

617
B120

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOQLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI

SAMARQAND DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI



Babajanov A.S., Abdullayev. S. A. Alimov J.I.

QISILGAN QORIN CHURRALARI

*Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari IV-VI kurs
talabalari uchun o'quv-uslubiy tavsiyanoma*

Samarqand 2020

617
B120

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSV Fan va ta'lim
bosh boshqarmasi boshlig'i
O'.S. Ismailov
2020 y "14" oktyabr
№ 8 bayonnoma



“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy
ta'limni rivojlantirish
markazi direktori
N.R. Yangieva
2020 y "7" oktyabr
№ 8 bayonnoma



QISILGAN QORIN CHURRALARI

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari IV-VI kurs talabalari uchun
o'quv-uslubiy tavsiyanoma

Sam DTI
axborot-resurs markazi
9281 DP

O'ZBEKISTON RESPUBL
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI TOMONIDAN
RO'YHANGA OLINDI
№ 230
14 oktyabr 2020 yil

Tuzuvchilar:

Babajanov A.S. SamDTI pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar kafedrasi mudiri, t.f.n, dotsent
Abdullayev S.A. SamDTI pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar kafedrasi professori, t.f.d.
Alimov J.I. SamDTI pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar kafedrasi assistenti

Taqrizchilar:

Sattarov O.T. t.f.d, TTA fakultet va gospital xirurgiya kafedrasining dotsenti
Z.B.Kurbaniyazov SamDTI 1-son Xirurgik kasalliklar kafedrasining mudiri. t.f.d.

Annotatsiya. Ushbu ko'rsatmada keltirilgan ma'lumotlar qisilgan qorin churralari tug'risidagi oxirgi fan yutuqlari va ilmiy yangiliklarni o'zida mujassamlashtirgan. Qo'llanmaning o'quv-informatsion qismida qisilgan qorin churralarining etiologiyasi, patogenezini, klassifikatsiyasi, klinik va instrumental diagnostikasi aks ettirilgan. qisilgan qorin churralarini zamonaviy davolash usullari keltirilgan. qisilgan qorin churralarining diagnostikasi va oldini olishga qaratilgan alohida bo'limi muhim ahamiyat kasb etadi. Retsidiv qisilgan qorin churralari diagnostikasiga va davolash taktikalariga alohida to'xtalib o'tilgan. Qo'llanma amaliy yo'nalishga ega bo'lib, tibbiyot oliy o'quv yurtlarida taxsil olayotgan talabalarining qorin churralari mavzusini chuqurroq o'zlashtirishida muhim qo'llanma xisoblanadi.

O'quv uslubiy tavsiyanoma Samarqand davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashida muhokama qilindi va maqullandi.

« 20 » may 2020 yil, № 4 Bayonnoma

Ilmiy kotib:



PhD, dots S.S.Davlatov

MUNDARIJA

KIRISH	4
QORIN DEVORINING XIRURGIK ANATOMIYASI.....	6
QORIN ChURRALARI TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHALAR VA TASNIFI.....	12
QORIN ChURRALARINING HOSIL BO'LISHIDAGI UMUMIY FAKTORLAR VA ETIOPATOGENEZI.....	16
QISILGAN ChURRALAR.....	19
Chov churrasining qisilishi	22
Qisilgan son churralari.....	23
Qisilgan kindik churralari	24
Qisilgan epigastral (oq chiziq) churralar.....	25
Operatsiyadan keyingi churralarning qisilishi.....	25
VAZIYATLI MASALALAR.....	28
TEST SAVOLLARI.....	29
RASMLI TESTLAR	30
Adabiyotlar ro'yhati:	32

KIRISH

Oxirgi yillarda gerniologiya fani aniq anatomik ma'lumotlarga asoslangan holda, muhim amaliy tajribalar bilan qurollangan. Ventral churralarning etiologik faktorlari va har xil operativ usullarining natijalari chuqur o'rganilib, patogenetik jihatdan eng muhim operativ usullari amaliyotga tadbiiq qilinmoqda. Vaholanki bugungi kunda churralarning diagnostikasi va ularni davolash muammosi aktual bo'lib qolmoqda Bugungi kunda mamlakatimizda minglab har xil ventral operatsiyalar qilinmoqda, ammo ularning natijalari davr talabini qoniqtirmaydi.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra har 10-12 churrani kesish operatsiyasidan keyin retsidiy paydo bo'lmoqda. Ma'lumki har bir endigina xirurgiya bilan shug'ullanayotgan yosh xirurglar ko'pchilik hollarda albatta churrani kesish operatsiyasidan boshlaydi. Shuni aytish kerakki churrani kesish bu oddiy operatsiyalardan emas. Hatto eng ko'p qilinadigan chov churralarini kesishdan keyin ham har xil asoratlar bo'lib, bemorlar uzoq vaqtlar ish qobilyatlarini yo'qotib, ayrim holatlarda qayta operatsiya bo'lishga majbur bo'ladilar. Shu borada juda mahoratli xirurg, gerniologiya fanining asoschilaridan biri S. P. Federovning aytgan iborasini eslamoq kerak: «Churrani kesish bu oddiy, yengil operatsiyalardan bo'lmay, uni to'g'ri va yaxshi bajarish kerak».

Operatsiyadan keyingi qorinning old devori churralarini xirurgik davolash qorin bo'shlig'i xirurgiyasining dolzarb muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi. Bu albatta operatsiyadan keyingi churralar sur'atining o'sishi bilan bog'liqdir. Hozirgi kunda operatsiyadan keyingi churralar sur'ati 25% gacha ko'tarilib, chov churralaridan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi. Masalan, AQShda har yili 100000 kishi qorinning old devori churrasi bilan operatsiya qilinadi. Zudlik bilan o'tkaziladigan qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari va ularning asoratlari peritonitlar bilan relaparotomiya, operatsiyadan keyingi yaraning yallig'lanishi, eventratsiya holatlari kuzatilgan bemorlarda operatsiyadan keyingi ventral churralar ko'proq uchramoqda.

Operatsiyadan keyingi churralar og'ir va ko'p rejali patologiya bo'lib ularni davolash har qanday xirurg oldida muammo hisoblanadi.

Hozirgi zamon gerniologiya jarrohligida har bir bemorga individual yondoshish zarurligi talab qilinmoqda. Operativ davolashda individual yodoshish prinsipining asosini churraning etiologik va patogenetik xususiyatlari tashkil qilib, har bir bemorga alohida operativ usul qo'llanishi operatsiyadan keyingi natijalarning yaxshi yakunlanishini tashkil qiladi.

Mashg'ulot xronologiyasi

№	Mashg'ulot bosqichlari	O'tkazish joyi	Vaqt
1	Ertalabki vrachlar qonferensiyasida qatnashish	Kafedraning konferensiya zali	30 minut
2	Tashkiliy chora-tadbirlar	O'quv xonasi	10 minut
3	Mavzu bo'yicha talabalar bilimini baholash	O'quv xonasi	30 minut
4	Bemorlar kuratsiyasi	Boglov xonasi	60 minut
5	Kuratsiya qilingan bemorlar taxlili	O'quv xonasi	40 minut
6	Mashg'ulotni muxokama qilish	O'quv xonasi	60 minut
7	O'zlashtirilgan material nazorati	O'quv xonasi	30 minut
8	Тест назорати	O'quv xonasi	20 minut
9	Vaziyatli masala va amaliy ko'nikma nazorati	O'quv xonasi	40 minut
10	Keyingi amaliy mashg'ulot nazorati	O'quv xonasi	10 minut

Mashg'ulotning maqsadi

1. Talabalar nazariy bilimga ega bo'lish va mavzu bo'yicha nazorat savollariga javob bera olish, amaliy mashg'ulotdagi test topshiriqlarini bajarish va yakuniy modul nazoratini topshira olish.

2. Nazariy tushunchaga ega bo'lgan xolda, mavzu bo'yicha amaliy ko'nikmalarni texnik jihatdan bajarini namoyish qilingan bemorlar kuratsiyasida yoki fantomlarda ko'rsatib berishni bilishlari kerak.

Mavzu bo'yicha mustaqil ish bo'yicha topshiriqlar

Mavzu bo'yicha minimal darajada o'zlashtirishi lozim.

1. Qorin old devorining topografoanatomik xususiyatlarini
2. Qorin churrallari rivojlanishining fiziologiyasini
3. Qorin churrallaridagi patomorfologik va patofiziologik o'zgarishlarni
4. Bemorlarni fizikal va so'rab-surishtishi usullarini

Mavzu bo'yicha mustaqil ishning maqsadi.

Olgan bilim va ko'nikmalariga tayangan holda mashg'ulotning nazariyasini o'rganish va nazorat savollariga javob bera olishni bilishi lozim.

1. Qorin churrallarining klassifikatsiyasi va etiopatogenezini.
2. Qorin churrallarining klinik simptomatikasini va kechish bosqichlarini.
3. Qorin churrallari asoratlari va ularning klinik ko'rinishlarini.
4. Qorin churrallarining zamonaviy diagnostikasini.

5. Qorin churralariga o'xshash kasalliklarni va ular bilan differensial dagnostika o'tkazishni.

6. Qorin churralarini davolash usullarini o'rganish (qonservativ va operativ). Davolash taktikasini tanlash.

7. Qorin churralari profilaktikasining asosiy prinsiplari bilish.

8. Qorin churralari da operativ davolashga ko'rsatmani aniqlash.

9. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni kuratsiya qilish. Operatsiyadan keyingi asoratlar diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

Umumiy qo'llanma

1. Qorin churralari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish: (so'rab surishtirish-shikoyatlari, sistemalar bo'yicha surishtirish, kasallik va hayot anamnezi) umumiy ahvolini va tashqi ko'rinishini (terini, teri osti yog'qavatini ko'zdan kechirish, limfa tugunlarini palpatsiyasi va x.k.) baholash: Qon tomir sistemasini, nafas olish sistemasini, qorin bo'shlig'ini suyak mushak tuzilishini tekshirish.
2. Kasallikni asosiy simptomi yoki sindromini va «Locus morbi», qorin churralari ning maxsus patogenetik simptomlarini aniqlash.
3. Bemorga aniq yoki maxsus sindromlarga asoslangan holda tashxis qo'yish
4. Qo'shimcha tekshirish usullarining rejasini tuzish (lobarator va instrumental) va ularning natijasini baholash.
5. O'xshash kasalliklarda differensial diagnostika qila olish.
6. Kasallikka klassifikatsiya bo'yicha to'g'ri diagnoz qo'yish, yo'ldosh kasalliklarini va asoratlarini aniqlash.
7. Bemor uchun individual davo muolajalarini tanlash (konservativ yoki shoshilinch operativ davo oxirgi tezkor, tezkor kechiktirilmaydigan, absolyut yoki nisbiy ko'rsatmalar).
8. Shu kasallikning asorati bo'lgan taqdirda uni tashxislay olish, birinchi yordamni to'g'ri talqin qilish va uni ko'rsata olish.
9. Tashxisni qo'yish va unga mos davo muolajalarini to'g'ri tanlash va shoshilich holatda birlamchi yordamni ko'rsata olish.

Aniq amaliy ko'nikmalar

Qorin churralari bilan og'rigan bemorlarni kuratsiya qilish

Mavzuni auditoriyadan tashqari o'zlashtirish uchun ma'lumotlar majmuasi.

QORIN DEVORINING XIRURGIK ANATOMIYASI.

Qorin bo'shlig'i (cavum abdominalis)- qorin bo'shlig'i ichki fassiyasi (f.endoabdominalis) bilan chegaralangan bo'lib, qorin bo'shlig'i va qorinparda orqa bo'shlig'iga bo'linadi. qorin bo'shlig'ining yuqorigi devorini diafragma, old va yonbosh tomonidan qorinning old devori mushaklari qatlami, orqadan umurtqa pog'onasi, bel mushaklari qatlami tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i pastki tomondan erkin holda chanoq bo'shlig'iga o'tib, ular orasidagi chegara shartlidir.

Diafragma mushaklarining taranglashishidan hosil bo'ladigan bosim nafas olishda, qon aylanishini ta'minlashda, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ida

bosim hosil qilishda, oshqozon-ichak tizimi harakati faoliyatini ta'minlashda muhim o'ringa ega.

Qorinning oldingi yonbosh devori.

Yuqoridan – xanjarsimon o'simta va qovurg'a yoylari, o'ng va chap tomondan - orqa qo'ltiq osti chizig'i (lin.axillaris posterior), pastdan – qovuq suyaklarining simfizi, chov burmalari, yonbosh suyagi tojlari to orqa qo'ltiq osti chizig'igacha chegaralanadi.

Qorinning old – yonbosh devorini bir nechta viloyatlarga bo'lish maqsadga muvofiqdir, chunki churralarning aniq topik diagnozini va ularning hajmini aniqlashda muhim ahamiyati bor. Shartli ravishda qorinning old devoridan ikkita gorizantal chiziq o'tkaziladi: yuqoridan qovurg'a yoylarini birlashtiruvchi – lin.bicostalis, pastdan – yonbosh suyaklar o'simtalarini birlashtiruvchi – lin.bispinalis. Ana shu chiziqlar qorinning old yonbosh devorini uch qavatga bo'ladi. Birinchi yuqorigi qavat – epigastrium, o'rta – mesogastrium, va pastki – hipogastrium deb nomlanadi.

Qorinning to'g'ri mushaklari qirrasidan vertikal holda o'tkaziladigan ikkita chiziq yuqoridagi bo'limlarni yana uchta viloyatga bo'ladi. Shunday qilib, yuqorigi qavatda haqiqiy epigastral (regio epigastrica propria), o'ng va chap qovurg'a osti viloyatlariga bo'linadi. Qorinning o'rta qismi – kindik (regio umbilicalis), o'ng va chap yonbosh (regio lateralis abdominalis dextra et sinistra), bo'limlariga ajratiladi. Pastki qismi ham uchta – qovuq (regio pubica), o'ng va chap yonbosh – chov (regio ileoinguinalis dextra et sinistra) viloyatlariga bo'linadi.

I. *Qorin devorining terisi* – yupqa va harakatchandir (kindikdan tashqari).

II. *Teri osti yog' qavati* – siyrak, qorinning pastki qismida ayniqsa ayollarda yaxshi rivojlangan.

III. *Yuzaki fassiya* – qorinning pastki qismida ikki varaqqa bo'linadi yuzaki va chuqur varaqlari. Yuzaki varag'i sonning oldingi yuzasigacha davom etadi, chuqur varag'i esa chov bog'lamiga borib birikadi. Ana shu yuzaki fassiya varaqlari orasidan: a.epigastrica superficialis o'tib kindikkacha boradi, a.circumflexa ilium superficialis yonbosh suyak tomon yo'naladi, a.pudenda externa chov kanalining tashqi teshigi atrofigacha yetadi. Bu uch arteriyalar a.femoralis dan chiqadi va v.femoralis orqali vena qoni oqib, v.saphena yoki v.femoralis ga quyiladi.

IV. *Mushak qavati* – qorinning old – yonbosh devori tashqi qiyshiq (m.obliquus abdominis externus), ichki qiyshiq (m.obliquus abdominis internus), ko'ndalang (m.transversus abdominis), to'g'ri (m.rectus abdominis) mushaklaridan tashkil topgan. Mushaklar juft bo'lib, har birining alohida shaxsiy fassial qinlari bor.

I. *Qorinning tashqi qiyshiq mushagi* (m.obliquus abdominis externus) oxirgi sakkiz qovurg'alarining tashqi tomonidan boshlanib, mushak to'lalari yuqoridan pastga, orqadan oldinga yo'naladi. Qorinning o'rta qismida mushaklarning aponevrozga o'tishi, qorinning to'g'ri mushaklariga 1,5–2 sm yetmasdan boshlanadi. Bu mushakning keng aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi tomonidan o'tib oq chiziqni hosil qilishda qatnashadi. Qorinning pastki

qismida aponevrozning holi qismi yonbosh suyagining oldingi yuqorigi qirrasiga va qovuq bo'rtmasiga birikib, ichki tomonga qayriladi va taranglashgan chov, ya'ni chov yoki Pupart bog'lami (lig. inguinalis seu Pouparti) ni hosil qiladi.

2. Qorinning ichki qiyshiq mushagi (m.obliquus abdominis internus) tashqi mushak tagida yotib, fascia thoracolumbalis, linea intermedia cristae iliaca va chov bog'laming tashqi yarmidan boshlanadi. Bu mushak tolalari qiyshiq mushak tolalariga qarama – qarshi yo'nalishda bo'lib, pastdan yuqoriga va tashqaridan ichkariga yelpig'ichsimon tarqaladi. Mushak tolalari qorinning yuqori qismida X – XII qovurg'alarining ichki qirrasiga birikadi, o'rta qismida ular ikki qavatga ajralib, o'rta mushakning oldidan va orqasidan o'tib, oq chiziqni hosil qilishda qatnashadi. Pastki qirralari chov kanalining yuqorigi va oldingi devorini tashkil qilishda qatnashadi. va bir qismi tolalari m.cremaster ni hosil qilib, Urug' yo'lining bitta pardasi bo'lib hisoblanadi.

3. Qorning ko'ndalang mushagi (m.transversus abdominis) eng chuqur mushak bo'lib, oxirgi oltilta qovurg'alarining ichki yuzasidan, fascia thoracolumbalis ning chuqur qavatidan hamda chov bog'laming tashqi uchligidan boshlanadi. Mushak tolalari ko'ndalang tarqalib, to'g'ri mushaklarga yaqinlashganda aponevrozga o'tadi va ularni tashqi tomondan yopib, tashqariga qayirilgan spigel chizig'i (linea semilunaris) ni tashkil qiladi.

Qorinning yuqori qismida ko'ndalang mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning orqasidan o'tib, ichki qiyshiq mushak aponevrozining chuqur qatlami bilan birikib to'g'ri mushak qinining orqa devorini tashkil qiladi. Qorinning pastki qismida bu mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi yuzasidan o'tib, ular qinining oldingi devorini hosil qiladi. Ko'ndalang mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi yuzasiga utishda yoysimon chiziq (linea arcuata) yoki duglas chizig'ini hosil qiladi.

4. Qorning to'g'ri mushagi (m.rectus abdominis) - III – IV qovurg'alarining tog'ay qismidan, to'sh suyagining halqasimon o'simtasidan boshlanib, pastga yo'naladi, ikkala tomondan o'rta chiziq atrofida keng taroqsimon shaklda bo'lib, qovuq suyagining yuqorigi qirrasiga birikadi. Mushak bo'ylab uchta ko'ndalang joylashgan pay tortmalari bo'lib bittasi kindikdan yuqorida, ikkinchisi kindik sathida va uchinchisi kindikdan pastda joylashgan. Shu paylar kindikdan yuqorida to'g'ri mushakning oldingi va orqa devorlarining qorin mushaklari aponevrozlarini tashkil qiladi, kindikdan 2-5sm pastda qorin mushaklarining keng aponevrozlari to'g'ri mushakning oldidan o'tib, shu mushak qinining oldingi devorini hosil qiladi. Uning orqa devorini ko'ndalang fassiya tashkil qiladi.To'g'ri mushaklarning orasidan yuqoridan pastga a.epigastrica superior va sho'nga qarama – qarshi holda pastdan, a.epigastrica inferior o'tib, anastamoz hosil qiladi.

5. Ko'ndalang fassiya (fascia transversa). Bu fassiya f.endoabdominalis ning bir qismi bo'lib, uning tolasi ko'ndalang yo'nalgan. Qorinning yuqori qismida bu fassiya yupqa va nozik bo'lib, pastki qismida qalin va qattiqlashgan keng bog'lam hosil qiladi.

6. Pariyetal qorinparda (peritoneum parietalis). Ko'ndalang fassiyadan qorinparda oldingi yupqa yog' qatlami bilan ajraladi. Qorinning oldingi devorini

ichki tomondan yopib, kindikdan pastda bir nechta burmalar va chuqurchalar hosil qiladi.

Siydik qopining cho'qqisidan kindikka o'rta chiziq bo'ylab tortma o'tadi bu obliterasiya bo'lgan *urachus* hisoblanadi. Buning ustidan qorinparda yopib burma hosil qiladi – *plica umbilicalis mediana*. Siydik qopining tashqi yonbosh sohasidan kindikka ikkinchi tortma borib, ular a.a.umbilicalis larning obliterasiyasidan hosil bo'ladi va qorinparda ularni yopib – *plica umbilicalis medialis* ni hosil qiladi. Shu burmalardan yanada tashqariroqdan qorinning pastki epigastral arteriyalari ostida lateral kindik burmalarini hosil qiladi – *plica umbilicalis lateralis*. Ana shu burmalar orasida bir nechta chuqurchalar hosil bo'ladi. Shulardan siydik qopining ustida, *plica umbilicalis mediana* dan tashqarida fovea supramesicalis (siydik pufagi usti chuqurchasi), *plica umbilicalis medialis* dan tashqarida hosil bo'lgan chuqurcha – fovea inguinalis medialis (to'g'ri chov churrasining chiqish joyi), *plica umbilicalis lateralis* dan tashqarida fovea inguinalis lateralis (qiyshiq chov churrasining chiqish joyi) joylashgan.

Qon bilan ta'minlanishi. Qorinning oldingi yonbosh devori yuqorigi va pastki epigastral arteriyalar, pastki olti juft qovurg'alararo arteriyalar hamda son artayeriyasining yuzaki shaxobchalari (a.epigastrica superficialis, a.circumflexa ilium superficialis, a.pudenda externa). Vena qoni shu nomli venalar bilan v.cava superior, v.cava inferior va v.femoralis lar orqali oqib ketadi.

Innervasiyasi. Pastki olti juft qovurg'alararo asab tolalari (n.n.intercostalis), n.ilioinguinalis va n.iliohypogastricus (bel chigalidan) orqali amalga oshiriladi.

Limfaning oqib chiqishi. Yuqorigi qismi epigastral va mediostenal limfa tugunlari (nodi limphatici epigastrici et mediastenalis anterior), pastki qismida – bel tugunlari (nodi limphatici lumbalis), yonbosh (nodi limphatici iliaca), va chuqur chov tugunlari (nodi limphatici inguinalis profundae) orqali amalga oshiriladi.

Qorinning oq chizig'i (linea alba abdominis) – qorinning hamma keng mushaklari paylarining qo'shilishidan hosil bo'ladi.

Oq chiziq qisqa payli plastinka bo'lib, uning kengligi har xil, 1,5-2,5sm-ni tashkil etadi. Kindikdan pastda oq chiziq torayadi va qalinlashadi. Kindikdan yuqorida oq chiziq «anatomik kuchsiz» joy deyiladi.

Kindik halqasi (annulus umbilicalis) – hamma tomondan pay qinlari bilan o'ralgan teshik bo'lib, uning kattaligi har xil. Terisi kratersimon tortilgan bo'lib, kindik paylari va qorinparda bilan chandiq hosil qilgan.

Yuqoridan kindik teshigiga kindik venasi, pastdan ikkita kindik arteriyasi, va siydik yo'li (urachus) tutashadi.

Chov kanali (canalis inguinalis) – oldingi chov uchburchagida joylashgan. Uning chegaralari – chov burmasining tashqi, o'rta uchligidan to'g'ri mushakning tashqi qirrasiga o'tkazilgan chiziq, pastdan – chov burmasi, yuqoridan – to'g'ri mushakning tashqi qirrasini. Chov kanalining uzunligi 4-4,5sm, ayollarda uzunroq bo'ladi.

Chov kanalining to'rtta devori va ikkita teshigi bor. Oldingi devorini – qorin tashqi mushagining aponevrozi, orqa devorini – ko'ndalang fassiya.

yuqorigi devorini – qorinning ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarining pastki qirrasini, pastki devorini – chov (Pupart) bog'lami tashkil etadi.

Chov kanalidan erkaklarda Urug' tizimchasi (funiculus spermaticus), ayollarda bachadonning yumaloq bog'lami (lig.teres uteri) o'tadi. Urug' tizimchasi bo'ylab yuqoridan n.ilioinguinalis, pastdan n.spermaticus externus o'tadi.

Chov kanalining oldingi devori pastki medial qismida uning yuzaki yoki tashqi teshigi joylashgan. Bu teshik qorin tashqi qiyshiq mushagining ikki oyokchalari (crus medialis et lateralis) orqasida joylashib – medial qismi simfizga, lateral qismi esa qovuq bo'rtmasiga borib birikadi. Tashqi teshik sog'lom erkaklarda ko'rsatkich barmokning uchi sig'adigan kattalikda bo'ladi.

Chov kanalining chuqur halqasi (annulus inguinalis profundus) kanal orqa devorining lateral qismi bo'lib hisoblanadi.

Moyak yorg'oqqa tushish jarayonida ko'ndalang fassiyani ko'tarib ichki teshikni paydo qiladi va Urug' tizimchasining ichki pardasiga (fascia spermatica interna) aylanadi. Chov kanalining ichki teshigiga fovea inguinalis lateralis sohasida qorinparda yopishadi, tashqi teshigiga fovea inguinalis medialis sohasida sodir bo'ladi.

Qorinning yuqorigi devori – keng mushak-pay plastinkasidan iborat bo'lib, diafragma (diaphragma), deyiladi. Diafragma mushaklarining tolalari ko'krak qafasining butun aylanasi bo'ylab ichki qirrasidan boshlanib, yuqoriga ko'tariladi va payga aylanib ko'krak qafasi bo'shlig'iga kiruvchi gumbaz hosil qiladi.

Diafragma gumbazining balandligi tananing holatiga, nafas olish harakatiga, ko'krak qafasining shakliga hamda ko'krak qafasi va qorin bo'shliqlaridagi bosimning nisbatiga bog'liq. Kishi vertikal holda turganda diafragma oldindan V-qovurg'a va orqadan IX-qovurg'a sathiga to'g'ri keladi. Chap tomondan diafragma gumbazi bir qovurg'aga pastda aniqlanadi.

Diafragma ikki qismdan iborat: markaziy – pay (pars tendineum) va periferik – mushak (pars muscutorum) qismlaridan iborat. Pay qismi keng uchbargli shaklga ega. Mushagi esa quyidagi qismlardan iborat: to'sh, qovurg'a va bel qismlari. Tush qismi birnecha qisqa mushak bog'lamlaridan iborat. Qovurg'a qismi VII-XII qovurg'alar tog'ayining ichki yuzasidan boshlanib, qorinning ko'ndalang mushagidan ham tolalar oladi. Bel qismi chap va o'ng tomonlardan uchtdan oyoqchalarga ega. Diafragma mushaklari orasida yoriqsimon Oraliqlar bor. Tush va qovurg'a qismlari orasidagi uchburchak shakldagi yoriq – tush-qovurg'a oraligi yoki Larrey uchburchagi (trigonum sternocostalis Larrey) deyiladi. Bu yoriq orqali ko'krak bo'shlig'ining tomirlari (vasa thoracica interna) o'tadi. Qovurg'a va bel qismlari orasidagi uchburchak shaklidagi yoriq Bogdalek uchburchagi (trigonum lumbocostalis Bochdaleki) deyiladi. Diafragmada uchta katta teshik bo'lib, ulardan aorta, qizilo'ngach, pastki kovak vena hamda bir nechta tomirlar va asab tolalari o'tadigan yoriqlar bor. Aortal teshikdan aortadan tashqari limfa yo'lining Boshlang'ich qismi ham o'tadi.

Qizilo'ngach o'tadigan teshikdan adashgan nerv tolalari ham o'tadi.

Pastki kovak vena o'tadigan teshik diafragma pay qismining o'rtasida joylashgan.

Diafragma pastki yuzasining ko'p qismi qorinparda bilan qoplangan. Jigarning gultoj bog'lami pastki kovak vena atrofi qisman va bel qismi batamom qorinparda bilan qoplangan.

Diafragmani ko'krak ichki arteriyasidan chiqqan shaxobcha, ko'krak va qorin aortalaridan va pastki qovurg'alararo arteriyalar qon bilan ta'minlaydi. Vena qoni nomdosh vena tomirlari orqali chiqib ketadi. Innervasiyasi n.n.phrenicus orqali amalga oshiriladi. Limfa diafragmadan qorin limfa yo'liga quyiladi.

Qorinning orqa devori – to'rtburchak shaklga ega. Yuqoridan – XII-qovurg'a, pastdan – yonbosh suyaklari qirralari (crista iliaceae), ichkaridan – linea vertebralis, tashqaridan – linea axillaries posterior ning davomi bo'lib, yonbosh suyagining tagiga tutashgan vertikal chiziq chegaralaydi.

Qorinning orqa tomonida teri qalin, teri osti yog' qatlami ham yaxshi rivojlangan. Mushak – aponevroz qavatini tashqaridan – yelkaning keng mushagi, qorinning ichki qiyshiq mushagi, ko'ndalang mushakning aponevrozi hamda belning kvadratsimon mushagi (m.quadratus lumborum) chegaralaydi. Qorin orqa devorining tashqi yuzasida ikkita «anatomik kuchsiz» joylar mavjud. Ana shu joylarda bel churrallari hosil bo'lishi mumkin:

1. Piti uchburchagi (trigonum lumbale Petit). Chegaralari: pastdan – yonbosh suyagining tojlari, ichkaridan – m.latissimus dorsi ning oldingi qirradi, tashqaridan – m.obliquis abdominis externus ning pastki qirradi. Uchburchakning tubini qorinning ichki qiyshiq hamda ko'ndalang mushaklari tashkil qiladi. Ana shu mushaklar orqali o'tgan tomirlar va asab tolalari shu sohada kuchsizlanishga olib kelishi mumkin.

2. Gryunfeld – Lesgaft oraligi (spatium tendineum lumbale Grynfelti). Chegarasi: yuqori lateral tomondan – XII-qovurg'a, yuqoridan – m.serratus posterior inferior ning pastki qirradi, medial tomondan – m.erector spinae, pastki lateral tomondan – m.obliquis abdominis internus ning qirradi tashkil qiladi. Gryunfeld – Lesgaft oraligining tubini m.transversus abdominis ning aponevrozi tashkil qiladi.

Qorinning orqa devorini qon bilan ta'minlash turt juft bel arteriyalari (a.a.lumbalis) orqali amalga oshiriladi. Bular qorin aortasidan chiqadi. Vena qoni v.v.lumbalis orqali v.cava inferior tizimiga quyiladi. Innervasiyasi bel asablarining shaxobchalari orqali amalga oshiriladi hamda bel chigalidan ham shaxobchalar oladi.

Qorinning pastki devori. Qorin bo'shlig'i bilan chanoq bo'shlig'ini ajratib turuvchi chegara chizig'i (linea terminalis), promontorium orqali o'tadi. Shu chiziqdan yuqorisi katta chanoq bo'shlig'i bo'lib, qorin bo'shlig'iga kiradi. Ammo bu chegara shartli olingan. Ma'lumki chanoq bo'shlig'ida ingichka ichaklar, yo'g'on ichak, charvining paski qismi ham bo'lishi mumkin. Undan tashqari Oraliq, utirgich, yopiluvchi teshik churrallari hosil bo'lishini hisobga olib chanoq devorlari va kichik chanoq bo'shlig'ining tubini qorinning pastki devori deb hisoblash to'g'ri bo'ladi.

Kichik chanoq bo'shlig'iga kirishda ikki tomondan yonbosh chuqurchalar bilan o'ralgan va ular yonbosh mushaklari bilan to'lgan. Bu mushaklar m.psoas major et minor bilan qo'shilib m.iliopsoas ni hosil qiladi va lacuna musculorum dan songa o'tadi. M.iliacus pastki fassiya bilan qoplangan bo'lib, f.endoabdominalis ning bir qismi bo'lib hisoblanadi. F.iliaca pastga borib linea terminalis ga birikadi va chanoq bo'shlig'i devorlarini yopib, chanoq tubiga yopishadi hamda m.levator ani va m.coccigeus ni tashkil qiladi.

Pariyetal qorinparda ham yonbosh chuqurchalarni yopib, siydik qopiga o'tadi va qorinning oldingi devoridan siydik qopiga utishda (plica vesicalis transversae) ko'ndalang burma hosil qiladi. Erkaklarda siydik qopining orqasidan to'g'ri ichakka o'tib, chuqurcha (excavatio retrovesicalis) ni hosil qiladi. Ayollarda pariyetal qorinparda siydik pufagidan bachadonga va bachadondan to'g'ri ichakka o'tib, ikkita bo'shliq – excavatio vesicouterina va excavatio rectouterina ni hosil qiladi.

QORIN CHURRALARI TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHALAR VA TASNIFI.

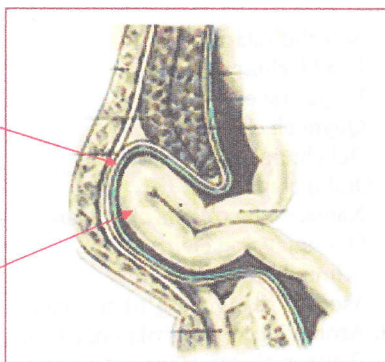
Qorin churralari (hernia) – qorin bo'shlig'idan ichki a'zolarning qorin devoridagi tabiiy yoki sun'iy teshiklar orqali qorinpardaning ularni qoplab turadigan devor oldi varag'i bilan birgalikda chiqishidir.

Qorin churrallari tashqi va ichki turlarga bo'linadi. Qorin tashqi churrallari qorining old, orqa va chanoq tubi mushak- aponevrotik qavatining har xil teshiklari orqali qorinparda bilan birga ichki a'zolarning tashqariga teri tagiga chiqishidir. Ana shu teshiklarni anatomik «kuchsiz joylar deb hisoblanadi. Bu teshiklar tananing tabiiy anatomik hosilalari bo'lib bularga kindik halqasi, qorinning oq chizig'idagi yoriqlar, chov va son kanallari, Peti va Gryunfeld-Lesgaft uchburchaklari yoki jarohatlar, operatsiyadan keyin hosil bo'lgan bo'lishi mumkin. Churraga yaqin yani «eventratsiya» va «tushish» kabi tushunchalar mavjud.

Eventratsiya - qorinparda va qorinning old devoridagi mushak-aponevrotik qavatida o'tkir hosil bo'lgan defekti sababli qorin bo'shlig'i germetik holatining buzilishi va ichki a'zolarning teri tagiga chiqishidir. Eventratsiya sababiga ko'ra travmatik, operatsiyadan keyingi va tug'ma bo'lishi mumkin.

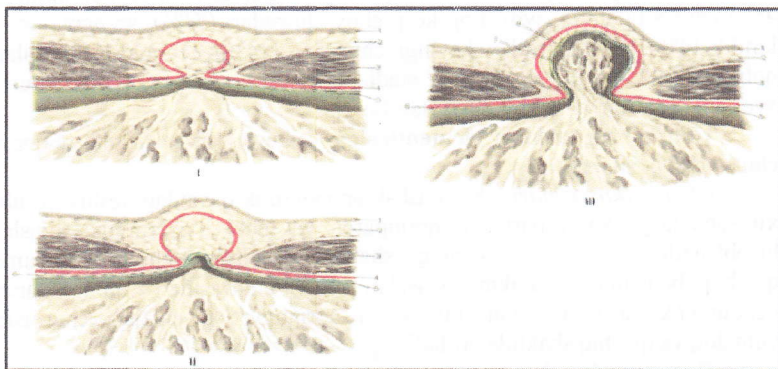
Ichki churralarda qorin bo'shlig'idagi ichki a'zolarning qorin bo'shlig'ida hosil bo'lgan kistalarga yoki pariyetal qorinpardada hosil bo'lgan chuqurchalarga kirib qolishi hamda diafragmaning tabiiy va orttirilgan teshiklari orqali ichki a'zolarning qo'shni bo'shliqlarga chiqishidir. Qorinparda bilan qoplanmagan ichki a'zolarning tabiiy teshiklar orqali chiqishi – tushishi (prolapsus) deyiladi. Masalan: bachadonning qin orqali yoki to'g'ri ichakning Sphincter ani externum orqali tushishi.

Teri osti yog' qavati



Parietal qorin parda

Qorin churralaridan farkli ravishda ichki a'zolarining qorin old devori mushak – aponevrozining qorin parda bilan birga o'tkir shikastlanishlari natijasida teri ostiga chiqishi – **teri osti eventratsiyasi**, tashqariga chiqishi esa **tashqi eventratsiya** deyiladi. Eventratsiyalar tug'ma, orttirilgan va operatsiyadan keyin uchrashi mumkin.



Qorinning tashqi churralari tasnifi.

A. Kelib chiqishiga ko'ra:

I. Tug'ma churralar (hernia congenitalis).

II. Orttilgan churralar (hernia acquisita).

1. Darmonsizlik natijasida rivojlanadigan churralar.

2. Zo'riqish natijasida rivojlanadigan churralar .

3. Operatsiyadan keyingi churralar.

4. Travmatik churralar.

5. Patologik churralar.

B. Anatomik joylashuviga ko'ra:

1. Chov churralari.

2. Son churralari.
3. Kindik churralari.
4. Epigastral churralari.
5. Quymich churralari.
6. Bel churralari.
7. Oraliq churralari.
8. Xanjarsimon o'simta churralari.
9. Qorinning yon churralari.

V. Klinik kechishiga ko'ra:

I. Asoratlamagan –to'g' rilanadigan (hernia reponibilis) churralar.

II. Asoratlangan –to'g' rilanmaydigan (hernia irreponibilis) churralar.

1. Qisilgan churralar (hernia incarcerata).

2. Koprostaz.

3. Churra yallig'lanishi.

G. Rivojlanish bosqichiga ko'ra:

I. To'liq.

II. Noto'liq.

1. Boshlang'ich churra.

2. Kanal churrasi.

3. Urug' tizimchasi churrasi.

Qorinning tashqi churralari ko'p uchraydigan xastalik bo'lib, aholining 3-4% i churra bilan og'riydi. Eng ko'p chov churralari (73%), so'ngra son (8%), kindik (4%), operatsiyadan keyingi churralar (14%) uchraydi. Churralarning qolgan shakllari 1% ni tashkil etadi. Erkaklarda ko'proq chov churralari, ayollarda esa son va kindik churralari bo'ladi.

Churraning tarkibiy elementlariga – churra darvozasi, churra qopchasi, churra ichi hosilalari.

Churra darvozalari – bu mushak-aponevrotik qavatdagi teshik bo'lib, har xil sabablarga ko'ra pariyetal qorinparda va ichki a'zolarining chiqish joyi hisoblanadi. Churra darvozasining shakli yoriqsimon, uchburchak, yumaloq, qiyshiq bo'lishlari mumkin. Masalan chov churrasida uning darvozasi uchburchak va yoriqsimon, kindik va qorinning oq chizig'i churrasida – yumaloq va qiyshiq shaklida bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi va travmatik churralarda churra darvozasi – noto'g'ri shaklda bo'ladi. Churra darvozasining o'lchami ham har xil, ya'ni birnecha santimetrdan (kindik va oq chiziq churralari) to 20-30 sm (operatsiyadan keyingi va qorinning to'g'ri mushaklari diastazida) gacha bo'lishi mumkin.

Churraning yangi hosil bo'lgan davrlarida churra darvozasi qirralari elastik holda bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan aynisa eski churralarda darvozasi nuqtasi qo'pollashadi va chandiqlik hosil bo'lib elastiklik xususiyati yo'qoladi. Operatsiyadan keyingi churralarda darvoza qirralari qattiq fibroz to'qimalarga aylanib qoladi.

Nevropatik churralarda aniq churra darvozasi bo'lmay, denervasiya natijasida mushak qavatlari atrofiyaga uchraydi va aponevrotik to'qimasi deyarli bo'lmaydi. Ana shu sababli qorin devorining shu qismi do'mpayib

chiqib keladi. Bunga misol bo'lib diafragmaning relaksatsiyasini keltirishi mumkin.

Qorin devorining mushak-aponevrotik qavatidagi teshiklar, churra chiqadigan anatomik kuchsiz joylardir (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig'i, diafragma teshiklari va boshqalar).

Normada bu teshiklar orqali (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig'i, diafragma teshiklari va boshqalar) u yoki bu anatomik tuzilmalar o'tadi (Urug' tizimchasi, bachadonning yumaloq bog'lami, qon tomirlari, nerv tugunlari va boshqalar). Churra darvozasining shakli yoriqsimon, uchburchak, yumaloq, qiyshiq bo'lishi mumkin. Masalan chov churralarida uning darvozasi uchburchak va yoriqsimon, kindik va qorinning oq chizig'i churrasida – yumaloq va qiyshiq shaklida bo'ladi.

Churra xaltasi—pariyetal qorinpardaning churra darvozasi orqali chiqqan qismi. Uning tubi, bo'yni va tanasi va tubi farqlanadi. Churra kisimlaridan iborat xaltasi turli o'lcham va shaklda bo'lishi mumkin.

Xaltaning qorin bo'shlig'i bilan tutashdigan qismi uning teshigi deyiladi. Bo'yinchasi – churra xaltasining teshigi bilan tutashdigan eng tor qismidir. Bo'yinchada aksariyat churra qisilishi ro'y beradi. Tana qismi keng bo'lib, asosan teri ostida joylashgan, churra xaltasining tub qismi yoki churraning distal qismi hisoblanadi.

Churra bir yoki ko'p kamerali bo'lishi mumkin.

Asoratlanmagan churralarda xaltasi devori qorinpardaning silliq yupqa varag'idan iborat bo'lib, yuzasida yog' qatlamlari bo'lishi mumkin. Asoratlangan churralarda xalta devori doimo shikastlanib turishi natijasida u qalinlashadi, biriktiruvchi to'qima rivojlanishi va xalta ichida bitishmalar borligi hisobiga dag'allashib qoladi.

Churra xaltasining ichki yuzasi xalta ichidagi hosila bilan yoki devorlarining bir-biri bilan bitib qolishi oqibatida churra tug'irlanmaydigan bo'lib qoladi. Churra xaltasining to'liq obliteratsiyasi deyarli bo'lmaydi. Aksariyat xaltacha ikki yoki uch bo'shliqli tuzilmaga aylanadi yoki «qum soat» ko'rinishini oladi.

Churra xaltasi embrional kindik churralarida bo'lmasligi mumkin, ulardagi tushgan ichki a'zolar amnion parda bilan qoplangan bo'ladi. «Sirpanuvchi» churralarda ham churra qopchasi bir devorini qorinparda bo'shlig'idan tashqarida joylashgan a'zolarining (ko'richak, siydik pufagi, yuqoriga ko'tariluvchi yo'g'on ichak, sigmasimon ichak) devorlari tashkil qiladi.

Churra xaltasi ichida qorin bo'shlig'idagi a'zoldan biri bo'lishi mumkin:

a) Ingichka ichak qovuzlogi;

b) Charvi;

v) Ichak tutqichi bilan ta'minlangan yo'g'on ichak qismlari, sigmasimon ichak, ko'ndalang chamber ichak ko'richak, chuvalchangsimon o'simta va yo'g'on ichakning yog' osilmalari, Mekkel divertikuli;

d) Bachadon va o'simtalari;

ye) Qorinparda bilan bir tomondan qoplangan a'zolar (siydik pufagi, chamber ichakning yuqoriga ko'tariluvchi va pastga tushuvchi qismlari);

j) Diafragmal churralarda me'da, jigar, taloq va buyraklar.

Bo'rtib chiqadigan churra xaltasi ichidagi a'zolar va churra darvozalari o'rtasidagi vaziyat nisbatini hisobga olish amaliy jihatdan muhimdir.

Qorin bo'shlig'idan chiqadigan a'zolar chov kanalining ichki teshigidan endigina o'tgan bo'lsa – **kanal churrasi**, churra xaltasi teri ostiga tashqi teshigi orqali chiqqan bo'lsa – **to'liq churra**, deyiladi.

Ba'zan churra xaltasi ayrim mushak va fassial qatlamlar orasida qolib ketisa Oraliq yoki interstisial churra ko'rinishida bo'lib, teri ostidan emas, balki mushak yoki aponevroz ostiga chiqadi.

QORIN CHURRALARINING HOSIL BO'LISHIDAGI UMUMIY FAKTORLAR VA ETIOPATOGENEZI

Churraning kelib chiqishidagi etiologik faktorlardan bo'lib qorin bo'shlig'idagi bosimning qorinning old devori qayta ta'sir ko'rsatish qobiliyatining dinamik muvozanatning buzilishi hisoblanadi. Sog'lom odamlarda, qorinning old devoridagi «kuchsiz xitlarning» bo'lishiga qaramay diafragma mushagining tonusi va qorin old devori qorin ichki bosimining tushishi, defekatsiya, yo'tal, og'irlik ko'tarishda bo'ladigan o'zgarishlarini ushlaybilish xususiyatiga ega. Ammo har xil sabablarga ko'ra mushak aponevroz qavatining funksional holati pasayadi va qorin bo'shlig'i bosimi va qorin devori orasida diskoordinasiya kelib chiqadi va churra rivojlanadi.

Churraning hosil bo'lishi mexanizmi juda og'ir va harxil bo'ladi. Mahalliy moyillik faktorlarida asosan topografoanatomik o'zgarishlar sababli bo'lsa, undan tashqari umumiy faktorlarga ham bog'liq. Mahalliy faktorlarni o'rganish churralarni operativ davolash prinsiplarini patogenetik asoslab berish ucho'ngina yordam beradi.

Umumiy faktorlar ikki guruhga moyillik va churrani keltirib chiqaruvchi faktorlarga bo'linadi.

Churralar mahalliy va umumiy xarakterdagi sabablardan hosil bo'lishi mumkin, churraga moyillik va keltirib chiqaradigan sabablarga bulinadi. Churralar hosil bo'lishining moyillik qiladigan sabablariga churra eng ko'p hosil bo'ladigan joylarda qorin devori tuzilishining mahalliy anatomik xususiyatlari kiradi. Bu anatomik kuchsiz joylar yoki churra nuqtalari quyidagilar:

- a) Chov kanali sohasi;
- b) Sondagi oval chuqurcha sohasi;
- v) Qorin oq chizig'i aponevrozining kindik usti va uning ostidagi bo'limi;
- g) Spigeli chizig'i sohasi;
- d) Peti uchburchagi sohasi;
- ye) Gryunfeld – Lesgaft turtburchagi sohasi;
- j) Yopkich teshik sohasi.

Qorin devori tuzilishining anatomik xususiyatlari ayollar va erkaklarda turli xil churralarning turlicha taqsimlanishiga ham ta'sir qiladi. Son churralarining ko'p uchrashi ayollarda chanoq enining kengligi bilan bog'liq. Erkaklarda chov churralarining ko'p uchrashi ularda chov halqasining birmuncha kengligi bilan izohlanadi. Embrional davrda bu kanaldan tuxum

yorg'oqqa tushadi va urug' tizimchasi o'tadi. Ayollarda chov oraligi yoriqsimon shaklga ega.

1. *Umumiy moyilik qiladigan omillar:* irsiyat, yosh (bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qorin devori kuchsiz, keksa yoshdagi kishilarda esa qorin mushaklari atrofiyaga uchragan bo'ladi), jins (ayollarda chanoq va son halqasining tuzilishi, erkaklarda chovning kuchsizligi), gavda tuzilishining xususiyatlari, tez-tez tug'ish, qorin devorining shikastlanishi, operatsiyadan keyingi chandiqlar, qorin devori asablari falajligini kiritish mumkin. Bu umumiy omillar qorin devorining mahalliy zaiflashib kolishiga olib keladi.

2. *Keltirib chiqaradigan omillar.* Bu qorin bo'shlig'i bosimini oshiradigan omillardir, chunonchi: og'ir jismoniy mehnat, tug'ruqning qiyin o'tishi, doimiy yo'tal, qabziyatlar, peshobning kiyinchilik bilan kelishi, siydik yo'lining qisilishi shular jumlasiga kiradi.

Qorin devori mushaklari sustlashganda va yetishmovchiligida churralar asta-sekin va bemor uchun sezilarsiz, biror jismoniy kuch ishlatmaganda va Zo'riqish bo'lmaganda ham hosil bo'lishi mumkin (masalan, umurtqa pog'onasi, orqa miya va nervlar shikastlangandan keyin to'qimalarning oziklanishi buzilganda tez oriklab ketadi).

Churralarning kelib chiqishida ahamiyatli bo'lgan boshqa omillardan musiqa asboblari chalganda Zo'riqish, emfizema va o'pka sili, kukyo'tal, qabziyat, uretra strukturasidagi va prostata bezi adenomasi, takroriy va qiyin tug'uriqlar, assit va boshqalar. Churralarning kelib chiqishida nasliy omilarning ham ahamiyati katta. Qorin devorining anatomik tuzilishi xususiyatlari nasliy yo'llar bilan ham berilishi mumkin. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar va klinink kuzatuvlarga asosan bir oilaning bir necha a'zosi churra bilan xastalanishi mumkin.

Churralarning rivojlanishi ma'lum darajada odam tanasining tuzilish tipiga ham bog'liq. V.A.Shevkunenko ikki tipga ajratgan: birinchi tipda **braxiomorf** – ko'krak qafasining pastki aperturasi keng va chanog'i qisqa, qorinning old devori yuqoridan keng bo'lib pastki qismi qisqa bo'ladi. Sho'nga asosan X kobirganing pastki nuqtalari orasidagi (Dist costazum) masofasi, yonbosh suyaklari oldingi dumbalari orasidagi (Dist spinalum) masofaga nisbatan uzun hisoblanadi. Ikkinchi tipda **dolixomorf** – ko'rakning pastki aperturasi qisqa va chanog'i keng – ikkinchi tip kishilarda (dolixomorf), ko'krakning pastki aperturasi qisqa, chanog'i keng. Qorinning old devori xuddi osilib turgan nokdek bo'ladi. Kobirgalar oraligidagi masofa, yonbosh suyaklari orasidagi suyaklarga qaraganda kam bo'ladi.

Ana shu hisoblarga asoslanib T.V.Lavrova (1979) «Qorinning ko'ndalang indeksi» degan tushunchani kiritdi.

Shuning uchun «qorinning ko'ndalang indeksi» tushunchasi kiritilgan:

$$\frac{dis \tan \theta \cos \tau \text{arum}}{dis \tan \theta \text{as} \cdot \text{p} \text{inarum}} * 100$$

Agar indeks 100 dan katta bo'lsa – braxiomorf yoki giperstenik (qorinning erkaklaracha shakli), 100 ga teng bo'lsa – qorin sharsimon shaklga ega bo'ladi. Indeks 100 dan kichik bo'lsa – dolixomorf, ya'ni astenik tipda (ayollar qorni shaklida) bo'ladi.

Braxiomorf (giperstenik) tipdagi kishilarda diafragmal, epigastral, to'g'ri chov churrallari ko'p uchraydi.

Dolixomorf (astenik) tipdagi kishilarda esa kindik, son, va qiyshiq chov churrallari ko'p uchraydi.

Shuni aytish kerakki, tana tuzilishi tipining o'zi hal qiluvchi moyillik faktori hisoblanadi. Kishining jismoniy rivojlanganligi, mushaklarining tonusi, aponevroz va bog'lamlarining mustahkamligi katta ahamiyatga ega. Juda kam kishilarda tana tuzilishining qandayligidan qat'iy nazar, ularda konstitusion churraga moyillik bo'ladi. Ularda biriktiruvchi to'qimalarning tug'ma kuchsizligi bo'lib, uni tizimli kasalliklar turiga kirgiziladi. Ko'pincha bunday kishilarda ko'p sonli churralar, masalan, diafragmaning qizilo'ngach teshigi va chov churrasi yoki son churrasi bilan qo'shma bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarda yassi tavon, teri osti venalarining varikoz kengayishi, gemorroj tugunlarining kengayishi kabi kasalliklar birga kuzatiladi.

Erkalarda qorin churrallari ayollarga qaraganda ko'proq uchraydi. Eskidan tarixiy fikr borki – chov churrallari erkalarda ko'proq uchraydi. Oxirgi yillardagi ilmiy izlanishlar natijasiga qarab aytish mumkinki, qorin churrallari hozirgi zamonda ko'proq ayollarda uchraydi.

Bu holat bunday churralar profilaktikasini o'z vaqtda qanday o'tkazishga yullanma hisoblanadi. Diafragmal, kindik, son, operatsiyadan keyingi, yopiq kanal, Oraliq va spigel chizig'i churrallari ayollarda ko'proq yuzaga chiqmoqda.

Erkalarda qorin churrallari paydo bo'lish moyilligi yuqori. Statistika ma'lumotlarga ko'ra erkalarda chov churrallari ko'p uchraydi. Ayollarda esa kindik, diafragma, son, operatsiyadan keyingi, Oraliq va spigel chizig'i churrallari ko'p uchraydi. Shuning uchun chov churrallari erkaklar va ayollar o'rtasidagi nisbati 10:3, son 1:8, spigel chizig'i churrasi 1:2, operatsiyadan keyingi churralar 1:4, kindik 1:10, Oraliq churrasi 1:7 tashkil etadi.

Ayollarda qorinning old devori kuchsizlanishiga olib keladigan asosiy faktorlardan biri – bu homiladorlikdir. Homiladorlikning oxirgi muddatlarida bachadon 12 ½ marta kattalashadi va Ana shunga kindik halqasi kengayadi va qorinning old devori (oq chizig'i) yupqalashadi. Qorinning to'g'ri va yonbosh mushaklari gipertrofiya holiga keladi, qon tomirlarida qayta tiklanish bo'lib, periferik asablarda tuzilishi o'zgaradi. Ana shu holatlar fiziologik holda o'tib, bola tugilgandan keyin asta-sekinlik bilan o'z holatiga kaytishi kerak. Vaholanki oq chiziqning, kindik halqasining, mushaklar tonusi oldingi holatiga batamom kelmaydi.

T.F.Lavrovning kuzatilishlaridan ma'lum buldiki xolos yaxshi jismoniy tayyorlangan kishilarda yoki sport bilan shug'ullanuvchi ayollarda bola tugulgandan keyin to'liq o'z holatiga kaytishi mumkin. Ko'p ayollarda ayniqsa ko'p tuqqan xotinalarda qorinning oq chiziqi kengayishi, kindik halqasining kengayganligi, qorinning old devori atopiya holati saqlanib qoladi.

Biz o'z kuzatuvlarimizda aniqladikki, juda semiz kishilarda qorinning old devori churrasi hosil bo'lishiga moyillik bo'ladi. Katta yog' qatlami aponevroz bilan siyrak yopishgan bo'lib (ayniqsa semiz ayollarda) katta og'irlik kuchi pastga tortadi, bu o'z navbatida mushaklarda degenerativ o'zgarishlarga, aponevroz va fassion qavatlarining haddan tashqari cho'zilishiga olib keladi

Yana churralarning hosil bo'lishida odamlarda davom etadigan surunkali kasalliklar va organizmning umumiy oriqlashidir. Natijada qorinning old devorida kuchsizlik holatlarida qarshilik kuchi kamayib, qorin bo'shlig'idagi bosimga chidam bermay qoladi va churra hosil bo'lish xavfi kuchayadi. Churra hamma yoshdagi kishilarda uchraydi, ammo eng ko'p kasallikning yuzaga chiqishi maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda va 50 yoshdan keyingi kishilarda kuzatiladi. Ko'p olimlarning (Mayat V.S. 1980, Toskin K.D. 1983) ma'lumotiga asosan churralar 30-40 yoshli kishilarda ko'proq uchraydi. Shuning uchun ham churralarni xirurgik davolash jismoniy va aktiv ish faoliyatida qatnashayotgan kishilarda o'tkazilmoqda.

Churralarning hosil bo'lish mexanizmi ularning kelib chiqishiga bog'liq holda har xil (tug'ma yoki orttirilgan) bo'ladi.

Tug'ma churralarda churra darvozalari churra xaltasi yarim yumaloq shaklga ega, so'ngra jismoniy Zo'riqish natijasida ichki a'zolar churra xaltasiga kiradi. Orttirilgan churralarda esa qorin ichidagi bosim oshishi natijasida ichki a'zolar qorin devori qatlamlarini surib, pariyetal qorinpardasini chuzib yuboradi. va natijada churra xaltasi shakllanadi.

QISILGAN CHRRALAR

Qisilgan churralar (hernia incarcerata) – uta xavfli asorat bo'lib, zudlik bilan operatsiya qilish talab etiladi. Churra qopchasiga chiqqan a'zolar churraning buyin qismida qisilib qolib, qon va limfa aylanishining buzilishi a'zoning nekrozga uchrash xavfini yuzaga keltiradi.

Qisilib qolish mexanizmi har xil bo'ladi. Qorin bo'shlig'ida bosimning ortishi (yuk ko'tarish, tinimsiz yo'tal, defekatsiya paytida) bilan churra halqasi qisqa vaqtga kengayadi. Ana shu payt ichki a'zolar churra qopchasiga kirib qoladi. Keyin churra halqasi torayadi va ichki a'zolar o'z o'rniga kaytishga ulgurmay qoladi. Shu yusinda churraning qisilishiga elastik qisilish, deyiladi.

Churraning boshkacha qisilish usuli ham bor, yani axlatli qisilish deyiladi. Qisilishning bu shakli asosan qari kishilarda uchraydi. Churra qopchasiga tushgan churra qovuzlog'i ichidagi axlat asta sekinlik bilan ko'payib boradi va natijada ichakning ketuvchi sirtmog'i bosilib qoladi. Axlatli qisilish churra darvozasi katta bo'lgan holatlarda ham kuzatiladi.

Qisilib qolgan ichak sirtmoq larining tutqichlari bosilib qolganda avvalo shish paydo bo'ladi. Churra qopchasidagi vena tomirlarida dimlanish rivojlanib, churra qopchasi ichida tinik suyuklik yigiladi. Keyinchalik bu suyuklik gemorragik holatga o'tadi. Ichak devoridagi nekrotik o'zgarishlar ichak ichidagi bakteriyalarning ichak devori orqali o'tib, churra suvini ifloslantiradi. Churra suvi loykalana boshlaydi va churra xaltasi flegmonasiga aylanadi. Ayrim holatlarda flegmona teshilib, ichak okmasi hosil bo'ladi.

Operatsiya paytida ichak devorlarining xayotiyligini aniqlash muhimdir. Chunki nekrotik holat ichakning ichki shillik pardasidan boshlanib, tashqi ko'rinishi esa silliq, o'zgarishsiz bo'lishi mumkin. Ana shunday ichak sirtmoq larini qorin bo'shlig'iga yuborib churrani plastika qilish uta xavflidir.

Yana bir muhim holat, ichak devoridagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi chegarasini aniqlashdir. Keluvchi va ketuvchi ichak sirtmoqlarini tegishli uzunlikda rezeksiya qilinmasa, keyinchalik nekroz rivojlanib, choklar yetishmovchiligiga olib keladi. Natijada peritonit rivojlanadi va u bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Undan tashqari ichak devorining bir qismi Rixter qisilishini ham unutmastik lozim. Bu xil qisilish ham juda og'ir o'tadi

Ichak devori bir qismining qisilishining diagnostikasi ham qiyin, chunki churra bo'rtmasi kichik bo'ladi. Ayniqsa semiz kishilarda ichak tutilishi belgilari bo'lmaydi va uni aniqlash qiyin bo'ladi. Bunday qisilish ko'pincha son churrasida uchraydi. Ko'pchilik holatlarda ingichka ichak devori qisiladi, ammo oshqozon devori (oq chiziq churrasida) hamda siydik pufagining devori (chov churrasida) ham qisilishi mumkin.

Retrograd qisilish (hernia Mayde), juda kam uchraydi. Churraning bunday qisilishida churra qopchasida nafaqat qopcha ichidagi ichak sirtmoklari, balki qorin bo'shlig'idagi ichak sirtmoq lari tutkichlari ham qisilishi mumkin. Bunday qisilish W-simon qisilish ham deyiladi.

Qorinning old devori va operatsiyadan keyingi katta churralar ko'p kamerali bo'lganida ichak sirtmoq lari va charvi shu kameralardan biriga kirib, qisilib qolishi mumkin. Qolgan kameralardagi ichak sirtmoq lari va charvi bemalol erkin holda qorin bo'shlig'iga ketadi. Bunday holatlarda qisman ichak tutilishi belgisi rivojlanib, bemorni uzoq vaqt konservativ davolab, har xil og'ir asoratlarga olib kelish mumkin.

Mekkel divertikuli qisilib kolsa – Litre churra (hernia Littre), deyiladi. Adabiyotlarda keltirilishicha kam holatlarda (0,5 %) uchraydi.

Qisilgan qorin churralarini operativ usulda davolash natijalarini yaxshilash maqsadida ularning davolash va operatsiya taktikalarini aniq belgilash maqsadida biz turt yillik kuzatuvlarimizni tahlil kildik Ana shu yillar mobaynida (2001-2005 yillar) 1255 ta bemor shoshilinch ravishda operatsiya qilingan. Shundan 50 nafar bemor (4,8 %) qisilgan qorin churralari bilan operatsiya qilingan. Shu qisilgan churralardan chov churra – 48,2 %, son churra – 25,1 %, kindik churra – 12,8 %, operatsiyadan keyingi ventral churralar – 13,1 %, qorinning oq chizig'i churra – 0,8 % bemorlarda kuzatilgan.

Bemorlarning 40,2 % erkaklar, 59,8 % ayollarni tashkil qilgan. 60 yoshdan yuqorilar 64,5 % ni tashkil qilgan. Operatsiyadan keyin ulgan bemorlar 15 kishi (2,7 %).

Qisilgan churralarning klinik belgilari boshlanganidan so'ng 2 soat mobaynida – 11%, 3-8 soat ichida – 13 %, 9-12 soat ichida – 17 %, 12-24 soatgacha – 38 % va undan keyingi davrda 21 % bemorlar klinikaga murojaat qilishgan. Ana shu holatlarni tahlil qilganimizda shifoxonagacha bo'lgan etapda tashxis qo'yish xatoliklari natijasida ko'pchilik bemorlar klinikaga kech yotqizilgan.

Deyarli 21 % son churrasining va 17 % bemorlarda ventral churralarning qisilishi vaqtida aniqlanmagan. Bemorlar ko'pchilik holatlarda qorin bo'shlig'ining bitishmali kasalligi, o'tkir gastrit, oshqozon va 12 barmokli ichak

yara kasalligining xuruji, buyrak sanchigi, o'tkir ichak tutilishi va hatto o'tkir appendisit tashxislari bilan yuborilgan.

Shifoxonagacha bo'lgan etapda asosiy diagnostik xatolarga yul quyilishi sabablaridan eng muhimi bemorlarni tekshirishdagi e'tiborsizlik, bemorlarni tekshirish prinsiplarining buzilishi bo'lib, churra hosil bo'lishi extimoli bor sohalarni yaxshilab kurmaslikdir.

Uzoq vaqt bandaj boglagan yoki korset kiyib yurgan bemorlar churrasohasida paydo bo'lgan og'riqqa uncha e'tibor bermaydilar, doimo tug'irlanib yuruvchi churraning tug'irlanmaydigan bo'lib qolganligini va churra hajmining kattalashganligini ham sezmaydilar va natijada qisilgan churrani o'tkazib yuboradilar. Qari bemorlarda yuldosh kasalligi og'ir bo'lganda, yaxshi eshitmaslik va miya qon tomirlari yetishmovchiligining borligi ulardan to'liq anamnez yigishga to'sqinlik qiladi. Bundan tashqari semiz bemorlarda ham qisilgan churrani aniqlash kiyinchilik tugdiradi.

Bizning fikrimizcha keksa yoshdagi bemorlarning uzoq yil churra bilan, ya'ni «eski» churrani ko'tarib yurganlarni alohida guruh qilib urganmoq maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ko'pchilik bemorlarda yuldosh kasalliklardan: umumiy ateroskleroz va koronar kardioskleroz, yurakning ishemik kasalligi, xafaqonlik, qandli diabet, pnevmoskleroz va boshqa nafas yullari kasalliklari kuzatilgan.

Bunday guruh bemorlar orasida operatsiyadan keyingi o'lim yuqoridir.

Kasallikning natijasi yana churra qopchasida qaysi a'zoning qisilishiga ham bog'liq. Ingichka ichak 52 %, katta charvi 35,2 %, yo'g'on ichak 7 %, bachadon o'simtasi 2 %, chuvalchangsimon o'simta 1,5 % va yo'g'on ichakning yog'li tasmasi 1 % holatlarda uchragan.

Qisilgan ingichka ichak sirtmog'ining nekrozi 7 nafar bemorda kuzatilgan va shulardan to'rttasida ichak sirtmoq lari gangrenasi bo'lib, peritonit rivojlangan va ichak rezeksiya qilingan. Shulardan uchtasi operatsiyadan keyingi peritonitning rivojlanishi va ichak tutkich tomirlari trombozi natijasida vafot etgan. Ulgan bemorning uchchalasi ham 65 yoshdan yuqori kishilar bo'lgan.

Yana bir eng muhim muammo – bu qisilgan ichak sirtmoq laridagi xayotiylikni aniqlashdir. Bemorlarni navbatchilik paytida, zudlik bilan o'tkazilgan operatsiyalarda, ayniqsa kechasi bo'lganda ularni aniqlash qiyin bo'ladi. Ichak sirtmoqlarini qisilgan halqadan chiqarib issik izotonik eritmalar bilan xullangan salfetkkalar bilan o'rash, ularni shunday issik eritmalar bilan yuvishdan keyin qizarib, tomirlar pulsatsiyasi aniqlansa va ichaklar harakati tiklansa uning xayotiyligi saklanganligidan dalolat beradi. Bordiyu shu holatlar paydo bo'lmay, ular xayotiyligiga aniq ishonch hosil qilinmaganda ichaklar sirtmog'i rezeksiya qilinib, uncha fiziologik holat bo'lmasa ham «yonbosh-yonbosh» anastamoz qo'yish buyuriladi.

Operatsiya uchun og'riqsizlantirish usulini tanlashda har bir bemorga individual yondoshish zarur. Mushaklar relaksatsiyasi bilan endotroxeal narkoz operatsiyani muvaffakiyatli yakunlash uchun yaxshi sharoit yaratadi. Operatsiyadan keyin og'ir bemorlarga, ayniqsa keksa yoshdagi kishilarga 7500 YeD dan, bir kunda uch maxal geparin, qonning reologik xususiyatini yaxshilaydigan suyukliklar, albatta yurak-qon tomirlari va nafas olish tizimi

faoliyatini stimullaydigan muolajalar o'tkaziladi. Peritonit belgilari paydo bo'lganda ingichka ichakka uzun nazogastral Mellori-Ebot zondi bilan intubasiya qilinadi.

Chov churrasining qisilishi

Chov churralarining qisilib qolish holatlari amaliyotda ko'p uchraydi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra umumiy qisilgan ventral churralarning 50-58 % ini tashkil qiladi.

Bizning kuzatuv natijalarimizga asosan chov churrasining qisilish holati 48,2 % ni tashkil kildi. Qisilgan churralardan keyin har xil asoratlari va o'lim oxirgi o'n yil ichida deyarli o'zgarishsiz qolmoqda. Buning asosiy sababi keksa va qari yoshdagi bemorlar sonining ko'payishi, bemorlarning davolash muassasalariga kech murojaat qilishlari va natijada shifoxonaga kechiqib kelishlaridir.

Shuni ta'kidlash kerakki, bir qator holatlarda, ya'ni davolash taktikasidagi va diagnostik xatoliklar, operatsiyadan bosh tortish, ichaklar xayotiyligini aniqlashdagi va rezeksiya hajmini aniqlashdagi hamda operatsiyadan keyingi davr mobaynida yo'l quyiladigan xatoliklar o'ta muhim ahamiyatga ega.

Klinik belgilari. Qisilgan churralarning klinik belgilari yaxshi o'rganilgan. Yaxshi yigilgan anamnez va bemorni yaxshilab tekshirish to'g'ri tashxis qo'yishda qiyinchilik tugdirmaydi. Chov churrasining qisilib kolishidagi asosiy belgilar – chov sohasida to'satdan boshlangan og'riq va churraning tug'irlanmay kolishidir.

Og'riq har xil bo'lishi mumkin. Ayrim vaqtlarda og'riq kuchli bo'lib, shoq holati rivojlanishi ham mumkin. Eng erta yuzaga chiqadigan simptomlaridan biri qusishdir. Bordiyu ichak sirtmog'i qisilib qolib, o'tkir ichak tutilishi rivojlanganda qusish ko'p marta takrorlanadi va qusik massasi qulansa xiddi bo'ladi.

Qisilish chov kanalining tashqi teshigida bo'lsa, jarroh chov sohasida juda taranglashgan va og'riqli churra bo'rtmasini paypaslaydi. Agar churra kuchsiz qisilganda churra qopchasida suv yoki charvi bo'lsa perkussiyada to'mtoq, agar ichak sirtmog'i bo'lsa timpaniq tovush eshitaladi.

Qisilish chov kanalining ichki teshigida bo'lsa, ko'pincha ichak devori bir qismining qisilishi (Rixter qisilish) yuz beradi. Bunday holatlarda Byarishnikov simptomi paydo bo'ladi, ya'ni qisilgan tomondagi oyoq tepaga ko'tarilganda og'riq kuchayadi. Buning asosiy sababi pay va mushaklarning qisqarishi bilan bog'liq. Ichak sirtmog'ining churra darvozasida qisilib qolishi strangulyasion ichak tutilishi klinikasini beradi. Shuning uchun bemorlarda churra bo'rtmasidagi og'riq bilan birgalikda qorinda ham qattiq og'riq va qorinning assimetriyasi kuzatiladi. Ularni tekshirganda Sklyarova, Val belgilarini aniqlanishi mumkin. Intoksikasiya belgilari rivojlanadi va ichak tutilishi klinikasi paydo bo'lib, peritonit rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Shifoxonagacha bo'lgan davrda juda ko'p xatoliklar uchraydi. Chunki bemorlar asosan terapevtlar, tez yordam vrachlari tomonidan tekshiriladi. Ichak devorining bir qismi qisilganda (Rixter qisilish), churra bo'rtmasi bo'lmaganda

yoki bo'rtmalar kichik bo'lib, uni paypaslab aniqlash qiyin bo'lganda diagnostik xatoliklar ko'payadi. Ana shunday holatlarda rentgenologik tekshirishlar muhim ahamiyatga ega.

Qisilgan churralarni tug'irlanmaydigan chov churralari, chov limfadeniti, chov limfa tugunlariga o'smalar, metastaz berishi bilan differensiallash zarur. Ayollarda qisilgan chov churrasini son churrasi bilan differensiallash ancha mushkuldir.

Yolg'on qisilgan churralarni aniqlashda yo'l qo'yilgan diagnostik xatolar taktik xatolarga olib kelishi mumkin.

Qisilgan chov churrasini operativ davolashda asosiy maqsad chov churrasi qisilishini va uning oqibatlarini bartaraf qilishdir. Chov kanalini plastika qilish keyingi urinda turadi. Churra qopchasidagi iflos suv bilan operatsiya jaroxatining ifloslanishini oldini olish lozim.

Operatsiya paylaridagi ayrim jarrohlr ichak sirtmoq larini rezeksiya qilish uchun ayrim mualliflar o'rta chiziq bo'ylab laparotomiya qilishni taklif qiladilar. Bu juda to'g'ri fikr emas. Gernilaparotomiya keluvchi va ketuvchi ichak sirtmoq larini yaradan bemalol chiqarib, ularni reviziya qilish imqonini beradi.

O'rta chiziq bo'ylab qilinadigan maqsadli laparotomiya uchun alohida ko'rsatmalar mavjud:

1. Qorin bo'shlig'ida bitishmali holatlar bo'lib, chov sohasidan qilingan kesma orqali ichak sirtmoq larini yaraga chiqarib bo'lmasa.

2. Yonbosh ichakning terminal qismini rezeksiya qilib, ileotranverzioanastamoz qo'yish kerak bo'lganda.

3. Operatsiyagacha churra qopchasi flegmonasi tashxisi qo'yilsa. Bunda avval qorin bo'shlig'i operatsiyasi etapini bajarib, keyin churrani kesish, yiringni va nekrozga uchragan to'qima va ichak sirtmog'i bartaraf etiladi.

4. Peritonit va ichak tutilishi klinikasi rivojlangan bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilgan holatlarida.

Bunday operatsiyalardan keyin chov kanalini plastika qilishning oddiy va yengil usullarini qo'llash kerak.

Qisilgan son churralari

Son churralarida qisilib qolish xoalti ko'p uchraydi. Adabiyotlarda keltirilishicha 30-35 % holatlarda son churrasi qisilib qoladi. Buning sababi son kanali tor bo'lib, uning devorlari qattiq va chuzilish xususiyatining kamligidir. Son churrasining qisilishining uchrashi jihatidan butun qisilgan qorin churralarining ichida ikkinchi o'rinni egallaydi. Qisilgan son churralari ko'pchilik holatlarda og'ir o'tib, harxil asoratlarga olib kelishi mumkin, chunki ularni o'z vaqtida aniqlash qiyindir. Son churrasining qisilishi asosan kekxa va qari ayollarida uchraydi. Son churralari qisilishida churra dumpagi kichik bo'lib, uni aniqlash ham qiyin.

Ichak devorining bir qismi qisilganda ichak tutilishi belgilari rivojlanmagan holatlarda uni aniqlash alohida qiyinchilik tug'diradi.

Juda kechiqib ketgan holatlarda chov kanali osti sohasida qizarish, shish va og'riq paydo bo'ladi. O'tkir limfadenit va adenoflegmona bilan differentsiallashga to'g'ri keladi va bu ancha qiyinchilikka olib keladi.

Qisilgan son churrasining muhim belgilaridan «taranglashgan tor simptomi», ya'ni qomat to'g'rilanganda chura qopchasida qisilgan charvi yoki ingichka ichak tutqichi bo'lsa shu sohada og'riq paydo bo'lishidir.

Son churrasida ichaklar qisilib qolganda uning klinik kechishini uch davrga bo'lish mumkin:

I-davr:- ichak devorida nekroz paydo bulguncha bo'lgan davri. Bu davrda asosan ichak tutilishi belgilari namoyon bo'ladi.

II-davr:- bu davrda ichak sirtmoq larida nekroz paydo bo'lib, ichak tutilishi klinikasi yakkol yuzaga chiqadi. ammo peritonit va og'ir intoksikasiya belgilari yo'q. Bu davr qisilgandan boshlab 2-8 soat davom etadi.

III-davr:- ogir-kechiqqan davr bo'lib, peritonit va og'ir intoksikasiya rivojlanadi. Qisilishdan keyin 8-10 soat mobaynida yuzaga chiqadi.

Bunday bemorlarni operatsiya qilishda ham chov, ham son usullaridan foydalaniladi. Son usuli keksa va qari kishilarda, har xil boshqa somatik kasalliklari bo'lgan kishilarda, qo'llaniladi. Yosh va baquvvat kishilarda esa chov usuli bilan operatsiya qilish ma'qul.

Churra flegmonasi bo'lganda kesmani chov tomondan kulish maqsadga muvofiqdir.

Qisilib qolgan halqani uning son usulida ichki tomonidan – lakunar bog'lam orqali kesma o'tkaziladi. Undan oldin barmoq bilan anomal tomir bor yoki yo'kligini paypaslab ko'rib, bo'lsa agar uni kiskichga olib so'ngra kesish zarur. Bordiyu anomal tomir kesib quyilsa tomirni barmoq yoki tupfer bilan bosib, ortikcha taxlikaga tushmasdan qisqichga olish va uni tikish zarur.

Chov usuli bilan operatsiya qilganda anomal joylashgan tomirni topish yengilrok. Churrani kisib koluvchi halqasini yuqorigi tashqi yo'nalishda kesganda tomirlarning ustidan, chov bog'lamini kesmasdan amalga oshirish mumkin.

Qisilgan kindik churralari

Kindik churralari ko'pincha katta yoshdagi kishilarda qisilishga moyil bo'lib, 15-30 % ni tashkil qiladi. Kindikchurrasining qisilib qolishi uzoq vaqt churra bilan yurgan keksa odamlarda ko'proq uchraydi. Qisilib qolish holatlari har xil kattalikdagi churralarda uchraydi. Hajmi kattaroq churralarda ko'proq axlatli qisilish, maydaroq churralarda esa ko'proq elastik qisilish kuzatiladi.

Qisilgan kindik churrasining eng yerta yuzaga chiqadigan simptomlaridan biri og'riqdir. Og'riq har xil xarakterda bo'ladi. Churra qopchasida ichak tutkichlari qisilgan bo'lsa o'tkir ichak tutilishi belgilari ham namoyon bo'ladi.

Qisilgan kindik churralarida qorinning old devori Sapejko va Meyo usullarida plastika qilinadi.

Churra qopchasining flegmonasida Grekov usulida operatsiya qilish eng optimal usuldir. Terida churra dupbogi ustidan yoysimon ikkita bir-biriga uchrashuvchi kesma o'tkaziladi. To'qimalar aponevrozga ochildi. Qisilgan

halqadan 4-5 sm uzoqlikda kesma qilinib aponevroz va qorinparda kesiladi va qorin bo'shlig'iga kiriladi. Agar ichak sirtmoq lari qisilgan bo'lsa ular kesilib, «uchma-uch» anastamoz qo'yiladi. Charvi qisilib qolganda, uning o'sha qisilgan qismi rezeksiya qilinadi.

Qisilgan epigastral (oq chiziq) churralar

Epigastral churralar ko'p uchrab, 30-31 % holatlarda qisilgan holatda bo'ladi. Eng xarakterli belgari spontan ravishda boshlangan og'riq va ayrim holatlarda ichak tutilishi belgilarining rivojlanishidir. Qisilgan epigastral churra katta bo'lsa Sapejko yoki Meyo usulida operatsiya qilinadi.

Oq chiziq churrasi bir vaqtning uzida uning diastazi bilan (II-III darajasi) bo'lsa ham churrani ham diastazni bartaraf qilish zarur. Bunday operatsiyalar Napalkov hamda Martynov usuli buyicha plastika qilish maqsadga muvofiqdir. Ko'rsatma bilan oxirgi yillarda alloplastika usuli keng qulanilmoqda.

Operatsiyadan keyingi churralarning qisilishi

Operatsiyadan keyingi qisilgan churralar 2,2-10 % ni tashkil qiladi va bunday churralarda o'lim sur'ati juda yuqori.

Operatsiyadan keyingi qisilgan churralarning klinikasi churring o'lchamiga, shakliga va ichak tutilishi darajasiga bog'liq. O'rtacha va kichik churralarda og'riq churra dumbogida juda kuchli bo'ladi, ko'ngil aynishi va qusish ham kuzatiladi. Churring to'g'rilanmasligi, tuxtovsiz og'riqning bo'lishi qisilgan churring doimiy simptomlaridandir. Bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilganda yoki kech tashxis

qo'yilganda sho'k va intoksikatsiyaning kuchayishi natijasida o'tkir ichak tutilishining elastik shakli rivojlanadi. Bunday holatlarda bemorlarni faqatgina o'z vaqtida operatsiya qilish bilangina qutkarib qolish mumkin.

Katta va gigant operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda ichak tutilishi axlatli bo'ladi. Keksa kishilar va karyalarda uchraydi, klinik belgilari juda tez rivojlanmaydi.

Mayda va o'rtacha kattalikdagi operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda xirurgik taktika xuddi chov va son churralarining qisilishida qo'llaniladigan taktika singari bo'ladi. Bemorlarni bir-ikki soat tayyorgarlikdan so'ng zudlik bilan operatsiya qilish lozim. Umumiy og'riqsizlantirish ostida taranglashmagan plastika qilish usulni qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Katta va gigant operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda xirurgik taktika ancha fark qiladi. Bunday bemorlarni tayyorgarliksiz operatsiya qilish xavfli hisoblanadi. Chunki bir rdan katta massani qorin bo'shlig'iga yuborish, qorin buligi deffektini yaxshilab tikish qorin bo'shlig'ida ichki bosimning birdan oshishiga, bu o'z navbatida ichaklar harakatining buzilishiga, diafragmaning ko'tarilishiga, ko'krak qafasi a'zolarining bir tomonga siljishiga oqibatda yurak-nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Bunday operatsiyalardan keyin quyidagicha xafli patologik holatlar yuzaga chiqishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i ichki bosimining oshishi → *ichaklar parezi* → *o'pka xayotiy sigimining kamayishi* → *o'pka ventilyasiyasining buzilishi* → *gipoksiya* → *yurak faoliyatining buzilishi* → *ichaklarda mikrosirkulyatsiyaning buzilishi* → *ichaklar parezining kuchayishi* → *qorin bo'shlig'i ichki bosimining yanada oshishi*. Natijada organizmda chuqur patologik o'zgarishlar rivojlanishiga, va oqibatda o'limga sabab bo'ladi.

Bunday bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazishda bemorning umumiy ahvoriga ta'sir kiluvchi eng muhim patologik omillarni aniqlash zarur. Buni aniqlashdagi klinik ko'rsatkichlar quyidagilar: 1) bemorning xushi; 2) teri va shillik pardalarining ko'rinishi; 3) qon bosimi; 4) pulsi; 5) SVD (MVD); 6) Shtanga va Sobraze sinamasi; 7) nafas olishi sur'ati; 8) diurez; 9) tana harorati; 10) EKG ko'rsatkichi.

Laborator tahlillaridan: 1) eritrositlar soni; 2) Hb miqdori; 3) gematokrit ko'rsatkichi; 4) qoning bufer ko'rsatkichi; 5) qondagi qand miqdori.

Bunday churralarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bir-ikki soat davom etib, peritonit va ichak tutilishi belgilari bo'lmasa qonservativ davolash zarur. Ko'pchilik mualliflar fikricha katta operatsiyalardan keyingi qisilgan churralarni qariyalarda qisib qoluvchi halqani kesish bilan chegaralanish kerak.

Demak churra qopchasidagi ichaklarni batamom ichkariga yuborish mumkin emas va qorinning old devorini autoplastika qilish ham shart emas. Vaholanki ayrim holatlarda, ya'ni qorin bo'shlig'ida bitishmali holatlarda, ichak sirtmoqlari faqat teri bilan yopilgan bo'lib ularni qorin bo'shlig'iga yubormasdan teri ostida qoldirilganda yara yalliglanib, eventratsiya bo'lishi ham mumkin.

Operatsiyadan keyingi katta qisilgan churralarda alloplastik materiallarni ham ishlatish mumkin.

Qisilgan churralar bilan operatsiya qilinganda eng avvalo quyidagi masalalarni hal qilish zarur:

1. Intoksikatsiya va suvsizlanish bilan kurashish.
2. Infeksiyani bostirish.
3. Yurak-tomir, nafas yetishmovchiliklari profilaktikasi va uni davolash.
4. Oshqozon-ichak tizimi funksiyasini tiklash.
5. Peritonit bilan kurashish.

Operatsiyadan keyingi davolashning jadal o'tkazilishi churraning qisilib qolishi vaqtincha, intoksikasiyani yuzaga chiqishi, ichaklarda nekrozning bor yoki yo'qligiga bog'liqdir.

Qorin churralari bilan bemorlarda umumiy tadbirlardan biri operatsiyadan keyingi yaraning yiringlash holatiga yo'l qo'ymaslikdir.

Shuning uchun bir qancha o'tkaziladigan tadbirlar qilingan operatsiyaning ajralmas bir bo'lagi hisoblanadi:

1. Operatsiya paytida to'qimalarni jarohatlashdan va ifloslantirishdan muhofaza qilgan holda operatsiya qilish.
2. Plastika qilinadigan maydondagi qo'pol chandiqlarni kesib olish.

3. Churra darvozasini va defektini plastika qilishda mushak-aponevroz to'qimalar qirralarini haddan tashqari tarang holda tortmaslik. Buning iloji bo'lmasa maqsad plastik material yoki churra xaltasini ishlatish.

4. Areaktiv tikish materiallari (lavsan, polipropilen).

5. Ishonchli gemostaz qilish.

6. Yarani albatta 2-3 sutkaga drenajlash.

Biz o'z amaliyotimizda yarani vakuum orqali drenajlash usulini qo'llaymiz. Operatsiyadan keyingi bemorlarning ish qobiliyatini to'g'ri aniqlash operatsiya qilgan xirurgning muhim vazifalaridan biridir.

VAZIYATLI MASALALAR

1. Bemor 17 yoshda, o'gil bola. O'ng chov sohasida shish borligiga, oxirgi paytlarda shishning kattalashayotganligiga va og'riq borligiga shikoyat qiladi.

Bemorni kurganda o'ng chov kanali sohasida hamirsimon hosila paypaslanadi. Chov kanalining tashqi teshigiga ko'rsatkich barmokning uchi o'tadi, yo'tal simptomi musbat.

1. *Sizning tashxisingiz?*
2. *Davolash usullari?*

2. Bemor 74 yoshda, erkak. Chap tomondan chov sohasida shish hosil bo'lishiga, avvallari shishning osongina ichkariga ketishini, oxirgi ikki oy ichida shish ichkariga ketmay qolganligini e'tirof qiladi. Ko'rilganda shishning hajmi 8x8 sm bo'lib, shakli yumaloq, paypaslanganda konsistensiyasi yumshoq va ichkariga to'g'rilanmaydi.

1. *Sizning tashxisingiz?*
2. *Davolash usullari?*

3. Bemor 76 yoshda, ayol kishi. O'ng tomonda chov sohasida shish paydo bo'lganligiga, shu sohada og'riq, qizarish borligiga shikoyat qiladi. Anamnezidan shish 20-22 kun oldin paydo bo'lgan, asta-sekinlik bilan shish sohasida og'riq paydo bo'lgan. Shishning paydo bo'lishida kuchanishning ahamiyati borligini e'tirof qiladi.

Shish sohasi paypaslanganda og'riq sezadi, terisi qalinlashgan, konsistensiyasi qattiq. Perkussiya qilganda tovush to'ntoqligi aniqlanadi, diafanoskopiya belgisi manfiy.

1. *Sizning tashxisingiz?*
2. *Davolash usullari?*

4. Bemor 64 yoshda, ancha semiz, ayol kishi. Chap tomondan chov sohasida shish paydo bo'lganligiga va uning og'riqli ekanligiga shikoyat qiladi. Bemorning aytishicha shishning hosil bo'lish sababi doimo qabziyat borligi va xojat uzoq vaqt kuchanish bilan bo'lishidir.

Bemor ko'rilganda juda semizligi sababli chov sohasida shish ko'rinmaydi. Paypaslanganda chuqurda shish ushlanadi. Shish sohasida teri qizarmagan, hosilaning konsistensiyasi yumshok. Bemor semiz bo'lganligi uchun shishning chov bog'lamidan yuqorida yoki pastda joylashganligini aniqlab bo'lmaydi. Og'riq kuchaygan.

Bemorga son churrasining qisilishi, taxminiy diagnozi quyildi.

Sizning xirurgik taktikangiz?

5. Bemor 62 yoshda, erkak. Chap chov sohasida shish paydo bo'lganligiga, unda og'riq borligiga, ayniqsa kuchangan paytda og'riqning kuchayishiga shikoyat qiladi.

Bemor 5 yil oldin shu tomondan chov churrasi bilan operatsiya qilingan. Oxirgi 3-4 oy ichida shu sohada yana shish paydo bo'lgan.

Ko'rilganda shish sohasida operatsiyadan keyingi chandiq bor. Chandiq qo'pol, 5-6 sm uzunlikda. Shish yumaloq shaklda, paypaslanganda og'riq sezadi, yumshok-elastik konsistensiyali. Perkussiyada to'mtoq tovush eshitiladi.

1. *Sizning tashxisingiz?*
2. *Davolash taktikasi?*

TEST SAVOLLARI

1. **Churra etiopatogenezidagi asosiy omillarni ko'rsating.**
 - a) *Keltirib chiqaradigan*
 - b) *Moyillik tug'diradigan*
 - c) *Tug'ma*
 - d) *Aralash*
2. **Sirpanuvchi churralarning muhim xususiyatlarini ayting.**
 - a) *Tug'ma anomaliya*
 - b) *Churra travmadan keyin rivojlanadi*
 - c) *Churra qopchasining bir devorini ichki kovak a'zo tashkil qiladi*
 - d) *Churra qisilib qolishga moyil*
3. **60 yoshdan oshgan retsidivli to'g'ri chov churrasini operatsiya qilish usullarini ko'rsating.**
 - a) *Kimbarovskiy, Jirar*
 - b) *Bassini, Pastemskiy*
 - c) *Ru-Opel*
 - d) *Rudji*
4. **30 yoshli bemorlarda retsidivli qiyshiq chov churrasini operatsiya qilish usullarini ko'rsating.**
 - a) *Kimbarovskiy*
 - b) *Bassini, Pastemskiy*
 - c) *Ru-Opel*
 - d) *Rudji*
5. **Churralarning eng xavfli asoratini ko'rsating.**
 - a) *Qisilib kolish*
 - b) *Yallig'lanish*
 - c) *Tug'irlanmaslik*
 - d) *Eventratsiya*
6. **Eng ko'p uchraydigan qisilib qolish turini ko'rsating.**
 - a) *Antegrad*
 - b) *Retrograd*
 - c) *Rixter*
 - d) *Brokka*

7. Nima sababdan qisilgan churralarni ichkariga to'g'irlash mumkin emas?

- a) Og'riqli shoq bo'lishi mumkin
- b) Qisilgan a'zo yorilib ketadi
- c) Qon ketishi mumkin
- d) Peritonitrivojlanishi mumkin

8. Qisilgan churraning eng erta yuzaga chiqadigan va ishonchli belgisi?

- a) Churraning tug'irlanmasligi
- b) Churraning taranglashishi va og'riq
- c) Yo'tal belgisining paydo bo'lishi
- d) Churra dumbogida terining taranglashishi va shish paydo bo'lishi

9. Ichak sirtmog'ining to'liq qisilishida uning keluvchi qismi rezeksiyasining uzunligini ayting.

- a) Keluvchi segmentning 45-50 sm qismi
- b) Keluvchi segmentning 30-40 sm qismi
- c) Strangulyasion egat sohasidan
- d) Keluvchi segmentning 10-20 sm qismi

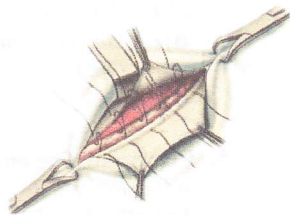
10. Ichak sirtmog'ining to'liq qisilishida uning ketuvchi qismi rezeksiyasining uzunligini ayting.

- a) Ketuvchi segmentning 45-50 sm qismi
- b) Ketuvchi segmentning 30-40 sm qismi
- c) Strangulyasion egat sohasidan
- d) Ketuvchi segmentning 15-20 sm qismi

RASMLI TESTLAR

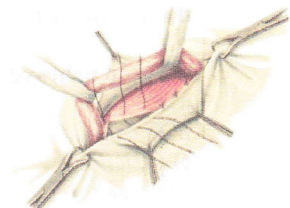
1. Quyidagi rasmda nima tasvirlangan?

- A. Chov churralari
- B. Son churralari
- C. Bassini usuli
- D. Postemskiy usuli
- E. Kimbarovskiy choki



2. Quyidagi rasmda nima tasvirlangan?

- A. Martinov usuli
- B. Sposokukotsskiy usuli
- C. Bassini usuli
- D. Postemskiy usuli
- E. Kimbarovskiy choki



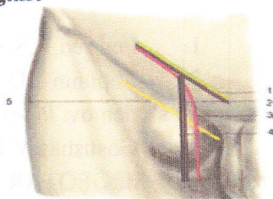
3. Quyidagi rasmda kaysi anatomik a'zo tasvirlangan?

- A. Bachadonning sariq boylami
- B. Urug' timchasi
- C. Chov boylami
- D. Tashqi kiyshiq mushak aponevrozi
- E. Churra xaltasi



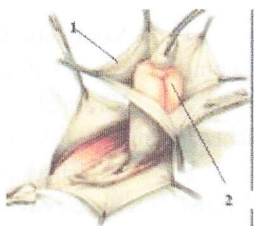
4. Quyidagi rasmda churraning kaysi turi tasvirlangan?

- A. Qiyshiq chov churrasi
- B. To'g'ri chov churrasi
- C. Son churrasi
- D. Sirpanuvchi chov churrasi
- E. Churra xaltasi



5. Quyidagi rasmda 1 raqamda nima tasvirlangan?

- A. Churra darvozasi
- B. Churra elementi
- C. Churra bo'yinchasi
- D. Churra xaltasi
- E. Mushak aponevrozi



TEST JAVOBLARI

1	2	3	4	5
D	A	C	C	A
6	7	8	9	10
A	D	B	B	D

RASMLI TESTLAR

1	2	3	4	5
E	D	B	C	D

ADABIYOTLAR RO'YHATI:

1. Karimov SH.I. Xirurgik kasalliklar T. 2005y.
2. Xirurgicheskie bolezni (Pod red. M.I.Kuzina, uceb. lit.dlya stud.medvuzov, - M.,Med, 2006; -779s.
3. Petrov S.V. Obshaya xirurgiya: Uchebnoe posobie -M.:GEOTAR - Media, 2007-767s.

Qo'shimcha adabietlar:

1. Pod red.V.S.Savelev - 50 lekcij po xirurgii. Moskva. 2004.
2. Lopuhin YU.M., Savelev V.S. Xirurgiya. Rukovodstvo dlya vrachey i studentov. Perevod s angliyskogo, dopolnennyy. M., 1998.
3. Gostishev V.K. Obshaya xirurgiya: Uchebnoe posobie dlya med.vuzov-M.:GEOTAR - Media, 2006-832s.
4. R.Konden, L.Nayhus «Klinicheskaya xirurgiya». Perevod s angl. Moskva. 1998.

Elektron adabiyotlar:

1. Xirurgicheskie bolezni (Pod red.V.S.Saveleva, A.I.Kirienko, uceb. S kompakt-diskom v 2-h tomah; - M., GEOTAR Media, 2006, -t 1-603 s.)
2. Xirurgicheskie bolezni (Pod red.V.S.Saveleva, A.I.Kirienko, uceb.s kompakt-diskom v 2-h tomah, - M., GEOTAR Media, 2006, t 2-397s.)
3. Klinicheskaya xirurgiya: nacionalnoe rukovodstvov 3-hit./ Pod.red. V.S.Savelevoy, A.I.Kirienko.-M. GEOTAR-Media, 2008.t.1,-864s. + DISK.

Internetdagi saytlar:

- <<http://www.moodle.sammi.uz>>
- <<http://medi.ru/doc/83.htm>>
- <<http://www.consilium-medicum.com/media/refer/>>
- <http://www.mediasphera.aha.ru>
- <<http://www.doktor.ru>>
- <<http://www.zyonet.>uz>>