichak devorining o'zi esa basharti xali nekrozga uchramagan bo'lsa xam, lekin shunga yakinlashib qolganidan darak beradi.

Qorin juda xam dam bo'lib, shishib turgan mana shu paytda **Lotheissen simptomini** aniqlash — normada qorin orqali eshitilmaydigan nafas shovqinlari va yurak tonlarini eshitish mumkin. Bu ulim yakinlashib qolganidan darak beradigan yomon alomatdir (L. A. Kirsner, 1936). To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirib ko'rish diagnostika uchun shart deb xisoblanadigan usuldir. Birdan ichak tutilishida to'g'ri ichak ampulasi, odatda, bum-bush turgan bo'lib chiqadi, oldingi devori dumalok elastik to'zilma ko'rinishida dumbayib

turadi (I. I. Grekov tomonidan tasvirlangan **Obuxov kasalxonasi simptomi**). I. I. Grekov: «ileus boshlanganini bilib olish uchun birgina shu alomatning o'zi kifoya» degan edi. To'g'ri ichakni tekshirish bilan bir vaqtning o'zida qorin bimanual yo'l bilan pal'patsiya qilib ko'rilganida dam bo'lib turgan ichak qovuzloklarini, invaginat tanasi yoki ichakka tiqilib qolgan yot jism (ut yoki axlat toshi) ni birmuncha aniq paypaslab topsa bo'ladi. Vaginal tekshirish bachadon va ortiklaridagi o'smalar, yallig'lanish infil'tratlarini aniqlab olishga imqon beradiki, bular xam xar xil turdagi ichak tutilishi xollari bilan birga davom etib borayotgan bo'lishi mumkin.

Rentgenologik tekshirish. Qorin bo'shlig'i organlarining obzor rentgenoskopiyasida satxi gorizontal (suyuklik) bo'lib, tepasi gumbazsimon yorishib turgan joy borligini topish mumkin, «**Kloyber kosasi**» deb shuni aytiladi, u tunkarib kuyilgan kosaga o'xshaydi va bemorning olgan vaziyatiga karab o'zgarib turadi.

Strangulyatsion ichak tutilishida Kloyber kosalari bir soatdan keyin xam paydo bo'lishi mumkin, obturatsion ichak tutilishida esa 3—6 soatdan keyin paydo bo'ladi.

Ichak devorida destruktiv o'zgarishlar zo'rayib, ichak tonusi pasayib borgan sayin gaz pufaklarining balandligi kamayib, satxining uzunligi ortib boradi (A. P. Xomutova, 1962). Bunday kosalar soni bittadan 12—15 tagacha borishi va bundam ko'ra ko'prok bo'lishi mumkin.

Ingichka ichaklarda Kloyber kosalari xar xil balandlikdan joy oladi, lekin asosan qorin bo'shlig'ining markaziy bo'limlarida ko'prok bo'ladi (bunda kosalar pastak, satxi esa uzun bo'ladi).

Ingichka ichak yuqori bo'limlaridan tutilib qolganida kosalar soni ko'p bo'lmay, borlari xam qorinning chap tomondagi ustki kvadrantidan joy oladi. Ingichka ichakning pastki bo'limlari tutilib qolganida bu kosalar aksari ung tomondagi pastki kvadrantda bo'ladi.

Yo'g'on ichak tutilganida kosalar kamroq topiladi va asosan yo'g'on ichak yo'li bo'ylab yon tomonlardan joy oladi (kosa satxi kiska, lekin yorishib turadigan qismi baland bo'ladi). Kaxeksiya paytida odam

oʻrnidan turmay uzoq yotib qolganida, shuningdek klizmadan keyin xam kosa simptomi topilishi mumkin.

Qorinning «yorug» boʻlishi yoʻgʻon ichak tutilishiga, tutilganida xam gazlar bilan toʻlib, shishib ketgan yoʻgʻon ichak butun qorinni egallab oladigan xollariga xarakterlidir.

Bemorga suyuq bariy ichirib turib meʼda-ichak yoʻlini tekshirish ichakning kaysi qismi tutilib qolganini aniqlab olishga imqon beradi (asosan kasallikning ilk davrida).

Utishi. Bu kasallikning butun manzarasi goxo fojiona boʻlib, shiddat bilan utsa, goxida kam-kamdan zoʻrayib borib, sekinlik bilan oʻtadi. Uning kay tarika oʻtib borishi ichak tutilishining xili va tabiatiga, ichak nayining kaysi qismi zararlanganiga, ichak qovuzlori va tutqichining nechoglik qisilib qolganiga boglikdir.

Kasallikning utishida shartli ravishda uchta davrni tafovut qilish mumkin:

Birinchi davri — dastlabki bosqichi — 1 soatdan 12 soatgacha davom etadi. Koʻpchilik xollarda shok holatiga olib boradigan ogʻrik bu davrda kasallikning ustun turgan asosiy alomati boʻlib xisoblanadi. Kloyber kosalari xali boʻlmaydi. Ichak peristalʼtikasi zoʻraygan boʻladi.

Ikkinchi davri — oraliq bosqichi — 12 soatdan 36 soatgacha davom etib borishi mumkin. Gemodinamik oʻzgarishlar, ayniksa tomir urishi tezlashib, arterial bosim pasayishi xarakterlidir. Ogʻrik ancha doimiy boʻlib Qoladi. Odamning ichi yurishmay, el toʻplanib, korni juda shishib ketadi, aksari asimmetrik shaklga kiradi. Ichak peristalʼtikasi susayib qoladi, «chakillab tomib turadigan tomchi shovqini» eshitiladi. Organizmning suvsivlanayotganidan darak beradigan alomatlar (eritrotsitoz, gipergemoglobinemiya) paydo boʻladi. Rentgenologik tekshirishda Kloyber kosalari borligi topiladi.

Uchinchi davri kasallikning soʻnggi yoki terminal davri boʻlib, boshidan xisoblaganda 36 soat va bundan koʻra koʻprok vaqtdan keyin boshlanadi. Gemodinamikada turrun oʻzgarishlar yuzaga kelishi, bemor koʻzlarining ich-ichiga botib, yuzining chakak-chakak boʻlib turishi («Gippokrat yuzi»), tilning kurib, yorilib ketishi, axlat aralash kayt

qilish, siydik kamayib ketishi (oliguriya) kasallikning bu davri uchun xarakterlidir.

Qorin dam bo‘lib, shishib ketadi, ichak peristal’tikasi yo‘kolib, xuddi «suv kuygandek jim-jit» bo‘lib qoladi, qorin bo‘shlig‘ida erkin ekssudat to‘planib boradi.

Qon klinik analizida olinadigan ma’lumotlar. Birdan ichak tutilishining dastlabki davrida periferik qonda qanday bo‘lmasin biror tarzda o‘zgarishlar topilmaydi. Lekin kasallik zo‘rayib borgan sayin qonning asta-sekin kuyuk tortib borayotganiga xos alomatlar paydo bo‘ladi.

Siydik tekshirib ko‘rilganida oliguriya (organizmning tobora ko‘prok suvsizlanib borishi natijasida), indikanuriya boshlangani, kaliy bilan natriy zur berib chiqib turgani ma’lum bo‘ladi.

Kasallik diagnozi. Anamnez va klinik tekshirishlardan olingan ma’lumotlarni taxlil qilib chiqishga asoslanadi. Birdan ichak tutilishini erta muddatlarda, barvaqt aniqlab olish ana shu daxshatli kasallikning davosida muvaffakiyat kozonishning xal kiluvchi shartlaridan biridir.

Kasallikning birdan-bir alomati fakat og‘rikdan iborat bo‘ladigan, boshqa alomatlari esa xali ma’lum bermay turadigan dastlabki davri diagnostika uchun xammadan kiyin bo‘ladi. Birok birdan ichak tutilgan maxallarda og‘riklar to‘tib-to‘tib turadigan, peristal’tika kuchaygan paytda zurayadigan bo‘lishini esda tutish kerak.

Kasallikning ikkinchi davrida uni aniqlab olishga yordam beradigan asosiy alomati — Kloyber kosalari bo‘lishidir.

Tekshirish usullari.

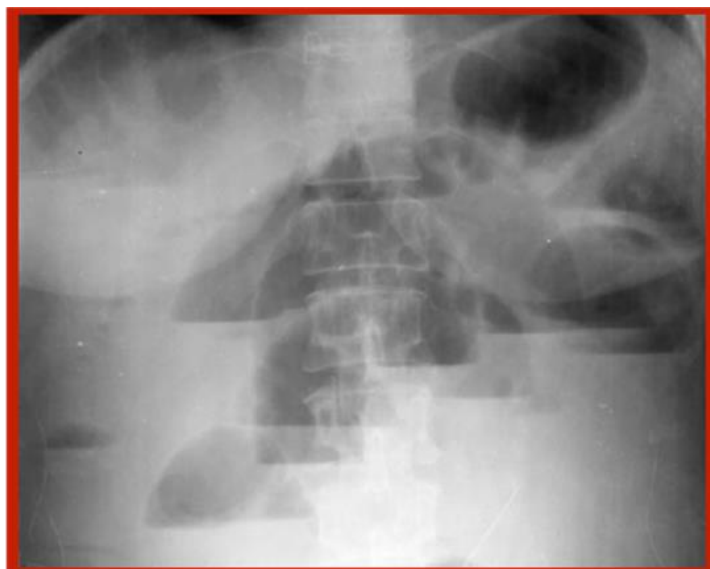
Rentgenologik tekshiruv O‘IT vaqtida asosiy instrumental tekshiruv usuli bo‘lib kolmokda. O‘IT ga biroz bo‘lsada gumon bo‘lganda xam bu tekshiruv usulini bajarishimiz kerak. Dastlab qorin bo‘shlig‘i obzor rentgenskopiyasi va lozim bo‘lsa rentgenografiyabajariladi. Bunda quyidagi alomatlar topiladi:

1. Ichak arkasi ingichka ichak gazlar tufayli kengayib ketganda yuqorida gaz, pastda esa suyuqlik sathi aniqlanadi.



11.1-rasm .Qorin bo‘shlig‘i obzor rentgenogrammasi. Ichak arkalari.

2. *Kloyber kosachalari* (2-rasm.2) – gorizontaal suyuqlik sathi gumbazsimon eruglanish (gaz) bilan. Agar suyuqlik satxi eni kengrok bo‘lsa bu ingichka ichak tutilishidan darak beradi.



11.2-rasm .Qorin bo‘shlig‘i obzor rentgenogrammasi. Kloyber kosachalari.

3. *Simptom peristosti* (tortilgan purjinani eslatadi) yuqori ichak tutilishida ko‘p uchraydi .



11.3-rasm. *Simptom Keysi eki «balik skeleti» simptomi.*

Rentgenoqontrast tekshiruv qorin bo‘shlig‘i obzor retgenogrammasi naf bermaganda bajariladi.

O‘tkir dinamik ichak tutilishi

Dinamik ichak tutilishiga qorin bo‘shlig‘idagi o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari (appenditsit, xoletsistit, pankreatit, peritonit va boshqalar), qorin orti sohasining yallig‘lanish kasalliklari (paranefrit), shikastlar va travmatik jarroxlik amaliyotlar, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarida qon aylanishini o‘tkir buzilishlari (taloq infarkti, tutqich tomirlarini trombozi) sabab bo‘lishi mumkin. Undan tashqari dinamik ichak tutilishiga metabolik o‘zgarishlar (diabetik, uremik koma), zaxarlanishlar (morfin, qo‘rg‘oshin bilan) olib kelishi mumkin.

Dinamik ichak tutilishi spastik va paralitik turlarga bo‘linadi.

Spastik ichak tutilishi ichak motor faoliyati kuchayishi ya‘ni spazm xisobiga paydo bo‘ladigan xolat. Spastik ichak tutilishiga eng ko‘p

bo'lgan sabablardan biri og'ir metallar tuzlari xisobiga zaxarlanish xisoblanadi. Undan tashqari bu xolat markaziy nerv sistemasining kasalliklarida ham kuzatiladi. Bunga misol tariqasida isterik ileusni keltirish mumkin.

Gipermotor reaksiyalar ichakning mexanik tutilib qolishi - buralib qolishi, tugun hosil qilishi, invaginatsiyasi kabilar rivojlanishida ishga tushiruvchi mexanizm bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Paralitik ichak tutilishida ichak motor faoliyati susayishi ya'ni parezi kuzatiladi. Ichak tutilishini bu turi spastik ichak tutilishiga qaraganda amaliyotda ko'proq uchraydi. Chunki paralitik ichak tutilishini asosiy keltirib chiqadigan holat bu jarroxlik amaliyotining o'zidir. Undan tashqari paralitik ichak tutilishi qorin bo'shlig'i a'zolarini o'tkir yallig'lanishlarida xamroh bo'lib keladi. Ichak tutilishini bu turi qorin orti sohasini yirik gematomalarida, yumshoq to'qimalar shikastlarida, og'ir jarroxlik amaliyotlaridan keyin paydo bo'ladi.

Dinamik (ya'ni funktsional) tutilib qolish avvalo hazm trakti motor funktsiyasining buzilishi oqibati bo'lib, buning natijasida ichak bo'ylab passaj to'xtaydi. Shuning uchun davolash taktikasi birinchi navbatda ichak peristaltikasini tiklashga qaratilishi lozim.

Mexanik ichak tutilishida dinamik ichak tutilishidan farqli ravishda ichak bo'ylab tarkibiy qismini passajini buzilishi mexanik to'siq borligi bilan bog'liq.

Obturatsion ichak tutilishida (5-8% tashkil etadi) jarayonga ichak tomirlari qo'shilmagan xolda ichak bo'shlig'ining ichkaridan beqilib qolishi ro'y beradi. Uning sabalari o'smalar, gijjalar, fitobezoarlar, o't toshlari, yot jismlar, najas toshlari bo'lishi mumkin. Obturatsion tutilishi ichakni tashqaridan, yaqin joylashgan a'zolardan chiqqan o'smalar, kistalar, hamda chandiqlar xisobiga ham rivojlanishi mumkin. Lekin bunda tutqich tomirlari siqilmagan holda bo'lishi kerak.

Strangulyatsion ichak tutilishida esa aksariyat ichak bo'shlig'ini tashqaridan siqib qo'yishdan tashqari tutqich tomirlari siqilishi kuzatiladi. Bu esa ichakning qisilgan qismida qon aylanishini buzilishiga ko'proq olib keladi. Ichak tutilishini bu turida ko'proq destruktiv jarayon kuzatildi, endotoksikoz va peritonit tezroq rivojlanadi. Strangulyatsion

ichak tutilishi ichak tutilishini hamma turlari ichida 15-40% holatlarda uchraydi.

Strangulyatsion ichak tutilishiga ichaklar buralib qolishi, tugun hosil bo'lishi, churra darvozasidagi ichak qisilishi kiradi.

Mexanik ichak tutilishining aralash turida obturatsiya hamda strangulyatsiya birgalikda keladi. Bu holatga yaqqol misol deb invaginatsiyani keltirish mumkin. Invaginatsiya ko'proq yosh bolalarda uchraydi. Unda ichakni bir qismi va uning tutqichi yonida joylashgan ichakka kirib qoladi. Bunda ichak mexanik to'siq rolida ishtirok etadi, tutqichi qisilib qolishi hisobiga tutqich tomirlarida qon o'tishi to'xtaydi.

Ohirgi vaqtlarda aralash ichak tutilishiga ayrim mutaxassislar chandiqli ichak tutilishini ham kirita boshlashdi. Chunki chandiqli jarayonda ham aynan aralash ichak tutilishga xos xolat kuzatiladi.

Ichakning mexanik ayniqsa strangulyatsion o'tkir tutilib qolishida kasallikning bir hil og'irlikda kechmasligini hisobga olib, yuqorigi va pastki tutilishini farq qilish muhim (yuqori tutilish birmuncha og'ir kechadi).

Etiologiyasi va patogenezi. O'tkir ichak tutilishini etiologik omillari ichida moyillik va olib keltiruvchi sabablarni ajratish mumkin.

Moyillik xolatlar o'tkir ichak tutilishi paydo bo'lishiga asos bo'lib qoladi. Ular tug'ma va orttirilgan bo'lishlari mumkin.

Tug'ma moyillik xolatlarga ichak tuzilishini anatomik anomaliyalari: ichakning ayrim qismlarini uzun yoki keng bo'lishi (megakolon - kengaygan ichak, dolixosigma - uzun ichak), ichak burilishini noto'liq bo'lishi, tug'ma stenozlar, okklyuziyalar hamda ichakning nerv-mushak apparatining tug'ma nuqsonlari (Girshprung kasalligi) kiradi.

Orttirilgan xolatlarga qorin bo'shlig'ida bajarilgan jarohlik amaliyotdan keyin va yallig'lanishlardan keyingi paydo bo'lgan chandiqlar, orttirilgan churralar, o'smalar, o't toshlari, fitobezoalar, gijjalar, najas toshlari kiradi.

Moyillik xolatlariga balanssiz, noto'g'ri ovqatlanishlar kirishi tasdiqlangan.

Bir necha moyillik xolatlar bo'lishiga qaramay o'tkir ichak tutilishi faqat olib keluvchi sabablar bo'lganida rivojlanadi. Ular ichiga qorin

bo'shlig'ida birdan bosim oshib ketishi, og'ir jismoniy zo'riqish, ko'p miqdorda ovqatlanish kiradi.

O'tkir ichak tutilib qolishi bilan kasallangan bemorlarni davolash natijalari kasallikni o'z vaqtida aniqlashga bog'liq.

Klinikasi va diagnostikasi. O'tkir ichak tutilishini diagnostika qilish kasallik anamnezi va bemor shikoyatlarini to'g'ri tahlil qilish, umumiy xolatga va patologik jarayonning lokal ko'rinishlariga, shuningdek turli hil qo'shimcha yoki maxsus tekshirish usullari natijalariga baho berishga asoslanishi kerak.

Ichak mexanik tutilib qolishining eng xarakterli simptomi - qorinning tutib- tutib og'rishidir.

Ichakdagi suyuqlikning so'rilishiga to'siq paydo bo'lganligiga organizm muhofaza reaksiyasi bilan javob beradi, bu to'lg'oqsimon og'riq ko'rinishida yuzaga chiqadigan kuchli peristaltika bilan ifodalanadi.

To'siq hajmi og'riq xurujlarining kuchi, tezligi va davomliligi o'zgarib turishi mumkin.

Obturatsion tutilib qolish uchun, masalan u yo'g'on ichakda bo'lsa, og'riq unchalik qattiq bo'lmaydi. Bemordan so'rab-surishtirganda og'riq uni bir necha sutkadan buyon bezovta qilayotganini aniqlasa bo'ladi. Aksincha tutilib qolishning strangulyatsiya shakllari (buralib qolish va ayniksa tugun hosil qilish) deyarli to'satdan keskin og'riq paydo bo'lishi bilan kechadi, bunda nisbatan qisqa fursatlar ichida birin-ketin og'riq xurujlari bo'lib turadi.

Og'riq asta-sekin orta boradi, parez rivojlangandan keyin to'siqdan yuqorida u doimiy bo'lib qoladi va bu xolat peristaltikaning susayib ketishi bilan bog'liq. Buralgan joy qanchalik yuqori joylashgan bo'lsa, og'riq xuruji davomliligi shunchalik kam va xurujning o'zi og'irroq bo'ladi.

Ichakning paralitik funktsional tutilib qolishida og'riq doimiy tutash, tumtoq, simillagan bo'ladi. Qorinning tobora dam bo'lib borishi bilan o'tadi. Spastik funktsional tutilib qolishda ham og'riq simillagan, tutash xarakterda bo'lishi mumkin, biroq aksariyat u to'lg'oqsimon, hatto

keskin bo‘ladi. Bunda mexanik tutilishdan farqli ravishda qorin odatda dam bo‘lmaydi, aksincha, u ichiga botgan bo‘lishi mumkin.

Og‘riq reaksiyasini sinchiklab tahlil qilish qator hollarda mexanik tutilishni dinamik tutilishdan ajratibgina qolmay, balki uning strangulyatsion turini obturatsion turidan ajratish imkonini beradi. Obturatsion tutilib qolishda xurujlar yo‘q paytida bemorlar deyarli og‘riq sezmaydilar. Strangulyatsion tutilib qolishda esa bemorlarda xuruj bo‘lmagan vaqtda ham og‘riq saqlanib qoladi, chunki ularda og‘riq sindromi ikkita yo‘l bilan kelib chiqadi: keskin to‘lg‘oqsimon og‘riq peristaltik to‘lqinlar natijasida bo‘lsa, to‘lg‘oqsimon og‘riq bo‘lmay turgan vaqtlardagi simillagan doimiy og‘riq - jarayonga tortilgan ichak tutqich segmenti tomirlari va nervlarining qisilishi oqibati hisoblanadi.

Kasallikning boshida ayrim bemorlar og‘riq paydo bo‘lgan yoki yo‘qolgan joyni etarli darajada ko‘rsatib bera oladilar. Biroq ko‘pincha og‘riq butun qorin bo‘ylab yoyiladi yoki kindik yoxud bel soxasida joylashadi.

Og‘riq sindromi xarakteri va xususiyatlarini bemorni birinchi marta ko‘zdan kechirishning o‘zidayok aniqlab olishga harakat qilish kerak. Bemorning vaqti-vaqti bilan bezovtalanib turishi, yuz qiyofasidan og‘riqdan iztirob chekayotganini payqash, peristaltik shovqinlarning shundoqqina eshitilib turishi xurujsimon og‘riq borligidan dalolat berishi mumkin. Haddan tashqari ozgan bemorlarda ba‘zan qorin devori orqali ichak peristaltikasini ko‘rish mumkin.

Biroq peristaltika xolati to‘g‘risidagi batafsil axborotni olish uchun qorin bo‘shlig‘ini auskultatsiya qilish kerak bo‘ladi. Bunda uning faqat kuchayishi yoki sekinlashishini emas, balki paydo bo‘lgan joyi, shuningdek tarqalish zonasini ham kayd qilishga muvaffaq bo‘ladi.

Qorinni vaqti-vaqtida eshitib turish kasallik dinamikasi to‘g‘risida ma’lum darajada xulosa chiqarishga imkon beradi. Qorin bo‘shlig‘ini auskultatsiya qilishda aniqlanadigan «tushayotgan tomchilar» simptomi (Spasokukotskiy simptomi) ichak o‘tkir tutilib qolishining xarakterli patognomonik belgisi xisoblanadi. Bu singib ketgan nom simptomining kelib chiqishiga unchalik muvofiq kelmaydi: gap «tushayotgan tomchilar» ustida emas, balki o‘zida suyuqlik yoki gaz saqlab turgan

biror bo'shliqqa suyuqlik yoki havo pufakchalari quyilishi to'g'risida borayapti.

Bu simptom ichakning shishib chiqqan qovuzloqlarida suyuqlik va ozod gaz borligidan dalolat berib, ularda o'tkazuvchanlikning buzilganligini ko'rsatadi. U to'liq sustlashib qolgan va tez orada yo'qoladigan peristaltika vaqtidagina aniqlanadi. Bu simptomning topilishi xirurgga ichakning o'tkir tutilib qolishi diagnozini kuyishga to'liq asos bo'la oladi.

Ayrim xolatlarda qorinni auskultatsiya qilganda nafaqat ichak peristaltikasi yo'qolishi, balki yurak urishi va nafas olish eshitiladi (Loteissen simptomi).

«Og'riq» bosqichi tugagandan va peristaltika yo'qolgandan keyin ichakning mexanik tutilib qolishi emas, balki funktsional tutilib qolishi birinchi o'ringa chiqadi. Dam bo'lgan qorinda doimiy tutash og'riq bo'lgan, intoksikatsiya hodisalari ortib borayotgan bu davrda - kasallikning dastlabki tabiatini aniqlash g'oyat qiyin.

Odatda, xirurg ichakning mexanik tutilib qolishining asorati - peritonit deb diagnoz qo'yadi.

O'tkir ichak tutilishda ko'ngil aynishi va qusishning mustaqil diagnostik ahamiyati yo'q. Chunki qorin bo'shlig'i a'zolarining deyarli xar bir o'tkir kasalligida ko'ngil aynishi va qusish bo'ladi. Lekin qusish xarakteri ichak tutilib qolishining har hil turlarida bir hil bo'lmaydi. Odatda past strangulyatsion tutilib qolishning boshlanishi bir yoki ikki marta reflektor qusish bilan o'tadi. Yuqori tutilib qolishda bemor ko'p qusadi, qusish uni holdan toydiradi, ko'ngil bexuzur bo'ladi, ko'pincha xikichoq tutishi va kekirish bezovta qiladi.

Mexanik va funktsional tutilib qolishning kechikkan muddatlariga qusish birmuncha xarakterli, bunda peritonit belgilari paydo bo'lishi motorika buzilib, ichak bo'shlig'ida yig'ilib borayotgan suyuqlik yuqoriga otilib chiqadi. Shunga ko'ra qusish xech qachon ahvolni engillashtirmaydi. Kasallik zo'rayib ketgan hollarda ichakning to'siqdan yuqori qismidagi suyuqligi chirib parchalanishi natijasida axlat aralash qusish holati ro'y beradi.

Ichak tutilib qolishining patognomonik simptomi ichning kechikib kelishi yoki kelmasligi va el chiqmasligi hisoblanadi. Ayrim mualliflar ma'lumotlariga ko'ra bemorlarning 60-70% ichning sira kelmasligi va el chiqmasligini, 16% - qisman ich kelmasligini qayd qilgan.

Ich kelmasligi va el chiqmasligining diagnostik ahamiyatiga to'g'ri baho berish uchun kasallikning xar bir hodisasiga alohida yondoshish kerak. Bu simptom ikkita holda: chambar ichak terminal bo'limida mexanik to'siq bo'lganda (sigmasimon chambar ichak buralishi, chambar ichak chap yarmi bo'shlig'ining to'liq obturatsiyasi) va xazm trakti to'liq adinamiyasida (falaji) bo'ladi. Ichakda ajralmalar chiqmasligi aksariyat uning tutilib qolganidan darak beradi.

Biroq bemorda ich kelishi va el chiqishi bu patologiyani inkor etmaydi. Yil sayin ichakning bitishmalar sababli tutilib qolish hollari ko'payib borayapti, bu aksariyat ingichka ichak qovuzloqlaridagi jarayon bilan chegaralanib qoladi. Shuning uchun bitishma jarayoniga qo'shilmagan yo'g'on ichak bo'shalib turishi mumkin. Shu munosabat bilan bemordan so'rab-surishtirishda necha marta ich kelishi, uning o'zicha kelish-kelmasligini aniqlash muxim. Aksariyat qo'shimcha rag'batlantiruvchi tadbirlardan keyingina juda oz mikdorda ich kelishi va el chikishi kuzatilib turadi.

Qorinni ko'zdan kechirish ko'p hollarda diagnoz qo'yishda xal qiluvchi omil bo'lishi mumkin. Qorinda xar qanday xarakterdagi og'riq bo'lgan bemorning qorin devoridagi jarrohlik amaliyotdan keyingi chandiqlar ichakning bitishmalardan tutilib qolganligini ko'rsatadi. Bir muncha mualliflar ma'lumotlariga ko'ra qorin bo'shlig'idagi bitishmalar 75-80% hollarda mexanik tutilib qolishga, 30-45% hollarda funktsional (dinamik) tutilib qolishga sababchi bo'ladi.

Qorin dam bo'lishi ichak tutilib qolishining muxim simptomi hisoblanadi. Darxaqiqat, ich kelmasligi va el chiqmasligi tez orada qorin xajmining kattalashuviga olib keladi. Biroq ko'rsatib o'tilgan belgiga tanqidiy baho berish lozim. Aftidan, qorinning dam bo'lib shishib chiqishi ichak tutilib qolishining erta belgisi bo'lmasa kerak.

Ichakning mexanik tutilib qolishining xarakterli belgisi Val simptomi hisoblanadi. Val simptomi shishib chiqqan ichak qovuzlog'i tufayli chegaralangan meteorizm paydo bo'lishidir.

Qorinni paypaslab ko'rish va perkussiya qilish qorin bo'shlig'idagi o'zgarishlar to'g'risida eng to'liq tasavvur beradi. Perkussiya yordamida sigmasimon chambar yoki ko'richak buralganda qisilgan qovuzloq chegarasini aniqlash - yuqori chegaralangan timpanit simptomi (Kivul simptomi), peritonit sababli funktsional tutilib qolishda qorin bo'shlig'ida ozod suyuqlik borligidan payqash mumkin.

Ichak tutilib qolganligini aniqlashda qorinni palpatsiya qilish auskultatsiya singari katta ahamiyatga ega. Xirurg qorinni paypaslab ko'rishda qorin pardasi ta'sirlanish simptomlari bor-yo'qligini, «chaykalish shovqini» (Mate-Sklyarov simptomi) borligini aniqlashga xarakat qilib ko'rishi kerak.

O'tkir ichak tutilishida qorin, odatda, yumshoq bo'ladi va ichak devori destruksiyasida va peritonit rivojlangandan keyingina muskullar tarang tortadi. Biroq bu simptom aniq namoyon bo'lish davri odatda qisqa bo'ladi, chunki tez orada meteorizm paydo bo'ladi.

Shishib chiqmagan qorinni paypaslab ko'rishda invaginatsiyada kolbasasimon shish, yallig'lanish infiltrati va boshqa tuzilmalar aniqlanishi mumkin.

«Chayqalish shovqini» ichak o'tkir tutilib qolishining patognomonik simptomi hisoblanadi. Uni ichak qovuzloqlarida ma'lum miqdorda dimlangan suyuqlik paydo bo'lganda va kamroq hollarda bitta qovuzloq kisilib qolganda aniqlash mumkin.

Erkaklarda to'g'ri ichakni ayollarda esa qinni barmok bilan tekshirish zarur. Bu tadbir qovuq bo'shatilgandan keyin bajarilishi kerak. Ichakning obturatsion tutilib qolishida o'sma yoki obturatsiya qiladigan boshqa tuzilma aniqlanishi mumkin. Biroq u yoki bu patologik tuzilmalar aksariyat kasallikning kechikkan bosqichlarida topiladi. Kichik chanoq bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi qin gumbazi orqa qismining osilib qolishi yoki qalqib turishi, tekshirishda og'rishi bilan yuzaga chiqadi.

Sigmasimon chambar ichak uchun xarakterli belgi - to'g'ri ichak sfinkteri ochiq turgan xolatda uning ampulasi bo'sh xolatda

(ballonsimon kengayish) bo‘lib, unga “Obuxov kasalxonasi” simptomi deyiladi.

Instrumental tekshirish usullari. O‘tkir ichak tutlishi bilan bemorlarga tashxis qo‘yishda rentgenologik tekshirish katta ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirish ichak tutilib qolishining xarakterini va darajasini aniqlashga imkon beradi.

Ichak tutilishida rentgenologik tekshiruv asosini (kontrast moddalar qo‘llamasdan) ichak qovuzloqlarida el va suyuqlik satxlarini (Kloyber kosachalari) aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshiruvida normada qorin bo‘shlig‘i gomogen qorong‘ilashgan, faqat chap diafragma ostida me‘daning gaz pufagi va undagi suyuqlik sathini ko‘rish mumkin; chambar ichakning chap yarmi ham odatda ozrok miqdorda gaz tutadi. Ingichka ichak qovuzloqlarida gaz bo‘lmaydi.

Kloyber kosachalarini aniqlash uchun bemorni vertikal holatda turganda tekshirish kerak. Biroq bemor ahvolining og‘irligidan hamma vaqt bunga imkon bo‘lavermaydi. Bunday hollarda tekshirishni lateropozitsiyada o‘tkazish, ya’ni bemorni o‘ng yoki chap yonboshi bilan yotgan holatida tekshirish maqsadga muvofiq, bunda rentgen nurlari orqa tomondan yunaltirilishi lozim.

Kloyber kosachalarini joylashishi va shakliga qarab ichak tutilishini joyini aniqlash mumkin. To‘siq ingichka ichakda bo‘lsa Kloyber kosachalari kichik bo‘lib, suyuqlik sathining gorizontal kengligi uning ustidagi gazning vertikal o‘lchamidan uzun bo‘ladi. Gaz fonida shilliq qavat burmalari yaxshi ko‘rinadi (Kerkring burmalari). Ular spiral shakllga ega bo‘ladi. Kloyber kosachalari ko‘proq qorin bo‘shlig‘ining o‘rtasida joylashgan bo‘lib, soni ko‘p bo‘ladi.

Yo‘g‘on ichak tutilishida Kloyber kosachalari qorin bo‘lig‘ining chetlarida joylashib, soni kam bo‘ladi. Suyuqlik sathining gorizontal kengligi uning ustidagi gazning vertikal o‘lchamidan qisqa.

Dinamik ichak tutilishida gorizontal suyuqlik sathilar ham ingichka, ham yo‘g‘on ichakda bo‘ladi.



11.4-rasm. Kloyber kosachalari

Ayrim hollarda rentgenkontrast tekshiruv qilish lozim bo‘ladi. Ularga kam invaziv irrigoskopiya va yarimstakanli bariy sinamasi kiradi.

Bu tekshiruvlardan tashqari zond orqali enterografiya qilish ham mumkin. Bunda kontrast modda to‘g‘ridan-to‘g‘ri o‘n ikki barmoq ichakka tushadi va oshqozonda kontrast moddani turib qolishlardan ozod qiladi.

Hozirgi kunda o‘tkir ichak tutilishi tashxisi qo‘yishda ultratovush tekshiruvlari (UTT) qo‘llanilyapti. UTT da ichak bo‘lig‘ida ichak maxsuloti yig‘ilib qolganini aniqlash mumkin.

Qonni tahlil qilganda degidratatsiya va gemokonsentratsiya belgilarini aniqlash mumkin - gemoglobin va eritrotsitlar ko‘pligi, gematokritni oshishi. Kasallikni ohirgi bosqichlarida esa leykotsitoz va EChTni oshishi kuzatiladi. Qonni tahlil qilganda ko‘proq uning elektrolitlar miqdori ahamiyatga ega. Unda kaliy va xloridlar miqdorini kamayib ketganligi hamda kislota-ishqoriy muxitni alkalozga (kasallik boshlanish davrida) yoki atsidozga (kasallik rivojlanish davrida) o‘zgarganligi aniqlanadi.

Differentsial diagnostikada bemorni kasallik dinamikasida (2-3 soat ichida) tekshirish katta ahamiyatga ega. Ichak mexanik tutilib qolganda

peristaltika aniq ko‘rinadi (qovuzloqlar o‘z joyini o‘zgartiradi), Kloyber kosachalarining joylashgan joyi o‘zgaradi; gaz bo‘lishiga qaramay, ingichka ichak diametri yo‘g‘on ichak diametridan hech qachon oshmaydi. Ichakning funktsional tutilib qolishi peristaltik to‘lqinlar bo‘lmasligi bilan xarakterlanadi, gaz va suyuqlik yo‘g‘on va ingichka ichaklarda joylashadi, bu manzara ko‘p soatlar mobaynida amalda o‘zgarmaydi Kloyber kosachalari sonigina oshadi va meteorizm ko‘payadi. Aksariyat ingichka ichak diametri yo‘g‘on ichak diametridan kattarak.

Qiyin diagnostik hollarda kontrast moddalar yuborib rentgenologik tekshirish tavsiya etiladi.

Qorin bo‘shlig‘ini odatdagi obzor tekshirishdan farqli ravishda kontrast modda ko‘llab rentgenoskopiya qilish diagnostik imkoniyatlarini birmuncha kengaytiribgina qolmay, balki tutilib qolgan joyning ko‘rinishi va uning joylashgan o‘rnini aniq belgilash imkonini beradi. Bundan tashkari, Kloyber kosachalari, Kerking burmalari kabi simptomlar kontrast modda qo‘llangan sharoitlarda birmuncha ravshan bo‘lib qoladi.

Endoskopik tekshirish usullari ichak tutilishi diagnozini aniqlashda katta yordam berishi mumkin. Rektoromanoskopiya va kolonoskopiya yo‘g‘on ichakda uning obturatsiyasini keltirib chiqaradigan o‘smanni aniqlash mumkin (kolonoskop yordamida yonbosh ichakning distal qismini ko‘zdan kechirishga muvaffak bo‘ladi).

Shubxali diagnostika hollarida taktik yo‘llanma hammaga ma‘lum: bemor kasalxonaga keltirilgan vaqtdan boshlab 2 soat ichida o‘tkir ichak tutilishini istisno qilish mumkin bo‘lmasa, bemor ahvoli esa yomonlashib boraversa, diagnostik laparotomiya qilishga o‘tiladi.

O‘tkir ichak tutilishida xirurgik va konservativ davolash usullari. O‘tkir ichak tutilishi bo‘lganda, shuningdek shu kasallikka tahmin qilingan hamma bemorlar shoshilinch jarroxlik bo‘limiga yotqizilish kerak.

Ularga og‘riq, giperperistaltikaga qarshi kurash, intoksikatsiyani bartaraf qilish va gomeostaz buzilishlarini (tsirkulyatsiyadagi qon miqdorini to‘ldirish, suv-elektrolit va oqsil almashinuvini tiklash) izga

solishga qaratilgan konservativ davolashni buyurish zarur. Infuzion davolash xajmi bemor ahvolining og‘ir-engilligi va kasallikning qancha muddatdan buyon borligi bilan belgilanadi.

Diagnoz noaniq bo‘lganda promedol va narkotik analgetiklar qo‘llanishdan saqlanib turish kerak.

Konservativ davolash bemorni tekshirish bilan parallel holda maksimal hajmda o‘tkaziladi. Ichak tutilishi og‘ir kechayotgan bemorlarda konservativ davolash operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatida, ko‘pi bilan 30-40 minut ichida o‘tkaziladi.

Davolash - O‘tkir ichak tutilishi diagnozi tasdiqlangan bemorlarda konservativ davolash ko‘pi bilan 2 soat o‘tkaziladi.

Konservativ davolash kompleksi oshqozon ichak traktini yuqori bo‘limlarini me‘daga (yoki yaxshisi o‘n ikki barmoq ichakka) zond kiritish vositasida turib qolgan suyuqlikni passiv oqizish yoki past bosim ostida (masalan, suv oqimi nasosi yordamida) chiqarishni o‘z ichiga oladi. Me‘dani 12% li natriy gidrokarbonat eritmasi bilan yuvish maqsadga muvofik.

Atropin sulfat (teri ostiga 1 ml 0,1% li eritmasi), zarurat bo‘lganda tayinlanadi; sifon klizmalar yo‘g‘on ichakning bo‘shalishiga, ba‘zan esa tutilib qolishining yo‘qolishiga olib keladi.

Ayrim hollarda endoskopik tekshirish vaqtida bajariladigan davolash muolajalari tutilib qolishni yo‘qotishga yordam beradi. Masalan, yo‘g‘on ichakning distal bo‘limlarida invaginatsiyaning yoki sigmasimon ichakning buralib qolishining ilk bosqichlarida uni havo bilan chiqarib, invaginatning yozilishiga, burilishni to‘g‘rilanishiga muvaffak bo‘lish mumkin.

Venaga 10% li natriy xloridni sutkasiga 1-2 marta 20 ml dan, 500-1000 ml dan 5-10% li glyukoza eritmasiga insulin qo‘shib (4 g quruq glyukoza moddasiga 1 TB xisobida), elektrolit, ayniqsa kaliy almashinuvini normaga solish yo‘li bilan motorikani tiklasa bo‘ladi. Kaliy tanqisligi nerv impulslarining sinaptik tuzilmalarga o‘tishiga yomon ta’sir qiladi; ichak atoniyasini gipokaliemiya natijasida rivojlanishi yaxshi ma’lum. Biroq kaliy darajasining o‘zigina emas, balki kaliy, natriy va kaltsiy ionlarining normal nisbati ham muxim. Shunga

ko'ra tegishli analizlar o'tkazish zarur. Ichak devorida mikrotsirkulyatsiyani tiklash muvaffaqiyatli davolashning shartlaridan biri sanaladi. U oqsil miqdorini normaga solish, qon reologik xossalarini yaxshilash, qonning tomir ichida ivib qolishining oldini olish va shu kabilarni o'z ichiga oladi. Jigar oldi kletchatkasiga va bevosita tomirlar o'zaniga (tomchilab) 100150 ml miqdorda 0,25% li novokain eritmasi yuborish ichak motorikasiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi, nerv impulsining muskul tolasiga uzatilishini kuchaytiradi: 0,05% li prozerin eritmasini 1 ml dan 1-1,5 soat o'tkazib 2 marta teri ostiga albatta yuborish kerak. Qator hollarda sifonli klizmalar to'g'ri ichak ampulasidagi axlatni barmoq bilan chiqarish bilan qo'shib olib boriladi.

Konservativ davolashning ta'sirchanligiga baho berishga bemorning umumiy holati (shikoyatlari, gemodinamika ko'rsatkichlari va b.) va, nihoyat, qorin tomonidan bo'lgan o'zgarishlar (o'lchami, peristaltika borligi, qorin pardasining ta'sirchanligi, motorika rag'batlantirilgandan keyin ich kelishi va boshqalar), davolash jarayonidagi rentgenologik manzara dinamikasi, mezon bo'lib hisoblanadi. O'tkazilayotgan davolashning naf bermasligi, ustiga-ustak bemor umumiy holatining yomonlashuvi (meteorizm oshishi, intoksikatsiya) operatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi.

Ichakdagi destruktsiya simptomlarida (keskin lokal og'riq qorin pardasi ta'sirlanishining lokal simptomlari, defans, meteorizm, qusish, peristaltika bo'lmasligi, «chayqalish shovqini» va b.) asosiy davolash tadbiri sifatidagi operatsiyaga mutloq ko'rsatmalar vujudga keladi. Konservativ davolash operatsiyadan oldingi jadal tayyorgarlik doirasida o'tkaziladi, xolos.

Ichak parezi va funktsional tutilib qolishini (falajlik) patogenetik davolash. Ichakning dinamik paralitik tutilib qolishi qorin bo'shlig'ining xar hil xirurgik patologiyasida, intoksikatsiyada, operatsiyadan keyin va shu kabilarda uchraydi.

2-3 kun davom qiladigan ichak parezi laparotomiya bilan birga o'tadi va operatsiyadan keyingi davr qulay kechganda o'zicha barham topadi. Parezi va ichak funktsional tutilishi og'ir formalari metabolik buzilishlar, ayniqsa kaliy ionlari tanqisligi, simpatikotoniya sababli;

buyrak usti bezlari po'stlok moddasi gormonlari etishmasligi, ichak tutqich qon aylanishi buzilishi, organlar ichidagi tomirlar va ichak tutqich terminal venalari trombozi, peritonit va boshqalar sababli kelib chiqqan.

Ichak mexanik tutilishini xatto ilk davrda operatsiya qilish ichak xarakat aktivligi buzilishlarini darhol bartaraf etmay, balki avvaliga parez manzarasini kuchaytiradi.

Operatsiyadan keyin ichak choki germetikligi ko'p jixatdan operatsiyadan keyin parezning kechishi bilan belgilanadi. Ichakning operatsiyadan keyingi funktsional tutilib qolishi ichak ichidagi bosimning oshishi bilan o'tib, choklarning etarlicha solinmaganidan darak beradi.

Konservativ davolash usullari orasida ichak motorikasini bevosita rag'batlantirish usullari, elektrstimulyatsiya, ichak motorikasini tormozlaydigan reflekslarni blokada qilish usullari farq qilinadi. Hazm traktini dekompressiya qilish usullari xirurgik usullarga kiradi. Motorikani yaxshilashning klizma, venaga natriy xlorid, kaliy xlorid eritmaları yuborish, pituitrin, prozerin qo'llanish kabi usullari eng ko'p tarqalgan.

Ichak funktsional tutilishini davolashning patogenetik vositasi ichakka simpatik innervatsiya tormoz ta'sirining blokadası, simpatikotoniyanı bartaraf qilish xisoblanadi. Bunga ganglioblokatorlar, anesteziya qiladigan vositalar bilan gangliar blokada usullarini qo'llash, simpatolitik vositalar yuborish bilan erishiladi.

Peridural anesteziya ichak parezida uning motorikasiga rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Peridural bo'shliqqa har 4 soatda 10 ml 2,5% li trimekain eritmasi yuborish ichak harakat funksiyasini faollashtiradi. Peridural anesteziyanı ichakning funktsional tutilib qolishi barham topguncha, ya'ni 3-5 sutkagacha qo'llash yaxshi natija beradi.

Peridural anesteziya bilan elektr stimulyatsiyanı birga olib borish, shuningdek simpatolitik vositalar qo'llash (zobarin, guanidin, ornit) ichak peristaltikasini rag'batlantirishning ta'sirchan usullari hisoblanadi.

Davom ettirilgan peridural anesteziya xizmati yaxshi yo'lga qo'yilgan bo'limlarda elektr stimulyatsiya bilan birga ichakning, uni

funktsional tutilishini profilaktika qilish va davolash uchun qo'llash tavsiya qilinadi. Simpatolitik vositalarni esa oddiy va hammaga ma'lum bo'lganidan funktsional ichak tutilishida hamma joyda qo'llanishi mumkin.

O'tkir ichak tutilishini xirurgik davolash.

Ichak tutilganda yoki unga shubxa qilinganda zarur tadbirlardan biri qorin bo'shlig'ining hamma organlariga kiriladigan yo'lni vujudga keltirish hisoblanadi. Buni avvalo miorelaksantlardan foydalanib o'tkaziladigan endotraxeal narkoz bilan ta'minlanadi.

Bemorning ichagi bitishmadan tutilib qolganda xirurg navbatdagi operatsiya qilinishida qiyin ahvolda qoladi. Shunga o'xshash har bir holda masala individual xal qilinadi, biroq har qanday yo'l orqali kirishda odatda o'zaro va parietal qorin pardasi bilan yopishgan ichak qovuzlogini katta masofada ozod qilishga to'g'ri kelishini unutmaslik kerak. Shuning uchun eski chandik bo'yicha uni kesib o'rta yo'l bo'ylab kirishdan foydalanish kerak. Bunda eng muximi qorin bo'shlig'iga kirish vaqtida ichak qovuzlog'ini jaroxatlab qo'yimaslik hisoblanadi.

Laparotomiya bajarilgandan keyin qorin bo'shlig'i taftish kilinadi. Strangulyatsion tutilishda xazm trakti birin-ketin taftish qilishning hojati yo'q. To'siqdan pastda ichak puchaygan holatda bo'ladi.

Kasallik manzarasi tutilib qolishning turi, paydo bo'lgan vaqti, ilgari boshdan kechirilgan operatsiyalar yoki peritonitdan keyin bitishma jarayonining yuzaga chiqqanligi darajasiga bog'liq holda birmuncha farq qiladi.

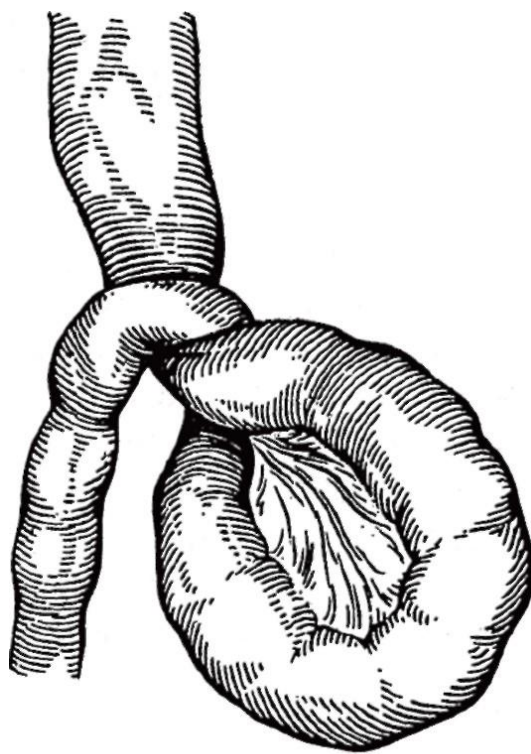
Agar diagnostik hato tufayli laparotomiya ichak funktsional tutilishining boshlang'ich bosqichida o'tkazilgan bo'lsa, operatsiyaning faqat diagnostik qismi bilan chegaralanib qolish mumkin emas. Bunday operatsiyadan keyin bemorlarning ahvoli operatsiyadan keyingi parez xisobiga hamisha yomonlashadi. Parezga qarshi kurashish va funktsional tutilib qolishni profilaktika qilish maksadida shu sharoitda nazariy asoslangan muolaja - ichak dekompressiyasi qilinadi. Ichak tutqichiga 100 ml gacha 0,25% li novokain eritmasini yuborish peristaltikaning tiklanishiga yordam beradi.

Ichakning o'tkir tutilishida operatsiya xajmi quyidagicha bo'ladi:

ichak tutilishini bartaraf etish va tutilib qolishga bevosita olib kelgan sababni imkon boricha bartaraf etish;

ichakni dimlangan suyuqlikdan xoli qilish va operatsiyadan keyingi davrda uning bemalol oqib ketishini ta'minlash - nazoenteral dekompressiya; qorin bushlig'ini sanatsiya va drenaj qilish.

Shunday qilib, eng muximi ichak bo'ylab passajni tiklash lozim. Biroq bu tutilib qolishni keltirib chiqargan sababni tugatish degan ma'noni bildirmaydi. Tabiiyki, tutilib qolishni tiklash uchun to'siqni bartaraf etish eng ma'kul variantdir. Biroq bu shartni bajarish bemor ahvolining og'ir-engilligiga to'liq bog'liq. Xar qanday operatsiyaning asosida radikallik yo'lida bemorga ziyon etkazmaslik yotishi kerak. Shuning uchun tegishli operatsiya xajmini tanlash uchun xirurg bemor ahvoliga ob'ektiv baho berishi lozim. Shubxasiz, ko'pgina sharoitlarda xirurg, odatda, ichak rezektsiyasini qilib tutilib qolish sababini bartaraf etishga majbur. Biroq operatsiyaning keyingi - tiklanish bosqichini bemor ahvolining og'ir-engilligi bilan taqqoslashi va birlamchi anastomoz qo'yishi yoki ileostomani bajarishi kerak xolos. Bemorning ahvoli nechog'lik og'ir bo'lsa, operatsiya radikalligi shunchalik kamroq bo'lishi kerak.



11.5-rasm. Ingichka ichakning buralib qolishi

Ichakning buralib, tugun hosil qilib, qisilib yashab ketishga layoqatsiz qovuzloqlari odatda birlamchi rezektsiya qilinishi kerak. Ichakning yashashga layoqatsizligiga shubha bo'lganda, ayniqsa strangulyatsion egatlar, qon quyilgan qismlari bo'lganda shubhali qismlarini ham rezektsiya qilish kerak bo'ladi.

Ichakning yashashga layoqatliligini aniqlashning ko'pgina usullari taklif qilingan. Klinik amaliyotda ichakni issik izotonik natriy xlorid eritmasiga xullangan salfetka bilan 10-15 minutgacha isitishdan foydalaniladi, shuningdek ichak tutqichga 20-40 ml iliq novokain eritmasi yuboriladi. Agar ichakning yashashga layoqati saqlanib qolgan bo'lsa, hozirgina aytib o'tilgan muolajadan keyin ichakning seroz qoplami pushti rangga kiradi, turgor va aniq peristaltika paydo bo'ladi, ichak tutqich tomirlarining urib turishi aniqlanadi.

Ichakning o'tkir tutilib qolishida ichak devoridagi, ayniqsa ko'zdan kechirib bo'lmaydigan shilliq pardasidagi degenerativ o'zgarishlar darajasi bir hil emas: to'siqdan yuqori joydagi qovuzloqlarda o'zgarishlar hamisha ko'prok. Shuning uchun ichak obstruktsiya joyidan 40-50 sm yuqorida va uning pastidan 10-15 sm olib tashlanganda rezektsiya texnik jixatdan to'g'ri bajarilgan hisoblanadi. Ko'rsatib o'tilgan masofalarni ichakning yashashga layoqatli va layoqatsiz qismlari orasidagi chegaradan o'lchash kerak.

Ichakni sog'lom to'qimalar chegarasida rezektsiya qilish anastomozning bitib ketishiga kafil bo'ladi.

Tutilib qolishning strangulyatsion formalari orasida sigmasimon chambar ichakning buralishi eng ko'p - deyarli 50% bemorlarda uchraydi. Kasallikning eskiligi va morfologik o'zgarishlar, bemorlarning yoshi va ahvolining og'ir, engilligi hisobga olinganda ba'zan optimal taktik echimni tanlash qiyin bo'ladi. Xirurg ko'p uchratib turadigan ayrim hollarni ko'rib chiqamiz.

Sigmasimon chambar ichak nekrozi yoki qora sigma. Taktika masalasi sog'lom to'qimalar doirasida rezektsiya qilish foydasiga hal qilinadi. Nekrozlangan qovuzloqni qorin bo'shlig'idan qorin pardasiga olib chiqib, bemor ahvoli imkon berishi bilan rezektsiya qilish yuqori

letallikka sabab bo'lganligi sababli o'zini oqlamadi va hozir qo'llanilmaydi.

Nekrozlangan ichak rezektsiyasidan keyingi tiklanish bosqichi. Ichakning ikkala uchini oqmalar ko'rinishida qorin devoriga chiqarilgandan keyin eng yaxshi natijalar kuzatiladi. Ichakning distal uchini tikib qo'yishdan va uning proksimal uchini anus ko'rinishida chiqarishdan iborat bo'lgan Gartmann operatsiyasi o'zini yaxshi oqlada. Ayrim klinikalardagi ijobiy tajribaga qaramay, sigmasimon chambar ichak nekrozida birlamchi anastomoz qo'yish yaxshi natija bermadi.

Sigmasimon chambar ichakning nekrozsiz buralishida, yuqorida ko'rsatib o'tilganidek rezektsiya va birlamchi anastomoz ahvoli og'ir bo'lmagan, intoksikatsiya belgilari yo'q yoki juda kam yosh bemorlarda qilinishi mumkin. Bu operatsiyaga engillashtiruvchi tsekostomiya majburiy qo'shimcha hisoblanadi.

Ichak buralishiga ko'p vaqt bo'lganligi, intoksikatsiya, boshqa organlarning birga keladigan patologiyasi, ko'ndalang va pastga tushadigan chambar ichaklarda ichak suyuqligining talaygina yig'ilib qolishi sigmasimon ichakni rezektsiya qilmasdan buralishi shunchaki to'g'rilab qo'ya qolish uchun asos bo'ladi.

Ichakning obturatsion tutilib qolishidagi taktika. Ichak obturatsiyasi turli-tuman sabablardan kelib chiqishi mumkin. Ulardan asosiylari: ichak buralishi yoki bitishmalar va chandiqli tortmalardan bosilishi, yo'g'on va ingichka ichakning xavfli va (kamroq) xavfsiz o'smalari, bo'shlig'ini axlat va o't toshlaridan obturatsiyasi, ichakning gijjalardan beqilib tutilib qolishi, ichakning chandiqli strikturasi hisoblanadi.

Gijja invaziyasidan tutilib qolish ko'pincha askaridalardan bo'ladi, bunda to'siq bo'lgan joy odatda yonbosh ichakda joylashadi. Laparotomiya vaqtida xirurg gijjalar to'plamini tugatishi va ularni qism va qism ichakning quyi kesigiga va ko'richakka surib qo'yishi kerak. Askaridalar eng ko'p to'plangan joyda ichak devorining yupkalashib qolganligi yoki unda organik o'zgarishlar bo'lishi ichakni qisman rezektsiya qilib, anastomoz qo'yishga ko'rsatma hisoblanadi. Odatdagi enterotomiya qilish va teshik orqali askaridalarning minimal miqdorini chiqarish ham mumkin.

Tutilib qolish ingichka ichakning terminal bo'limida joylashgan gijja invaziyasidan farqli ravishda o't toshi tiqilib qolishi och ichakda va hatto uning boshlang'ich bo'limida eng ko'p uchraydi. To'siq yuqorida joylashganda kasallik tez va og'ir kechadi. Tutilib qolishning bu turida enterotomiya qilinadi va o't toshi olib tashlanadi, bunda tikishni osonlashtirish va shaklini kamroq buzish uchun ichakni ko'ndalangiga kesgan ma'qulroq.

O'sma yo'g'on ichak obturatsiyasiga eng ko'p sabab bo'ladi. 75% hollarda tutilib qolish o'sma chambar ichakning chap yarmida joylashganda va ularning 50% rektosigmoid burchakda rivojlanadi. Bu pastga tushadigan chambar ichak diametrining birmuncha kichikligi va unda shakllanib bo'lgan, zich axlat massalari borligi bilan izoxlanib, bu tutilib qolish vujudga kelishiga yordam beradi. Operatsiya xarakteri to'g'risidagi masalani echishga bemor ahvoliga kompleks baho berish, o'sma bor joydagi va ichakning olib keladigan kesigidagi lokal o'zgarishlar yordam beradi. Xirurg malakasini, anesteziologik ta'minot va shunga o'xshashlarni ham e'tibordan chiqazib bo'lmaydi.

Radikal operatsiyani ko'tara olmaydagan og'ir bemorlarda ichaklarda turib qolgan suyuqlikni chiqarish va intoksikatsiyani yo'qotish uchun avvalgi o'smadan yuqorida axlat oqmasi (axlat yo'li) qo'yish kerak. Metastazlar bo'lganda yoki o'sma qo'shni organlarga o'sib kirganda operatsiyaning bu bosqichi yagona hisoblanadi.

Bemorning ahvoli engilroq bo'lganda o'smasi bo'lgan ichak birlamchi rezektsiya qilinishi, keyin axlat oqmasi chiqarilishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda intensiv davolashning tobora ortib borayotgan imkoniyatlari obturatsion tutilib qolishda birlamchi rezektsiyani bajarishga ko'rsatmalarni birmuncha kengaytirishga imkon berdi. Biroq yuqorida aytib o'tilganidek asosiy operatsiyani ko'richakka engillashtiruvchi oqma qo'yish bilan to'ldirish, shuningdek qo'yilgan. anastomozdan yuqorida orqa chiqaruv yo'li orqali ichak zondi kiritish yo'li bilan olib keladigan bo'limning to'liq dekompressiyasini ta'minlash zarur. Ko'pgina mualliflar anastomoz parietal qorin pardasi bilan bekitilganda uning yaxshi bitishini qayd qiladilar.

Stenozga olib keladigan o'sma ko'richak yoki yuqoriga ko'tariladigan chamber ichakda joylashgan bo'lsa, aksariyat birlamchi rezektsiyadan foydalanishga to'g'ri keladi. Biroq chamber ichak o'ng yarmi o'smalari uchun xarakterli metastazlanish munosabati bilan ko'pincha yonbosh va yuqoriga ko'tariladigan yoki ko'ndalang chamber ichaklar orasiga aylanma anastomozlar qo'yiladi.

Ichakni nodullash

Ichaklarni *nodullash* (ichakning *nodulusi*) tutqich tomirlarida kuchli qon aylanishining buzilishi va ingichka va katta ichakning muhim qismlarining nekrozi bilan *kechadi*. Nodulyatsiyada kamida ikkita ichak qovuzloqi qatnashadi. Ulardan biri, ikki qanotli otishma shaklida katlanmish, o'z tutqichi bilan birgalikda ichakning ikkinchi qovuzlog'i va tutqichi bilan birgalikda bir yoki bir nechta tugunlar bilan o'ralgan, birinchi qismni siqib chiqaradi va bo'g'ilib qoladi (25-3-rasm). Tugunning shakllanishi natijasida ichak tutqichi kamida ikki darajada bloklanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

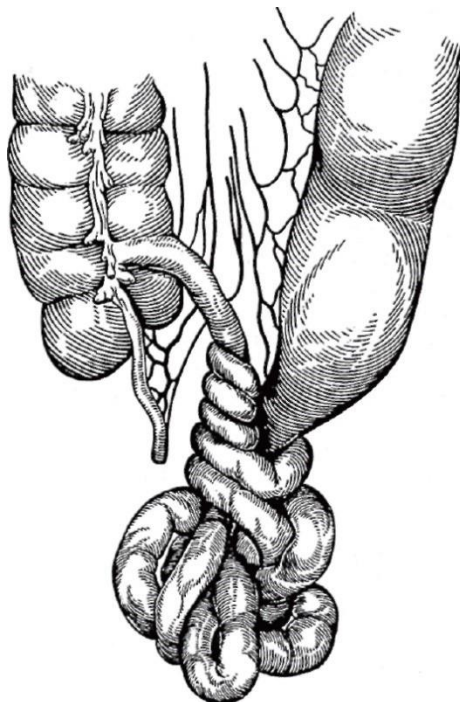
Ingichka ichak va yo'g'on ichakning harakatlantiruvchi qismlari o'z tutqichlari bilan odatda nodulatsiya bilan shug'ullanadi. Ichak ichidagi tugunlarning eng keng tarqalgan turlari bu ingichka ichak va sigmasimon ichak yoki ingichka ichak va ular orasidagi tugunlar bo'lib, ularda o'z tutqichlari bo'ladi. Ingichka ichakning qovuzloqlari (nayza va yonoq) o'rtasida nodulyatsiya kam uchraydi.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida buzilgan va buzilgan ichak tutqichi tomirlarida qon ta'minoti har xil darajada buziladi (odatda buzilgan qovuzloqdagi qon ta'minoti ko'proq azoblanadi). Keyin nekroz rivojlanadigan ikkala qismda qon ta'minoti tezda uziladi.

Nodulyatsiyani ingichka ichak strangulyatsiyasining klinik va rentgenologik belgilari yo'g'on ichak tutilishining belgilari bilan birlashtirilgan holatlarda qabul qilish kerak (rektal tekshirish paytida balon shaklidagi rektal ampulani, chap ichakdagi gorizontallik va ingichka ichakdagi suyuqlik darajasi).

Davolash

Nodulyatsiya bilan davolash faqat jarrohlik usulda amalga oshiriladi. Kasallikning dastlabki bosqichida tugun echiladi. Ko‘pincha keyingi bosqichlarda kuzatiladigan tugunni to‘g‘rilashning iloji bo‘lmasa, yo‘g‘on ichak va ingichka ichakni rezektsiyalashga murojaat qilish kerak.



11.6-rasm. Nodulyatsiya (murakkab buralish).

Oqibati

Ushbu kasallikning prognozi ko‘pincha yomon bo‘ladi. O‘lim darajasi 25% ni tashkil qiladi.

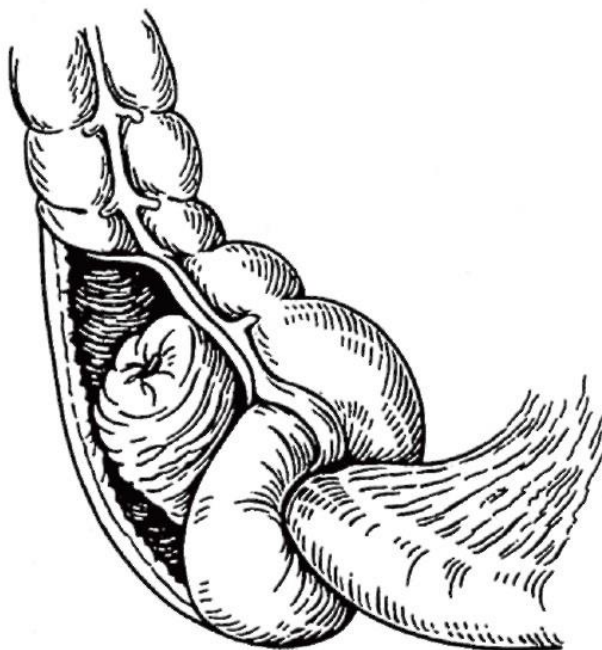
Ichakning invaginatsiyasi

Ichaklarni (*invaginacio ichakini*) *ichga tortish invaginatning* shakllanishi *bilan* birga keladi, bunda bosh va tanasi ichakning ichki (kiruvchi) va tashqi (qoldiruvchi) silindrlaridan iborat. Tashqi ichak invaginant vagina deb ataladi va tashqi silindrning o‘rtasiga o‘tish joyi invaginatning yoqasi deb ataladi (25-4-rasm). Bir ichakning boshqasiga kiritilishi turli xil chuqurliklarda sodir bo‘ladi. Ichak bo‘shlig‘ini shilimshiqlik bilan berkitib qo‘yish obstruktiv obstruktsiyaga olib keladi.

Ichak bilan bir qatorda uning tutqichi ham kiritiladi, bu esa qon tomirlarining siqilishiga va qon tomir tizimining buzilishiga olib keladi (strangulyatsiya).

Ichakning invaginatsiyasi asosan 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi (bemorlarning umumiy sonining 75% gacha). Kattalardagi ichakning o'tkir invaginatsiyasi kam uchraydi va ichak tutilishi bilan og'rigan bemorlarning 2-3 foizini tashkil qiladi. Eng ko'p uchraydigan narsa - yonbosh ichakning ko'richakka kirib borishi (ileotsekal invaginatsiya) yoki yonbosh ichak va ko'richak o'sayotgan yo'g'on ichakka kiradi. Ingichka ichakning ingichka yoki katta qismga tarqalishi kam uchraydi.

Intrussepsiya rivojlanishida asosiy ahamiyatga kiruvchi ichak devoridagi bu yoki boshqa patologik o'zgarish (oyoqdagi o'simta, gematoma, yallig'lanish infiltrati va boshqalar), bu peristaltik kesishmalar natijasida ichak lümeni bo'ylab distal yo'nalishda harakatlanib, ichak devori bo'ylab harakatlanadi. Ichak devorining turg'un spazmiga ma'lum bir rol yuklanadi, buning natijasida ichakning spazmolitik qismi peristaltik kesishmalar orqali boshqa parez holatida bo'ladi. Chaqaloqlarda chayqalish sababi ichak asab tizimining (Meissner va Auerbach pleksuslari) nomukammalligi hisoblanadi.



11.7-rasm. Ingichka ichakning yo'g'on ichakka invaginatsiyasi

Klinik ko‘rinish va diagnostika

Bolalarda kasallikning o‘tkir shakllari ko‘proq uchraydi, kattalarda esa surunkali shakllar ustunlik qiladi. O‘tkir shaklda kasallik to‘satdan, ba’zida enteritning fonida yoki laksatifni qabul qilganidan keyin boshlanadi. Etakchi simptom bu o‘tkir, siqiluvchi og‘riqlar bo‘lib, ular ichak peristaltikasining qisqarishi bilan bir vaqtning o‘zida chidab bo‘lmas og‘riqlarga qadar kuchayib, so‘ngra asta-sekin pasayadi. Vaqt o‘tishi bilan kesishmalar orasidagi intervallar qisqaradi, og‘riq doimiy bo‘lib qoladi.

Ichak buklanishi yoki uning boshqa deformatsiyasi natijasida paydo bo‘lgan bitishmadan tutilib qolishda ichak o‘tkazuvchanligini tiklash uchun ko‘pincha bitishma yoki tortmani kesishning o‘zi kifoya qiladi. Katta ko‘lamdagi bitishma jarayoni tutilib qolgan joyni hamavaqt to‘g‘ri aniqlashga imkon beravermaydi, shuning uchun bunday sharoitda passajdan ichak qovuzloqlari yig‘indisini uzib qo‘yadigan aylanma anastomoz qo‘yish juda maqsadga muvofiq.

Adabiyotda ichakning o‘tkir tutilib qolishini bartaraf qilish va Nobl operatsiyasini bir vaqtda bajarish to‘g‘risida axborotlar bor. Bunday taktikani, aftidan, bemorlarning bir qismi uchun to‘g‘riligini tan olish va bu operatsiyani katta tajribaga ega xirurglar bajarishi lozimligini ta’kidlab o‘tish zarur.

Ichakni turib qolgan suyuqlikdan xoli qilish va operatsiyadan keyingi davrda uning bemalol oqib ketishiga sharoit yaratishga ingichka ichakning hammasini, zarur bo‘lganda yo‘g‘on ichakni ham intubatsiya qilish yo‘li bilan erishiladi. Ichakni dekompressiya qilish va uning parezini dori-darmonlar bilan davolash bilan birga ichak tutqichni 0,25% li novokain eritmasi bilan blokada qilish tavsiya etiladi, bu ham peristaltika tiklanishiga imkon beradi. Ichakda morfologik o‘zgarishlar bo‘lmaganda yoki kam yuzaga chiqqanda erta bajariladigan operatsiyalar hajmi (bitishmani qirqish, ichak bo‘shlig‘ini ochmasdan stomani chiqarish), qorin bo‘shlig‘ini drenaj qilishga ehtiyoj qolmaydi.

DINAMIK ICHAK TUTILISHI

Paralitik ichak tutilishi

Dinamik paralitik ichak tutilishining rivojlanishining asosiy etiologik sabablari: qorin bo'shlig'i organlarining ayrim o'tkir yallig'lanish kasalliklari, peritonit bilan asoratlangan (o'tkir xoletsistit, o'tkir pankreatit, teshilgan gastroduodenal yaralar va boshqalar), qorinning qattiq yopiq shikastlanishlari, retroperitoneal gematomalar. Odatda kamroq metabolik kasalliklar uning rivojlanishiga sabab bo'ladi: diabetik, uremik koma, og'ir gipokaliemiya, har xil ekzogen intoksikatsiya. Paralitik tutilishning alohida, og'ir guruhi tutqich tomirlarida o'tkir qon aylanishining buzilishi natijasida paydo bo'ladi - yuqori tutqich arteriyasining trombozi va emboliyasi (qarang: "Periferik arteriyalarning kasalliklari").

Ichakning paralitik tutilishi ichak peristaltikasini sezilarli darajada ingibitsiya qilishi yoki hatto to'liq to'xtashi, ichak devorining mushaklari ohangining pasayishi bilan izohlanadi. Pulsatsiyalanuvchi peristaltik to'lqinning yo'qligi ichakdagi tarkibni turg'unlikka olib keladi.

Klinik ko'rinish va diagnostika

Asosiy alomatlar: og'riq, qusish, najasni doimiy ushlab turish, qichishish. Og'riqlar muntazam aniq lokalizatsiya va nurlanish yo'q. Ular odatda doimiydir, siqish komponenti odatda yo'q. Mexanik ichak tutilishi bilan solishtirganda, dinamik ichak tutilishi bilan qayt qilish kamdan-kam hollarda uchraydi, ammo peritonit rivojlanishi bilan takrorlanishi mumkin.

Qorinni tekshirganda uning bir tekis shishishi qayd etiladi. Palpatsiya qorin old devorining qarshiligini aniqlaydi. Auskultatsiyada peristaltika kamayadi yoki yo'q.

Agar paralitik ichak tutilishi peritonitning rivojlanishi bilan birlashtirilmasa, kasallikning dastlabki soatlarida bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib qoladi. Keyinchalik, patogenetik terapiya bo'lmasa, bemorning ahvoli yomonlashadi, endogen intoksikatsiya alomatlari, gipovolemiya, suv-elektrolitlar muvozanatining jiddiy

buzilishi, kislota-asos holati kuchayadi, natijada hayotiy organlarning funktsional etishmovchiligi yuzaga keladi.

Qorin bo'shlig'idagi floroskopiyada tekshirganda ichakning paralitik tutilishi ichakning barcha bo'limlarini bir tekis shishishi, shishgan ichaklarda gazsimon tarkibning suyuqlik ustidan ustunligi, ingichka va katta ichaklarda gorizontal suyuqlik darajasi bir vaqtning o'zida bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Davolash

Avvalo, paralitik ichak tutilishining rivojlanishiga olib kelgan patologik jarayonni yo'q qilish kerak. Ichakning motor funktsiyasini tiklash va uning pareziyasini yo'q qilish uchun xlorpromazin ishlatiladi, bu simpatik asab tizimining qo'zg'aluvchanligiga ingibitiv ta'sirni kamaytiradi, antixolinesteraza preparatlari (neostigmine metil sulfat), ular parasempatik asab tizimining ichakning kontraktil funktsiyasiga ta'sirini kuchaytiradi. So'nggi yillarda prokinetikani ichakning motor faolligini rag'batlantirish uchun muvaffaqiyatli qo'llash to'g'risida xabarlar mavjud.

Ushbu dorilarni qo'llashda ma'lum bir ketma-ketlik kerak. Birinchidan, xlorpromazin yoki shunga o'xshash dorilar buyuriladi, 45-50 daqiqadan so'ng neostigmine metil sulfat, so'ngra tozalash klizmasi buyuriladi. Ichak stimulyatsiyasi ham samarali hisoblanadi.

Bemorlar endoskop yordamida oshqozon bo'shlig'iga o'rnatilgan nazogastral zond yordamida aspiratsiya orqali oshqozon va ichaklarni doimiy ravishda dekompressiyalayadilar.

Gomeostazning buzilishi turli xil etiologik omillar (o'tkir ichak tutilishi, peritonit, buzuvchi pankreatit va boshqalar) bo'lgan og'ir metabolik kasalliklar bilan og'rgan bemorlarni davolashning umumiy qoidalariga muvofiq tuzatiladi.

Paralitik parezni jarrohlik davolash faqat peritonit, tromboz yoki tutqich tomir emboliyasi fonida yuzaga kelgan hollarda ko'rsatiladi.

Spastik dinamik ichak tutilishi

Spastik dinamik ichak tutilishi qo'rg'oshin bilan zaharlanish, askariyoz, porfiriya va asab tizimining ba'zi kasalliklari bilan kechadi.

Klinikasi va diagnostikasi

Etakchi alomat ma'lum bir lokalizatsiyasiz qorin bo'shlig'idagi kuchli siqish og'riqlaridir. Og'riqlar paytida bemor to'shakka yuguradi, qichqiradi.

Dispeptik kasalliklar xaraktersizdir. Axlat va gaz chiqarish kechikishi barcha bemorlarda kuzatilmaydi, ular kamdan-kam hollarda davom etadi. Bemorning umumiy holati biroz bezovtalanadi. Qorin bo'shlig'ida ko'pincha odatiy konfiguratsiya mavjud, ammo agar qorin devori orqaga tortilsa, u skafoid shaklini oladi.

Qorinning rengenoskopiyasi bilan ichakning spastik-atonik holati aniqlanadi. Ba'zida ingichka ichak bo'ylab ingichka Kloiber idishlari joylashgan bo'lib, ular ingichka ichak tutqichi bo'ylab joylashgan. Ovqat hazm qilish tizimini kontrastli o'rganish ingichka ichakda bariy suspenziyasining sekin o'tishini, aniq shishgan joylarni aniqlaydi.

Spastik ichak tutilishi nisbatan kam uchraydigan dinamik obstruktsiya hisoblanadi. Ichak tarkibidagi o'sishni qiyinlashtirishi yoki to'liq to'xtatilishi ichak devorining mushak qavatining doimiy spazmining paydo bo'lishi bilan bog'liq. Spazmning davomiyligi har xil bo'lishi mumkin - bir necha daqiqadan bir necha soatgacha.

Davolash

Odatda faqat konservativ davo qo'llaniladi. Bemorlarga antispazmodiklar, fizioterapevtik muolajalar buyuriladi, oshqozonga harorat beriladi; asosiy kasallik davolanadi.

Nazorat savollari.

- 1) O'tkir ichak tutilishi tashxisida eng muhim tekshirish usuli?
- 2) Ichak tutilishining qaysi turi simptomlardan biri to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda qon izlari aniqlanadi?
- 3) Qanday ichak tutilishiga xos simptomlardan biri tozalovchi klizmadan keyin "go'sht yuvindisi" ga o'xshash suyuqlik ajraladi?
- 4) Ichak tutilishining qaysi birida konservativ davo o'tkazilmaydi?
- 5) Kasallikning dastlabki bosqichlarida o'tkir ichak tutilishi bilan va ko'r ichak o'smasi bilan og'rikan bemorga qanday operatsiya qilish yanada oqilona hisoblanadi?
- 6) Yo'g'on ichak pastki qismi obstruktsiyasi uchun nima xarakterli?

- 7) Paralitik ichak tutilishining sabablari?
- 8) Paralitik ichak tutilishiga xarakterli?
- 9) Obturatsion ichak tutilishi uchun terapevtik chora-tadbirlar?
- 10) Strangulyatsion ichak tutilishida ichakning hayotiyeligini aniqlashda qaysi belgilarga e'tibor qaratish kerak?
- 11) Ingichka ichak mexanik obstruktsiyaning eng keng tarqalgan sababi?
- 12) Ingichka ichak obstruktsiyasi uchun xarakterli?
- 13) Ingichka-yo'g'on ichak invaginatsiyasi uchun xarakterli?
- 14) O'tkir ichak tutilishiga shubha bilan birinchi navbatda amalga oshiriladigan diagnostika choralari?
- 15) Yo'g'on ichak obstruktiv obstruktsiyasi ko'pincha kelib chiqadi?
- 16) O'tkir ichak tutilishi bilan og'rigan bemorni tekshirganda: Obuxov shifoxonasi simptomi musbat ekanligi aniqlandi. Bu qaysi turdagi obstruktsiyaga xarakterli?
- 17) "Malina jelesi" shaklidagi axlat xarakterli?
- 18) Dinamik ichak tutilishining sabablari nima?
- 19) Kasallikning dastlabki davrida peristaltik shovqinlar kuchayishi xos bo'lgan ichak tutilishi?
- 20) Mexanik ichak tutilishining eng keng tarqalgan sababi?
- 21) O'tkir ichak tutilishining dastlabki bosqichi uchun eng tez-tez uchraydigan birinchi alomat?
- 22) Ichak tutilishining qaysi shakli ingichka ichakning retrograd qisilishi kuzatiladi?
- 23) Ingichka ichakni buralishi uchun xarakterli?
- 24) O'tkir ichak tutilishiga erta tashxis qo'yish usuli?
- 25) To'g'ri ichakda qon bo'lishi kuzatiladigan o'tkir ichak tutilishining turini?
- 26) Ko'r ichak saratoniga chalingan bemorda o'tkir ichak tutilishi kuzatildi. Shoshilinch jarrohlik amaliyoti paytida regional limfa tugunlari kattalashgan o'sma metastaz yuq, deb topildi. Ushbu bemorda qanday operatsiya bajarish kerak?

27) Og‘ir jismoniy faoliyatdan so‘ng bemorda ko‘ngil aynishida, ikki marta qayt qilish, damlash, gazning chiqmasligi kuzatildi. Bunday klinik ko‘rinish qanday kasallik bilan tavsiflanadi?

28) O‘tkir ichak tutilishining oshqozon yarasining teshilishidan qiyosiy tashxisi uchun, birinchi navbatda qanday tekshirish usuli o‘tkazilishi kerak?

29) Taxminan ikki kun oldin 75 yoshli bemorda sigmasimon ichakning buralishi tufayli ichak tutilishi yuzaga kelgan. Operatsiya vaqtida uning nekrozi, yo‘g‘on ichakning o‘tkir shishishini aniqladi. Bu vaziyatda jarroh uchun eng yaxshi jarrohlik usuli?

30) O‘tkir pankreatitdan o‘tkir ichak tutilishini farqlashda qaysi tekshirish usuli imkon beradi?

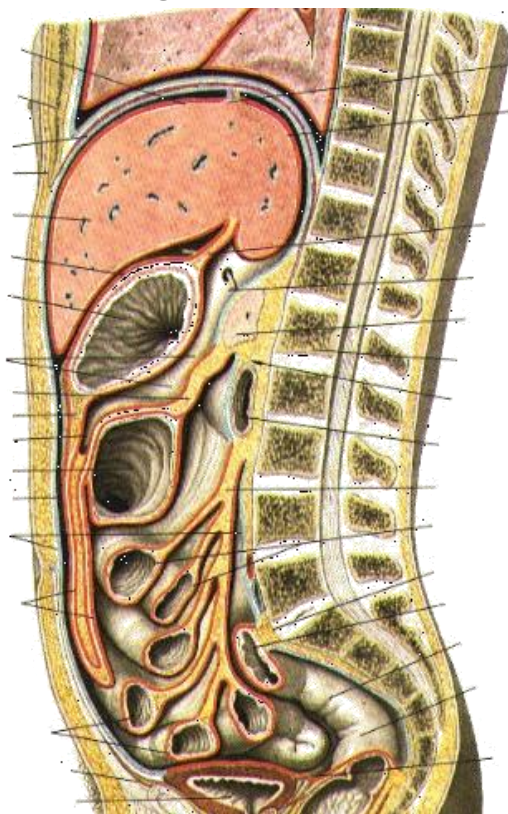
XII BOB. O‘TKIR PERITONIT

Qorin pardasining anatomik-fiziologik xususiyatlari.

Qorin pardasi qorin devorining ichki yuzasini va qorin bo‘shlig‘ida joylashgan a‘zolari qoplab turadigan yupqa seroz pardadan iborat. Qorin pardoning qorin devorini ichki yuzasini qoplab turgan qismini parietal qorin parda (qalinligi 90-130 mkm) va ichki a‘zolarining kattagina qismini qoplab turgan qismini vistseral qorin pardasi (qalinligi 45-75 mkm) tashkil etadi.

Qorin pardasi yuzasining umumiy sathi $\approx 2 \text{ m}^2$ atrofida bo‘lib, erkaklarda qorin bo‘shliq yopiq bo‘ladi, ayollarda esa tashqi muhit bilan, bachadon va uning naylari orqali aloqada bo‘ladi. Odatda, qorin bo‘shlig‘ida normal sharoitda ichki a‘zolar yuzasini namlab turadigan, me‘da va ichaklar peristaltikasini osonlashtiradigan oz miqdorda ($\approx 20 \text{ ml}$ gacha) tiniq seroz suyuqlik bo‘ladi.

Qorin pardasi bir qavat mezoteliy va biriktiruvchi to‘qima qavatlaridan iborat bo‘lib, qon tomirlar, limfatik tomirlar, hamda nerv tolalari bilan yaxshi ta‘minlangan.

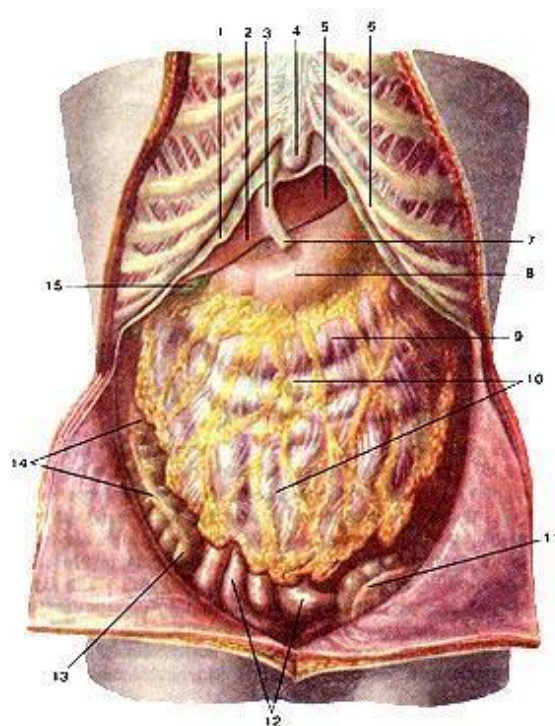


12.1-rasm. Tananing bo‘ylamasiga kesmasining ko‘rinishi.

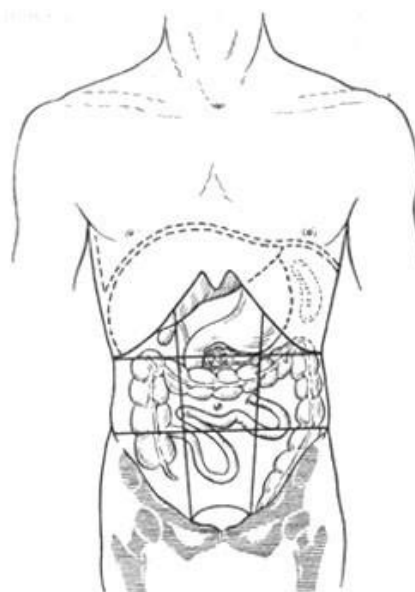
Qorin pardasining bunday boy vaskulyarizatsiyasi, uning bo'shlig'ida bo'lgan suyuqlikni so'rish xususiyatiga va yallig'lanish jarayonida ishtirok etganida – ekssudatsiya qobiliyatlariga ega qiladi. Bu xususiyat qorin pardasining diafragmal yuzasidagi sathida suyuqlikni so'rish ko'proq darajada, kichik chanoq sohasida esa kamroq darajada rivojlangan.

Qorin pardasining diafragmal yuzasining bu xususiyati, uning proksimal qismlari va plevra varag'ining bazal qismlarini bog'lab turadigan limfatik tomirlar bilan birgalikda, yallig'lanish jarayonining qorin bo'shlig'ining yuqori qavatidan plevra bo'shlig'iga o'tishiga imkon tug'diradi. Parietal qorin parda sezuvchan somatik nervlar (qovurg'alararo nerv tarmoqlari) bilan innervatsiyalanadi. Shu tufayli parietal qorin parda har qanday ta'sirga (mexanik, kimyoviy va b.) sezuvchan bo'ladi, og'riqlar esa mahalliy (lokal), chegaralangan (somatik og'riqlar) bo'ladi. Vistseral qorin parda vegetativ (parasimpatik va simpatik) innervatsiyaga ega bo'lib, somatik innervatsiyaga ega emas. Shunga ko'ra vistseral qorin parda ta'sirlanganda paydo bo'ladigan og'riqlar xurujsimon xarakteriga ega, ya'ni lokal emas (vistseral og'riqlar). Kichik chanoq qorin pardasi somatik innervatsiyaga ega emas. Bu hol, kichik chanoq bo'shlig'idagi qorin pardasining yallig'lanish jarayonlarida, oldingi qorin devori mushaklarining himoya tarangligi (vistseromotor refleks) bo'lmasligiga olib keladi. Qorin pardasi yaqqol namoyon bo'ladigan plastik xususiyatlarga ega bo'lib, mexanik yoki kimyoviy jarohat olgan holda birinchi soatlardan boshlab, uning yuzasiga fibrin cho'kadi, bu bir- biriga tegmay turadigan yuzalarining yopishishiga va yallig'lanish jarayonining chegaralanishiga olib keladi (himoya vazifasi). Bundan tashqari, qorin pardasining o'zi va u ishlab beradigan suyuqlik antimikrob xususiyatlarga ega.

Ochiq jarohatlarning klinik kechishi va belgilari, ichki a'zoga etkazilgan jarohat turi va hajmiga bog'liq bo'ladi. Qorinning yopiq jarohatlarida, ko'pincha qorin pardasining jarohatlanishlari ichki a'zolarining shikastlanishi bilan birga uchraydi.



12.2-rasm. Qorin bo'shlig'ining anatomik sohalari



12.3-rasm. O'tkir peritonit

O'tkir peritonit – vistseral va parietal qorin pardalarining yallig'lanishi bo'lib, u inson organizmi kasallanishining og'ir umumiy va mahalliy belgilari bilan o'tadi, hamda qisqa vaqt ichida hayotiy muhim a'zolar va sistemalar faoliyatining birmuncha jiddiy, ortga qaytmas buzilishlariga olib keladi. Bu holat, qorin bo'shlig'i a'zolarining

turli o'tkir kasalliklari va jarohatlarining eng og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Qorin pardasi jarohatlanishlari odatda ikki turda: ochiq va yopiq bo'ladi. Ochiq jarohatlanishlar (kesib kiruvchi, teshib o'tuvchi jarohatlar), odatda ichki a'zolarining jarohati yoki yaralanishi bilan birga uchraydi, hamda bu holat shoshilinch xirurgik operatsiyani (laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolari reviziyasi) o'tkazish zaruratini taqazo etadi.

Jarohatlanish turi va hajmiga ko'ra ichga qon ketish, posttravmatik yoki postgemorragik shok, peritonit kabi belgilar majmuasi birinchi o'rinni egallaydi. Qorin bo'shlig'iga bakteriyalarning tushishi bilan bog'liq bo'lgan bacterial (mikrobli) peritonitlardan tashqari, qorin bo'shlig'iga, qorin pardasiga agresiv ta'sir ko'rsatadigan turli xil infektsiyalanmagan agentlar: qon, siydik, o't suyuqligi, pankreatik shira – tushishidan kelib chiqadigan aseptik (abakterial) peritonitlar farq qilinadi. Bugungi kunda, jarrohlik texnikasining takomillashuvi, intensiv va antibakterial muolaja yutuqlari, anesteziya usullarining xilma-xil turlaridan foydalanish imkoniyatlari, hayotiy muhim a'zolar faoliyatini tiklashning turli-tuman yo'llari borligiga qaramay, o'tkir peritonit kasalligini davolash muammosi butun jahon jarrohlarining diqqat markazida turibdi. Yopiq, anatomik murakkab qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonining tobora avj olishi, intoksikatsiyaning tez fursatda rivojlanishi, ichaklar atoniyasi va bular bilan bog'liq holdagi gemodinamik va nafas olish jarayonining buzilishlari, keskin darajada izdan chiqqan metabolizm o'tkir peritonit kechishini g'oyat murakkablashtiradi. Bu esa o'z navbatida, spetsifik va nospetsifik asoratlar sonining ko'payishi (12-48%) va o'lim darajasining yuqoriligi bilan tasdiqlanadi.

Bu kasallikning aholi orasida tez-tez uchrab turlganligini, qorin bo'shlig' a'zolarining o'tkir yallig'lanishi kasalliklari bilan kasallanish tendentsiyasining tobora ortib borayotganligini, shuningdek, so'nggi yillarda mikroorganizmlarning antibiotiklarga nisbatan rezistentligini kamayishini e'tiborga olsak, bu muammoning klinik tibbiyot uchun nechog'lik muhimligini anglash mumkin bo'ladi. Agarda biz tarixga nazar tashlasak, qorin bo'shlig'ining yallig'lanishi jarayonlari, insoniyat

tarixida uzoq o'tmishdan ma'lum bo'lib kelayotganini anglaymiz. Bundan ming yilcha muqaddam tibbiyot ahlining peritonit kasalligi belgilari haqida birmuncha oddiyroq tushunchalarga ega bo'lganliklarini, uni jarrohlik yo'li bilan davolashga uringanliklariga doir asoslangan fikrlar mavjud bo'lganini ko'ramiz (Myuller, 1892). Yangi eramizgacha bo'lgan davrning III asrida yunon vrachi Erzostrat, qorin bo'shlig'ida yig'ilgan yiringni chov sohasidagi kesma orqali tashqariga chiqarib tashlashga uringan.

Eramizning 100-yilida Rim vrachi Ozerapus Effesskiy: «Agar yiring qorin pardasi bilan ichaklar orasiga yig'ilgan bo'lsa, yiring qorin bo'shlig'idan qaerga keta olardi, eng osoni chov sohasida kesma qilib, uni chiqarib yuborgan ma'qul», – deb yozgan. III asr o'rtalarida Ambruaz Pare kasallikning kechuvi (klinikasi) bo'yicha septikopiemiya o'xshash «umumiy zararlanish» to'g'risida so'z yuritib, bu holatning sabablaridan biri – qorin bo'shlig'i ichki qismlarining yallig'lanishi ekanligini aytadi. XVIII asrda atoqli frantsuz jarrohi Jan Lui Pti qorin anatomiyasini o'rganayotganda, qorin bo'shlig'i a'zolari orasida yiringli oqmalar yuz berishi mumkinligiga e'tiborni qaratgan. Rossiya tabobatida, qorinning barcha yallig'lanish kasalliklari «Anton alangasi» degan umumiy nom bilan birlashtirilib, tuzalmaydigan kasalliklar qatoriga kiritilgan.

Peritonit kasalligining klinik kechuvi belgilarini, harbiy vrach Vasiliy Shabanov (1816) birinchi marta aniqroq tasvirlagan. U me'da yoki o'n ikki bormoqli ichak yarasining teshilishi negizida yosh askarda, peritonit kasalligining rivojlanganini batafsil tasvirlagan. Birmuncha keyinroq, Harbiy meditsina jurnalida (1840) G. Shaliyaning ichaklar perforatsiyasi to'g'risidagi ishi e'lon qilinib, unda peritonitning klinik manzarasi yanada aniqroq tasvirlanadi. O'sha yili operativ xirurgiya buyicha nashr qilingan qo'llanmada, akademik Solomon o'rta laparotomiya, ichak choklarining ba'zi turlari va qorin devorini tikish texnikasini taklif qiladi. Moskvalik jarroh L.I. Shmidt (1881) bezgak kasalligida yiringlab ketgan taloqning qorin bo'shlig'iga yorilishi sababli yuz bergan tarqalgan yiringli peritonitda, jahonda birinchi bo'lib muvaffaqiyatli laparoskopiyani amalga oshirgan. Faqat 4 yil o'tgach

(1885) Angliyada Trawe va Olmoniyada Oberet peritonitlarni operatsiya usulida davolash kerak, degan qa'tiy fikrni ilgari surganlar.

Shunday qilib, A.I. Shmidt operatsiyasini, yiringli peritonitni xirurgik davolashning boshlanishi desa bo'ladi. XX asrning birinchi choragida ko'pchilik nufuzli jarrohlarni, imkon boricha operatsiyani erta o'tkazish zarur, degan yagona fikrga keldilar. Biroq, qorin bo'shlig'ini drenajlash va yuvish masalalari, ayniqsa o'tkir bahslarga sabab bo'ldi. Agar V.M. Zikov (1897), A. Gagman (1901) qorin bo'shlig'ini qunt bilan yuvish shart deb aytishsa, S.P. Fedorov (1901) va I. Grekov (1952) uni ko'p yuvishga qarshi chiqib, bunda infeksiya qorin bo'shlig'ining burmalari – «cho'ntaklariga» tushib, uning tarqalishiga olib kelishi mumkin, deb hisoblaganlar. XX asrning 30-yillarida klinik amaliyotga sulfanilamid preparatlarining joriy qilinishi va S.S. Yudin (1937) ularni qorin bo'shlig'iga yuborib qo'llashni taklif etishi, davolash natijalarini anchagina yaxshiladi. Bu yo'nalish II jahon urushi davrida yana kamol topib, urush jarayonida jarrohlarni yiringli peritonitning o'lim darajasini 38-50% gacha olib boradigan, juda og'ir turlariga duch keldilar.

Bu davr, qorin bo'shlig'ida operatsiya qiladigan yuqori malakali jarrohlarni etishtirdi, ularda jarrohlik texnikasini sayqallanishiga, qorin a'zolarining og'ir jarohatlarini davolashda boy tajriba orttirishga, yiringli peritonitning asoratlari: ichak oqmalari, eventeratsiyalar, infiltratlar va qorin bo'shlig'idagi qaytalanadigan yiringli jarayonlarni davolashning asosiy tamoyillarini ishlab chiqishga imkon yaratdi. Antibiotiklardavrlarning boshlanishi (Flemming, 1946, Ermoleva, 1946), shuningdek 50-yillarida ta'sir doirasi keng antibiotiklarning paydo bo'lishi, yiringli peritonitlarni davolashda katta yutuqlarga erishishga imkon berdi va unda o'lim darajasini keskin kamaytirdi (B.A. Petrov, 1951, H.G. G'afurov, 1953).

Biroq, keyingi yillarda antibakterial preparatlar turlarining tobora ko'payishiga, muolajada uning miqdorini oshirib berilishga qaramay, antibiotiklarning xirurgik infeksiyaga ta'sir darajasi pasayib, samaradorligini yuqotmoqda va peritonitlarni davolash natijalari yanada yomonlashmoqda. Shunday qilib, so'ngi yillarda mikroorganizmlarning

antibiotiklarga rezistenligi oshib borishi tufayli peritonitda oqibat natija (prognoz) yanada yomonlashdi va o'lim darajasi oshdi. O'lim darajasi nisbatining turli mualliflarda farqlanishiga sabab, hanuzgacha peritonitlarning amalda yagona qabul qilingan klassifikatsiyasining yo'qligidir. Vaholanki klassifikatsiya yaratishga dastlabki urinishlar 1886 yildayoq A.D. Pavlovskiy tomonidan boshlangan edi. Klassifikatsiyasi. So'nggi yillarda peritonitning ixcham, ishlatishga qulay klassifikatsiyalariga moyillik kuzatilmoqda. Jumladan, A.M. Karyakin (1968) peritonitni faqat mahalliy va tarqalgan turlarga, V.I. Struchkov muallifdoshlari bilan (1967) esa, mahalliy, diffuz va tarqalgan (umumiy) peritonitlarga bo'ladilar. T.S. Simonyan (1971) klinika ko'rinishida peritonitning tarqalganligi alohida ahamiyatga ega emas deb hisoblaydi va peritonit giperergik reaksiyalar nuqtai nazaridan ko'zdan kechiriladigan klassifikatsiyani ilgari suradi, bunda u peritonitning uch bosqichi – reaktiv, toksik va terminal bosqichlarini farq qiladi.

Bu o'rinda I.I. Grekovning (1952) quyidagi so'zlarini eslatib o'tishni lozim tobdik: «Yiring nisbatan kam tarqalgan bemorlarda kasallikning og'ir klinik kechishi har qadamda kuzatiladi, bu barcha tegishli davo choralari ko'rilishiga qaramay, aksariyat, o'lim bilan yakun topadi».

Darhaqiqat, klinik amaliyotda ko'pgina peritonit hollarini kuzatib, peritonitning tarqalganligi muhim prognostik belgi bo'lib xizmat qilsada, hamisha ham bemor holatining og'ir-engilligi va prognoz bilan to'la mos tushavermasligiga guvoh bo'lamiz. Yallig'lanish jarayonining og'ir-engillik darajasi, shubhasiz, davo tadbirlarining har xil hajmini talab etadi, shuningdek peritonitning kechishida bosqichlilik omilidan battamom voz kechishga yoki uning ahamiyatini pasaytirishga imkon bermaydi. Bizning fikrimizcha, bugungi kunda jarrohlik amaliyotida B.D. Savchuk tomonidan 1979 yilda taklif etilgan peritonit klassifikatsiyani qo'llash, birmuncha soddaroq va amaliyotda ishlatish uchun qulayroq hisoblanadi. I. Mahalliy peritonit: 1. Chegaralangan – qorin bo'lig'ining bitta yoki ikkitagacha anatomik sohalarida aniq chegaralangan yallig'lanish (yiringlash) jarayonining bo'lishidir.

Bu abstsess tushunchasiga to'g'ri keladi. 2. Chegaralanmagan – qorin bo'lig'ining bir yoki ikkitadan ko'p bo'lmagan anatomik sohalarini

egallab, atrof to'qimalardan aniq chegara (kapsula) bilan ajralmagan holdagi yallig'lanish (yiringlash) jarayonidir. II.Tarqalgan peritonit:

- 1.Diffuz – qorin bo'shlig'ining ikkitadan beshtagacha anatomik sohalarini qamrab olgan yallig'lanish (yiringlash) jarayonidir.
- 2.Tarqalgan peritonit – qorin bo'shlig'ining beshtadan ortiq anatomik sohalarini, ko'pincha esa butun qorin bo'shlig'ini egallagan yallig'lanish (yiringlash) jarayonidir. Qorin bo'shlig'iga yig'iladigan ekssudat xarakteriga ko'ra: seroz, seroz-yiringli, yiringli, fibrinoz-yiringli, gemorragik, anaerob, siydik, o't yoki me'da osti bezi shirasiga xos, yoinki quruq bo'lishi mumkin.

Kelib chiqishi bo'yicha peritonit:

birlamchi peritonit – juda kamdan kam uchraydigan turi. Bunda kasallikning boshlanishiga inson organizmida bo'lgan biror-bir infektsiya sabab bo'lishi mumkin. Infektsiyani quyidagi tushish yo'llari mavjud:

- gematogen;
- limfogen;
- kriptogen;
- yiringli jarayonning yorilishi (abstsosning atrofidagi a'zolar va tuqimalardan ozod qorin bo'shlig'iga yorilishi).

ikkilamchi peritonit:

- appendikulyar;
- xoletsistopankreatit;
- perforativ (me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasi, Kron kasalligi va b.);

-travmatik (qorin bo'shlig'idagi kovak a'zolarining jarohatlanishi yoki jarohatlanmagani bilan o'tadigani); nekrotik (ichakning o'tkir tutilishida, me'da-ichak yo'llari flegmonasida, mezenterial limfa tugunlari yiringli yallig'langanda, qorin bo'shlig'i a'zolarining kam uchrayigan yallig'lanishida (Mekkel divertikuli); -operatsiyadan keyingi (me'da, ingichka va yo'g'on ichaklar, o't yo'llari va boshqa a'zolaridagi operatsiyalardan keyingi); -ginekologik (naylar, tuxumdonlar, bachadon yallig'langanda, nay yorilganda, bachadon perforatsiyasida, bachadon

tugʻruq payti shikastlanganda, tuxumdon kistalari va oʻsmalari buralib qolganda).

Koʻpchilik hollarda peritonit polimikrob kasallik hisoblanadi. Bakteriyalar orasida – ichak tayoqchasi (*E. coli*) guruhi asosiy oʻrin tutadi, biroq soʻngi paytlarda oddiy protey va boshqa shartli patogen bakteriyalar ahamiyati koʻproq boʻlmoqda, anaeroblar roli sezilarli oshdi. Pnevmonokokklar va *Kox* tayoqchalari kamroq uchraydi.

Peritonitning klinik kechishida oʻtkir yiringli peritonit rivojlanishining uch bosqichi tafovut qilinadi.

- 1.Peritonitning reaktiv bosqichi (yalligʻlanishda dastlabki 24 soat, perforativ peritonitda 12 soat) – koʻproq mahalliy belgilar yuzaga chiqqan bosqich: keskin ogʻriq sindromi, mushaklarning taranglashishi, qayt qilish, majburiy holat va b. Umumiy belgilar: pulsning 120 martagacha tez urishi, arterial qon bosimining (AQB) oshishi, nafas olishning tezlashuvi va boshqa belgilari, intoksikatsiyaga nisbatan koʻproq ogʻriq shoki uchun xos.

- 2.Peritonitning toksik bosqichi (yalligʻlanishda 24-72 soat, perforativ peritonitda 24 soat) – mahalliy belgilarning soʻnishi va intoksikatsiyaga xos umumiy reaksiyaning yaqqol ustunlik qilishi bilan namoyon boʻladi: yuz qiyofasi oʻtkirlashgan, rangpar, bemorda kamharakatlik, eyforiya, puls 120 dan oshgan, AQB pasaygan, kech qayt qilish, haroratning gektik xarakteri, qon formulasida yiringli-toksik surilish. Toksik bosqich uchun mahalliy belgilardan ogʻriq sindromining pasayishi, qorin mushaklarining taranglashuvi yoki qorinning shishishi, metiorizmning ortib borishi xos.

- 3.Terminal bosqich (yalligʻlanishda 72 soat, perforativ peritonitda 24 soatdan ortiq) – qaytishi gumon chegaradagi chuqur intoksikatsiya bosqichi: Gippokrat yuzi, adinamiya, ruhiy holat tonusi va harakatlarning pasayishi, aksariyat intoksikatsiyadan deliriy, nafas olish va yurak-qon tomir faoliyatining talaygina buzilishlari, qoʻlansa hidli koʻp qayt qilish, qon formulasidagi keskin yiringli-toksik siljish, haroratning tushib ketishi, baʼzan bakteremiya. Mahalliy belgilardan

peristaltikaning butunlay yo‘qolishi, qorin dam bo‘lishi va shishishi, butun qorin bo‘ylab tarqalgan og‘riq kuzatiladi.

Klinik kechishi

O‘tkir qorin sindromdai, quyidagi klinik belgilar kuzatiladi:

qorin qattiq og‘riq.

Tana haroratini ko‘tarilishi.

Taxikardiya.

Qayt qilish.

Gipovolimiya.

Shok.

Qorin bo‘shlig‘ining peritonit belgilari bosqichlarida:

Reaktiv bosqich. Dastlabki bosqich mahalliy simptomlarning ustunligi va umumiy boshlang‘ich belgilarni rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Uning davomiyligi bir necha soatdan bir necha kungacha. Yiringli peritonitda uning davomiyligi 24 soat bilan cheklanadi. Ushbu bosqichda bemor majburiy holatda, odatda, oyoqlari bilan orqa tarafida yotib, oyoqlarini qorin tomonga olib keladi. Isitma va yurak urishi kabi umumiy simptomlar paydo bo‘ladi. Harorat bakteriyalar hayotiy faoliyati va ularning qonga kirishi bilan bog‘liq. Haroratning ko‘tarilish darajasi mikroorganizmlarning patogenezligiga to‘g‘ridan to‘g‘ri proportsionaldir. Shunday qilib, streptokokkali va stafilokokk peritonit bilan harorat 39-40 gradusgacha ko‘tariladi. Bemorning quruqlasha boshlaydi. Bemor yuzaki nafas oladi. Bundan tashqari, ushbu bosqichda peritonitni belgilari, masalan, Shyotkin-Blumberg simptomi aniqlanadi.

Toksik bosqich. Ushbu bosqich 24 dan 72 soatgacha davom etadi. Umumiy intoksikatsiya, suv va elektrolitlar almashinuvi va metabolik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan umumiy simptomlar ustunlik qiladi. Organizmga qon va limfalar orqali toksinlari tarqaladi. Avvalo, ular jigar va o‘pkaga yetib boradi, bu esa jigar etishmovchiligiga va o‘pkaning shikastlanishiga olib keladi. Nafas tez-tez, yuzaki bo‘ladi. Kasal ko‘p marotoba qayt qilishi davom etadi. Ushbu bosqichdagi asosiy qiyinchiliklar suvsizlanish va suv va elektrolitlar buzilishi bilan bog‘liq.

Tomirlar butungini buzishi va qon tomir devorining o'tkazuvchanligi o'zgarishi (barcha toksinlar ta'siridan kelib chiqqan) tufayli suyuqlik qorin bo'shlig'iga tushadi. Gipovolemiya holati rivojlanadi, bu tanadagi suyuqlik darajasining pasayishi bilan tavsiflanadi. Til quruq bo'lib, jigarrang qarah bilan qoplanadi.

Qon bosimi pasayadi va yurak urish tezligi kompensatsiya bo'lib, daqiqada 140 taga ortadi. Shu bilan birga, gipovolemiya tufayli, yurak tonlari bo'g'iq va zaif bo'ladi. Ko'p marotaba qayt qilish nafaqat suvni, balki tanadagi tuzlarini yo'qotishi gipokalemiya va hiponatremiya olib keladi. Oliguriya rivojlanganda bemorning ahvolini yanada og'irlashtiradi. Bunday holda siydikning kunlik hajmi 800 - 1500 dan 500 ml gacha kamayadi. Ma'lumki, metabolik moddalar organizmdan siydik bilan chiqariladi. Oliguriya bo'lsa toksinlar tashqariga chiqmay tanada qoladi. Shu bilan birga, peritonitning mahalliy belgilari yo'q bo'lib ketadi. Mushaklar tarangligi yo'qoladi. Ushbu bosqichda ichak pareziyasi rivojlanadi, bu uning harakatining yo'qligi bilan tavsiflanadi. Og'riq butunlay yo'qoladi yoki yo'q bo'lib ketadi, bu esa qorin bo'shlig'idagi ekssudat to'planishi bilan bog'liq. O'z vaqtida choralar ko'rilmasa, bu bosqich terminalga o'tishi mumkin.

Terminal bosqichi Kasallikning boshlangandan 72 soatdan keyin rivojlanadi. Bu dehidratatsion belgilar rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Bu bosqichdagi bemorning yuzi Gippokrat yuziga mos keladi (Hippokratika fasiesi). Bunday yuzda yuzi ozg'in odamning yuzidek burni oldinga bo'tib o'tkirlashadi, ko'zlar va yuzlar cho'kib ketadi, terining rangi rangpar tusga ega bo'ladi. Teri juda quruq holga keladi va burmalar ko'payib osilib qoladi. Hushi xiralashib, bemor tez-tez harakatsiz bo'lib qoladi. Qorin juda shishgan, palpatsiyada og'riqsizdir. Bugungi kunda, terminal bosqichi, albatta, juda kam. Peritonitning mahalliy va umumiy belgilari tarqalish darajasiga va kasallikning sababiga bog'liq.

Diagnostikasi

Qorin bo'shlig'i peritonitining diagnostikasi bemorlarning shikoyatlarini batafsil tahlil qilish va baholashni o'z ichiga oladi. Ular oshqozon-ichak organlarining surunkali patologiyasini, kasallikning

qanday boshlanganligini, uning og'irliig'ini, og'riq va intoksikatsiya sindromlarining rivojlangangi, kasallikning davomiyligiga (24 soatgacha, ikki kun yoki 72 soat yoki undan ko'p) bog'liq/

Laboratoriya tekshirishlar:

Umumiy qon tahlili (1200 va undan yuqoriroq lyukotsitlarning o'sishi, yoki 4000 va undan past bo'lgan leykotsitlarning pasayishi, formulani chapga o'tkazish, ECHTni tezlashtiruvchi)

Qon biokimyoviy tahlili (albumin, jigar fermenti, shakar, pankreatik fermentlar va boshqalar),

Umumiy siydik tahlili,

kislota-ishqor muvozanatini tekshirish.

Klinik tekshiruvda, yurak urishi (120 ga yaqin), qon bosimi (pasayish), nafas olish darajasi va qorinni baholash. Qorin devori pa'lpatsiya qilinadi, qorin bo'shlig'i auskultatsiyasii, peritoneal belgilari aniqlanadi.

Instrumental tekshirish usullari:

Qorin bo'shlig'ini ultratovush tekshiruvi



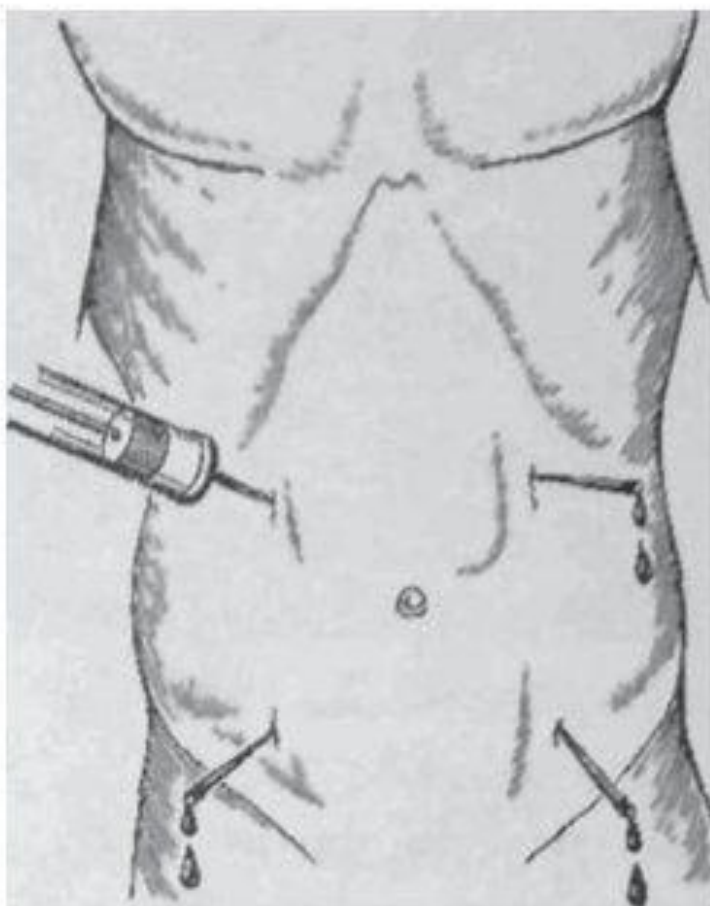
12.4-rasm. Qorin bo'shlig'ini ultratovush tekshiruvi.

Qorin bo'shlig'ining obzor rentgenografiyasi (oshqozon yarasi teshilishida - erkin gaz mavjudligi, ichak tutilishida - Kloyber kosachasi) aniqlash.

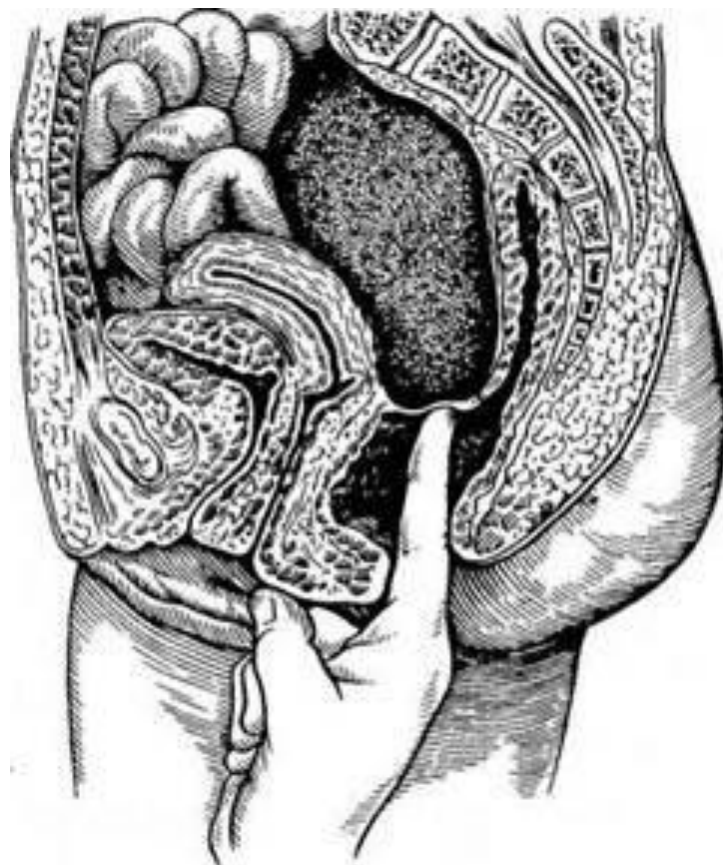


12.5-rasm. Qorin bo'shlig'i obzor rentgenogrammasi.

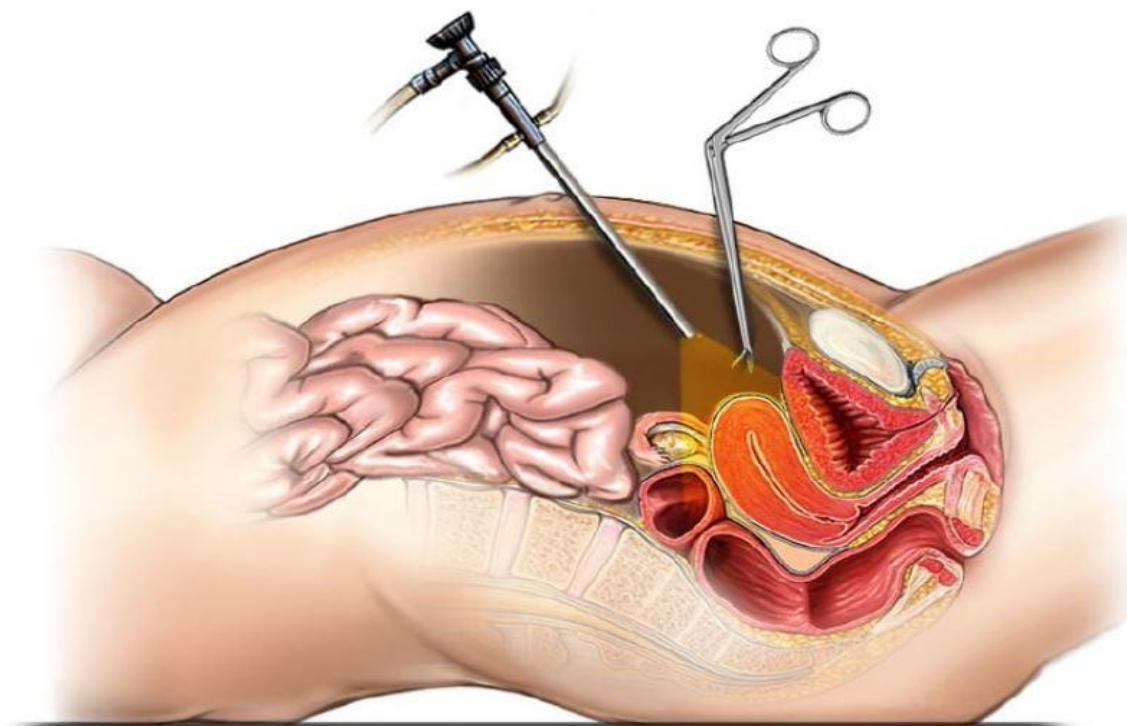
Laparosentez



12.6-rasm. Laparosentez texnikasi



12.7-rasm. Peructum Duglas bo'shlig'ini paypaslash



12.8-rasm. Diagnostik laparoskopiya.

Davosi:

Konservativ davo

Konservativ davo preparatlarni qo'llashni o'z ichiga oladi va kasallik hali juda muhim bosqichga o'tmagan hollarda qo'llaniladi. Ushbu holatda ishlatiladigan dorilar quyidagilardir:

Barcha davolanishning asosi bo'lgan antibiotiklar. Masalan, "Amoksitsillin", "Seftriakson", "Dipril". Lekin davolanishning eng yaxshi samarasi uchun bakterialni antibakterial vositalarga nisbatan sezuvchanligi uchun o'tkazish tavsiya etiladi.

Diuretiklar - Furosemid.

Dezintoksikatsion terapiya.

Antigistaminiklar - Loratadin, Suprastin va boshqalar.

Yallig'lanishga qarshi - Nimesulide, Naproksen, Diklofenak.

Analgetiklar.

Zarur bo'lganda, antikoagulyantlar tayinlangan.

Simptomatik terapiya.

Vitamin komplekslarini qabul qilishni o'z ichiga olgan qo'llab-quvvatlovchi terapiya.

Immunostimulyatsiyali preparatlar.

Jarrohlik usulida davolash

Jarrohlik amaliyoti talab qilinadigan bo'lsa, bu ham o'z navbatida uch davrga bo'lgan holatda shoshilinch amaliyot olib boriladi.

Amaliyotdan oldingi davr – operatsiyadan oldin hayotiy muhim a'zolar faoliyatida hech qanday kamchilik va nuqsonlar yo'qligi so'rov shaklidagi tekshiruvdan o'tqaziladi.

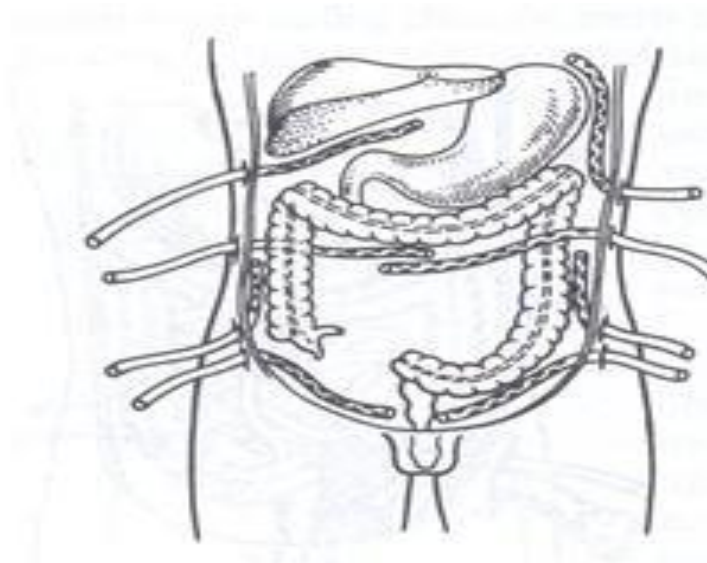
Amaliyot davri – yallig'lanish tarqalayotgan asosiy manba aniqlanadi va u yo'qotiladi. Qorin bo'shlig'I tozalanadi, yuviladi. Bo'shliq ma'lum muddat (Yallig'lanish hajmiga qarab) drenajlanadi.

Amaliyotdan keyingi davr – bemorda jarrohlikdan keyin hosil bo'lgan choklarning tozaligiga hamda uning taomnomasi shifokor tavsiya etgan taomnoaga mos kelayotganiga asosiy e'tibor qaratiladi.



12.9-rasm.

Agar simptomlar sababini aniqlanib, jarrohlik usulida davolaniladi.



12.10-rasm.

Qorindagi drenajlar orqali tanaga antibakterial va yalligʻlanishga qarshi dorilar qoʻllaniladi. Odatda tiklanish davri qisqa.

Laparoskopiya. Bunda operatsiyadan keyingi asoratlarning xavfi minimal darajada kuzatilishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i jarrohligi. Yuqumli kasalliklar uning umumiy hajmiga etib boradigan so'nggi chora sifatida amalga oshiriladi.

Nazorat savollari.

- 1) Peritonitda jarrohlik amaliyoti uchun umumiy tashxisi qanday belgilanadi?
- 2) Peritonitning kechgi bosqichi uchun qaysi simptomlar xarakterli?
- 3) O'rta - o'rta laparotomiya qachon amalga oshirilishi lozim?
- 4) Peritonitning yetakchi simptomi?
- 5) Tarqalgan yiringli peritonitda operatsiya davomida bajariladigan etaplari?
- 6) Peritonitning dastlabki bosqichida qaysi simptom eng xarakterli?
- 7) Qorin bo'shlig'ida kovak a'zoni teshilishining patognomonik belgisi?
- 8) Peritonit uchun antibiotik terapiyasining ajralmas tarkibiy qismi sifatida metronidazol preparatlarini qo'llashning sababi nimada?
- 9) Umumiy yiringli peritonitni davolashda antibakterial dorilarni qabul qilish yo'nalishini?
- 10) Peritonitning qaysi shaklida parietal va visseral peritonitda fibrinoz qoplamalar kuzatiladi?
- 11) Qaysi kasalliklar psevdoperitoneal sindromga olib kelishi mumkin?
- 12) O'tkir appenditsitning qaysi shaklida peritonit rivojlanmaydi?
- 13) Kritik peritonit bosqichlari?
- 14) Peritonitning terminal bosqichi uchun xos?
- 15) Bemor 5 soat oldin to'satdan paydo bo'lgan kuchli qorin og'rig'idan shikoyat qiladi. Peritonit tashxisi qo'yildi. Ushbu tashxis uchun qaysi simptom eng xarakterlidir?
- 16) Peritonitni detoksikasiya qilish usullari?
- 17) Tarqalgan yiringli peritonitda relaparotomiya bu?
- 18) Qorin bo'shlig'ining aseptik yallig'lanishini chaqiradi?
- 19) Operatsiyadan keyingi peritonitga xos belgilar?
- 20) Operatsiyadan keyingi peritonit rivojlanganda nima qilish kerak?

- 21) O'tkir peritonitni qaysi kasalliklar bilan farqlash kerak?
- 22) Peritonit va kapillerotoksikozni qiyosiy tashxislashda hal qiluvchi simptom?
- 23) Peritonit va tos suyagi sinishining qiyosiy diagnostikasida hal qiluvchi usul?
- 24) Peritonitning eng keng tarqalgan sababi?
- 25) Umumiy yiringli peritonitni davolashda nazostestinal intubatsiyaning maqsadi nima?
- 26) Peritonitning dastlabki bosqichida qaysi simptom eng xarakterlidir?
- 27) Qorin bo'shlig'ida kavak a'zoni teshilishining patologik belgisi?
- 28) Qaysi kasalliklari psevdoperitoneal sindromga olib kelishi mumkin?
- 29) Peritonitda operatsiyadan keyingi ichak parezining oldini olish va davolash usuli?
- 30) Qaysi jarrohlik patologiyasi toksik qaychi simptomi uchun xarakterli?

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Karimov SH.I. «Xirurgik kasalliklar» Toshkent 2010.
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» Москва 2017.
3. Жебровский В.В., Ф.Н. Ильченко «АТЛАС операций при грижах живота» Симферополь 2004.
4. Альперович Б.И. «Хирургия печени» Издательская группа «ГЕОТАР_Медиа», 2010.
5. Савельева В. С., Гельфанда Б. Р., М. И. Филимонова «Перитонит» Москва 2005.
6. Шалимов А.А., Сазнко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тпакта» Киэв 1987.
7. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. «Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости
8. КОЛЕСОВА В. И. «Острияппендицит» Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ Ленинградское отделение 1959.
9. Данилов М.В., Фёдоров В.В. «Хирургия поджелудочной железы» М.: Медицина, 1995.
10. Мухина Н.А. «Справочник по гепатологии» Москва Издательство «Литтерра» 2009.
11. Григорян Р.А. «Абдоминальная хирургия» 1-2 том. Москва 2006.
12. Савельева В.С., Кириенко А.И. «Хирургические болезни» 1-2 том. Москва 2006.
13. Дедов И.И., Кузнецова Н.С. «Эндокринная хирургия» Издательство «Литтерра» 2011.
14. Барсуков А.В. Комментарии и обсуждение всемирных рекомендаций 2015 года по эластографии шитовидной железы / А.В. Барсуков // Эндокринная хирургия. – 2017
15. Страшимир Зографски “Эндокринная хирургия” Медицина и физкультура София 1977.

**Q.E. Raxmanov, S.S. Davlatov, M.M. Amonov,
R.F. Axmedov**

ABDOMINAL XIRURGIYA

O'QUV QO'LLANMA

Muharrir: Z.N. Bobodustov
Musahhih: M.O. Mardiyeva
Texnik muharrir: N. Ergashev

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universitetining
2025–yil 2–maydagi A/F 201-sonli buyrug'iga asosan chop etishga
ruxsat etilgan. Ro'yxatga olish raqami G/000423-2025

“STAP-SEL” MChJ nashriyoti, Samarqand - 2025

ISBN: 978-9910-648-96-0

Nashrga ruxsat etildi: 31.07. 2025 y.
© “STAP-SEL” MChJ nashriyoti.



2025 yilda chop etildi.
Qog'oz bichimi A5, 60x84¹/₁₆, Ofset qog'oz.
“Times New Roman” garnituras.
Nashr bosma tabog'i 31.25
Buyurtma № 0065A/25. Adadi 50 nusxa

“STAP-SEL” MChJ
Nashriyot - matbaa bo'limida chop etildi.
Tasdiqnona № 033337 (27.07.2022)
Manzil: Samarqand vil. Nurobod sh. Mustaqillik ko'chasi, 16 uy.