

Ergash Qobilov, Farxod Raupov

BOLALAR XIRURGIK KASALLIKLARI

**Ergash Qobilov
Farxod Raupov**

Narkulov Jakhangir

BOLALAR XIRURGIK KASALLIKLARI

O'quv qo'llanma

«O'zbekiston milliy ensiklopediyasi»

Davlat ilmiy nashriyoti
Toshkent–2017

Tuzuvchi-mualliflar:

E. E. Qobilov – *Samarqand davlat universiteti «Hayot faoliyati xavfsizligi» kafedrası dotsenti, t.f.d.;*

F. S. Raupov – *Buxoro davlat tibbiyot instituti «UASH tayyorlash uchun xirurgiya va bolalar xirurgiyasi» kafedrası dotsenti, t.f.n.*

Taqrizchilar:

O. K. Safojev – *Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali «Bolalar jarroxligi» kafedrası mudiri, t.f.d.;*

K. M. Mirjanov – *Buxoro davlat tibbiyot instituti «UASH tayyorlash uchun xirurgiya va bolalar xirurgiyasi» kafedrası professori, t.f.d.;*

G. B. Beknazarov – *t. f. d., professor.*

Qobilov, Ergash

Q52

Bolalar xirurgik kasalliklari / O‘quv qo‘llanma. E. Qobilov.
– Toshkent: «O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti. 2017. – 320 b.

Oliy tibbiyot o‘quv yurtlarining davolash va tibbiy pedagogika fakultetlari talabalari uchun mo‘ljallangan ushbu o‘quv qo‘llanma bolalar xirurgiyasi fani bo‘yicha tayyorlangan bo‘lib, unda bolalar xirurgik kasalliklarining patofiziologiyasi, klinikasi, diagnostikasi va davolash yo‘llari batafsil bayon etilgan.

Qo‘llanmadan magistrlar, klinik ordinatorlar, bolalar xirurglari, pediatriklar ham foydalanishlari mumkin.

UO‘T 617-053.2

KBT 57.33.54.5

Bilim sohasi: Ijtimoiy ta‘minot va sog‘liqni saqlash – 500000

Ta‘lim sohasi: 510000 – Sog‘liqni saqlash

Ta‘lim yo‘nalishlari:

Davolash ishi – 5510100

Kasbiy ta‘lim – 5111000

KIRISH

Oliy tibbiy ta'limni isloh qilish va xalqimizga malakali tibbiy xizmat ko'rsatish bo'yicha ko'plab dasturlar ishlab chiqilib, islohotlar amalga oshirilmoqda. Shuningdek, O'zbekiston Respublikasining «Ta'lim to'g'risida»gi qonuni, Kadrlar tayyorlash milliy dasturi, Vazirlar Mahkamasining 1998-yil 5-yanvardagi «Uzluksiz ta'lim tizimini darsliklar va o'quv adabiyotlari bilan ta'minlashni takomillashtirish to'g'risida»gi 4-sonli va 2000-yil 24-maydagi «O'quv dasturlari, darsliklar va o'quv qo'llanmalarni qayta ko'rib chiqish va yangilarini yaratish bo'yicha respublika muvofiqlashtiruvchi komissiyani tuzish to'g'risida»gi 208-sonli qarorlari asosida yangi avlod uchun darslik va o'quv adabiyotlari yaratilmoqda. Bugungi kun talablariga javob beradigan zamonaviy darslik va o'quv qo'llanmalar ta'lim jarayonida ilg'or pedagogik texnologiyalardan foydalanish, ta'lim oluvchilarga yuqori saviyada bilim berish, dunyoqarashini kengaytirish va mustaqil fikrlash qobiliyatini oshirishni ko'zda tutadi, har tomonlama yetuk, salohiyatli mutaxassislar tayyorlashga xizmat qiladi.

Oliy tibbiyot o'quv yurtlarining davolash va tibbiy pedagogika fakultetlari talabalari uchun mo'ljallangan ushbu o'quv qo'llanma 2008-yilda O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan tasdiqlangan namunaviy dastur asosida tuzilgan bo'lib, uni tayyorlashda internet ma'lumotlaridan, xorijda chop etilgan sohaga oid ko'plab ilmiy adabiyotlardan foydalanildi. Mazkur qo'llanmadan magistrLAR, klinik ordinatorlar, bolalar xirurgLari, pediatrlar ham foydalanishlari mumkin.

I BOB. BOLALARDA TUG'MA NUQSONLAR

QIZILO'NGACHNING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Qizilo'ngachning rivojlanish embriogenezi. Qizilo'ngach anatomiyasi va fiziologiyasini bola yoshiga bog'liqligi – qizilo'ngach tug'ma nuqsonlari har 3000–4000 chaqaloqlarning birida uchraydigan tug'ma nuqson hisoblanadi. O'g'il va qiz bolalarda 1:1 nisbatda uchraydi. Kasallik VATER, VACTER sindromlari (*inglizcha – Vertebral defects, Anal atresia, Traxoesophageal fistula, Esophageal atresia, Cardiac malformatsionis so'zlarining bosh harflaridan tuzilgan bo'lib, bunda a'zolar tug'ma nuqsonining birgalikda kelishi – assotsiatsiyalari ko'zda tutilgan*) assotsiatsiyalari tarkibiga kiradi.

Embrional rivojlanishning dastlabki bosqichida (gestatsiya davri-ning 19-kunlari) qizilo'ngach va traxeya birlamchi ichakning proksimal qismidan rivojlanib, kranial yo'nalishda ajralib boradi. Birlamchi ichak nayining dorzal qismidan qizilo'ngach, ventral qismidan esa traxeya hosil bo'lib, gestatsiya davrining 26-kuniga kelib qizilo'ngach va traxeya to'liq ajraladi. Ushbu embrional rivojlanishning buzilishi natijasida qizilo'ngach – traxeya oqmalari hosil bo'ladi. Qizilo'ngach atreziyalarining shakllanishi ham gestatsiya davrining ushbu muddatlariga to'g'ri kelib, embriogeneznining murakkab jarayonlari (epitelizatsiya, vakuolizatsiya, rekanalizatsiya, formatsiya)ning buzilishi natijasida yuzaga keladi, degan g'oyalar mavjud bo'lib, qizilo'ngach atreziyalarining hosil bo'lishi to'g'risida aniq nazariya mavjud emas. Ushbu nuqsonlar homiladorlik qog'anoq suvi ko'pligi, homiladorlikning 1-trimestrida homila tushish xavfi bo'lgan onalar farzandlarida ko'proq kuzatiladi.

Qizilo'ngach ichki tomondan shilliq qavat – epiteliyal qobiq bilan qoplangan bo'lib, shilliq ishlab chiqaruvchi bezlari bor. Mushak qavati – ichki sirkulyar, tashqi prodol qavatlardan iborat. Qizilo'ngachning

seroz qobig'i bo'lmaydi. Qizilo'ngach yuqori 1/3 qismi ko'ndalang – targ'il mushaklardan iborat, pastki 2/3 qismi esa silliq mushaklardan tashkil topgan bo'lib, uning bo'vin. ko'krak va abdominal qismlari tavofut qilinadi. Bo'yin qismi hiqildoq bilan birikkan bo'lib, qalqonsimon bez va uning qontomirlari, torakal qismi aorta yoyi, aorta, traxeya, perikard bilan tutashgan, abdominal qismi esa diafragmaning qizilo'ngach teshigidan o'tib, oshqozon kardial qismi bilan tutashadi. Qizilo'ngachning shakli yangi tug'ilgan va emizikli bolalarda voronkasimon bo'lib, uning shilliq pardasi nozik, serqontomirli, mushak qatlamlari, elastik to'qimalar va shilliq bezlari yetarlicha rivojlanmagan. Yangi tug'ilgan bolalarda qizilo'ngachning uzunligi 10 sm gacha, birinchi yilning oxirida 12 sm, 5 yoshda 16 sm, 10 yoshda 18 sm, 15 yoshda esa 19 sm bo'ladi. Qizilo'ngachning vazifasi – og'iz bo'shlig'idagi luqmani oshqozonga yetkazib berish.

Me'daning sig'imi anatomik sig'imdan kichkina bo'lib, tug'ilgan chaqaloqda atigi 7 ml ni tashkil qiladi, 4-kunga borib ovqatlanish boshlangandan keyin fiziologik sig'im 40–50 ml gacha ko'payadi. 10-kunga borib 80 ml ga, keyinchalik har oyda ko'payib boradi. Shunga asoslanib N. F. Filatov 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun bir martalik ovqat sig'imini topish maqsadida quyidagi formulani taklif qiladi:

$$V = 30 \text{ ml} + 30 \text{ ml} \times p$$

Bunda: V – shu oydagi ovqat sig'imi, p – oylar soni. Bola yoshining oxirgi oylarida me'daning o'rtacha fiziologik sig'imi 250 ml ni, 3 yoshga borib 400–600 ml gacha, 4 yoshdan 7 yoshgacha sekinlashadi, 7 yoshdan boshlab yana tez kattalasha boshlaydi, 10–12 yoshda me'da sig'imi 1300–1500 ml ni tashkil qiladi.

Me'da kardial qismining shakllanishi 8 yoshda tugallanadi. Me'da tubi yetarlicha rivojlanmagan, shilliq pardasi birmuncha qalin, mushaklarning rivojlanishi o'rtacha bo'lib, me'daga kirish joyi (kardia) boshlang'ich holatda sfinkteri to'liq yopilmaydi. Qadahsimon hujayra va bezlar soni kattalarnikiga qaraganda birmuncha kam. Mana shunday gistologik tuzilishning yetarlicha darajalarga ajralmaganligi sababli ikkinchi yilning oxirigacha saqlanadi. Me'da chap qovurg'a

ostida, ya'ni pilorus o'rta chizig'i yaqinligida joylashgan. Bir yosh-gacha bo'lgan bolalarda me'da yotiq holda joylashadi, kichik botiqli-gi orqaga qaratilgan bo'ladi. Bola yura boshlagach me'da tikka (*ver-tikal*) vaziyatni qabul qiladi. Emadigan bolaning me'da mushaklari yetarlicha rivojlanmaganligi sababli, u ovqat to'ldirilishi va u yerga havo kirishi ta'sirida yengillik bilan shaklini o'zgartiradi. So'rish paytida onaning suti botiq va tarang yengillik bilan yutiladi. Mana shunday havoning yutilishi *fiziologik aerofagiya* deb ataladi. Emizik-li bola me'dasiga kirish joyi sfinkterining yetarlicha rivojlanmagan va me'da mushaklarining bo'shligi tufayli, unda tez-tez qayt qilish holati kuzatiladi. Katta bolalarda ham, shuningdek, me'da shak-li katta-kichikligi va vaziyati qorin bo'shlig'i a'zolarining holatiga, umumiy trofikaning rivojlanishiga va vegetativ nerv sistemasining kuch-quvvat darajasi (*tonusi*)ga qarab yengil o'zgaradi.

Bolada me'daning harakatlantiruvchi vazifasi 2 xil:

- 1) chuvalchangsimon harakat (*peristaltika*)dan;
- 2) me'da chiqish qismining vaqti-vaqtida ochilib-yopilishidan iborat. Me'da harakatlantiruvchi vazifasining buzilishi gipotoniya (tonusining susayishi) ko'pincha asteniklarda, ayniqsa, qiz bolalar-niing balog'atga yetish davrida ko'rinadi.

Me'da mushaklari tonusining ortib taranglashishi, nerv sistema-si qo'zg'aluvchanligi yuqori ko'tariladigan bolalarda me'daga kirish joyining tortishib qolishi shaklida uchraydi va o'qtin-o'qtin og'riqlar bo'lib turadi, emizikli bolalarda esa me'da mushaklari tonusining ko'tarilishi ko'pincha pilorospazm ko'rinishida bo'ladi. Bolaning umumiy bezovtalanishidan tashqari, fontanga o'xshab qayt qilish va tana vazni ortishining to'xtab qolishi ro'y beradi. Me'da mushaklari-niing qisqarishi qisman adashgan nerv va qisman mushaklar qavati-niing orasida kiritilgan nerv bog'lamlarining ta'siriga bog'liq. Emizik-lik yoshidagi bolalarda ovqatning turiga qarab me'daning bo'shalish muddati turlicha: ona suti bilan boqilsa 2–3 soatdan keyin, sigir suti bilan boqilsa 3–4 soatdan so'ng me'da bo'shaladi, me'dadan 1–1,5 soatdan keyin o'tib ketadi.

Qizilo'ngach atreziyasi – qizilo'ngachning tug'ma yetishmov-chiligi bo'lib, uning tug'ma berkligi natijasida yutilgan luqmaning me'daga yetib bormasligi bilan ta'riflanadi. Ko'pincha qizilo'ngach-

ning yuqori qismi ko‘r tugab, pastki qismi traxeyaga ochilgan bo‘ladi. Qizilo‘ngach atreziyasining boshqa anatomik variantlari ham uchraydi (1-rasm).

Qizilo‘ngach atreziyasi variantlari quyidagicha:

- yuqori berk, pastki qismi traxeyaga ochilgan;
- ikkala uchi berk;
- ikkala uchi traxeya (traxeya bifurkatsiyasi)ga ochilgan;
- yuqorisi traxeyaga ochilgan, pastki qismi berk;
- yuqorisi berk, pastki qismi «ipsimon».



1-rasm. Qizilo‘ngach atreziyasi variantlari (sxema).

Patofiziologiyasi. Qizilo‘ngach atreziyasida so‘lak yoki luqma (kasallik aniqlanmasidan chaqaloq oziqlantirilgan bo‘lsa) oshqozonga o‘tmaydi, yuqori nafas yo‘llariga tushib, aspiratsiya kuzatiladi. Natijada, nafas olish jarayoni buzilib, o‘pka atelektazi, aspiratsion pnevmoniya kuzatiladi. Distal qizilo‘ngach – traxeya oqmasi orqali havo va suyuqlik ikkala yo‘nalish bo‘yicha harakat qilishi mumkin, ya‘ni bemor yig‘laganda, yo‘talganda intratracheal bosim oshib, distal oqma orqali havo qizilo‘ngachga, oshqozon va ichaklarga o‘tib qolishi kuzatiladi. Qorin bo‘shlig‘ida bosim oshganda esa oshqozondagi shira fistula orqali nafas yo‘llariga o‘tishi, traxeobronxit, keyinchalik esa o‘pka atelektaziga, aspiratsion pnevmoniyaga olib kelishi mumkin.

Klinikasi va diagnostikasi. Qizilo‘ngach atreziyasi klinik belgilari chaqaloq tug‘ilishining ilk soatlaridan namoyon bo‘la boshlaydi, bemorning qizilo‘ngachi yuqori qismi, tomoq-burni shilliqqa to‘ladi, nafas harakati tufayli nafas yo‘llaridagi shilliq va havo aralashib, og‘iz-burun orqali ko‘pik tosha boshlaydi. Ko‘pikni tozalab olgandan so‘ng biroz o‘tgach yana ko‘pik tosha boshlaydi, bemor ko‘karib qolishi mumkin. Agar chaqaloq oziqlantirilgan (emizilgan) bo‘lsa, o‘qchib, ko‘karib qoladi. Qizilo‘ngach atreziyasi shakliga qarab, klinik belgilar ham o‘ziga xos kechishi mumkin. Eng ko‘p uchraydigan qizilo‘ngach atreziyasi – yuqorisi ko‘r,



2-rasm. Qizilo'ngach atreziyasi, yuqori ko'r, distal oqma turi. Kateter orqali tekshirish (rentgenografiya).

ligini hisobga olib, nafas olishning buzilishi sindromi kuzatiladigan chaqaloqlarning oshqozonini zondlash tavsiya etiladi (2-rasm).

Qizilo'ngach atreziyasini aniqlashda rentgenologik tekshiruvini o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirganda 1 ml yodolipol eritmasi kateter orqali qizilo'ngachga yuboriladi, qizilo'ngach



3-rasm. Qizilo'ngach atreziyasi, yuqori ko'r, distal oqma turi (sxema).

pastki distal oqma turida epigastral soha hamda qorin damligi kuzatilishi mumkin. Qizilo'ngach atreziyasi pastki proksimal oqmasiz turida esa qorin nisbatan puchligi kuzatiladi.

Kasallikni aniqlash uchun uchi to'mtoq, yumshoq rezina kateter bilan qizilo'ngachni kateterizatsiya qilish lozim. Kateter burun orqali 6–8 sm uzunlikda yuboriladi, u qizilo'ngach tugagan joyida turib qolishi yoki og'iz bo'shlig'iga qaytib chiqishi mumkin. Kateterdagi shilliq so'rib olinib, havo yuboriladi, havo shovqin bilan tashqariga qaytib chiqsa, qizilo'ngach atreziyasi borligi tasdiqlanadi (*Elefant sinamasi* musbat). Qizilo'ngach atreziyasini erta diagnostikasi muhim-

ligini hisobga olib, nafas olishning buzilishi sindromi kuzatiladigan chaqaloqlarning oshqozonini zondlash tavsiya etiladi (2-rasm). Qizilo'ngach atreziyasini aniqlashda rentgenologik tekshiruvini o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirganda 1 ml yodolipol eritmasi kateter orqali qizilo'ngachga yuboriladi, qizilo'ngach atreziyasi yuqori qismi ko'r tugaganda kontrast moddaning qizilo'ngachda turib qolganligi (3-rasm), yuqori qismi traxeyaga ochilgan bo'lsa, kontrast moddaning nafas yo'llariga o'tib ketganligi kuzatiladi (4-rasm). Undan tashqari, qizilo'ngach atreziyasida qorin bo'shlig'ida havo borligi pastki distal oqma turi borligini (3-rasm), qorin bo'shlig'i go'ng bo'lishi esa, pastki distal qismi nafas yo'llariga ochilmaganligidan darak beradi. Undan tashqari, chaqaloqda VATER yoki

VACTER assotsiatsiyalari bo'lishi mumkinligini hisobga olib, yurak va nafas olish a'zolari soyalariga ham e'tibor berish lozim.

Davolash. Qizilo'ngach atreziyasi bilan tug'ilgan chaqaloq hayotini faqat operativ muolaja saqlab qolishi mumkin. Tug'uruqxonadayoq chaqaloqni operatsiyaga tayyorlash jarayonini boshlash lozim. Bunday vaziyatda chaqaloqning og'iz-burnini tez-tez (har 15–20 daqiqada) aspiratsiya qilib turish kerak. Maxsus guruh kuzatuv ostida bemorni zudlik bilan ixtisoslashgan markazga ko'chirish lozim. Operatsiya old tayyorgarligi umumiy vaqti gemodinamika, gomeostaz, nafas olishni buzilishi va dehidratatsiya darajasiga bog'liq. Aspiratsiya bo'lganda, nafas yetishmovchiligi, aspiratsion pnevmoniya belgilari ko'zga yaqqol tashlanganda laringoskopiya qilinib, nafas yo'llari tozalanishi, kerak bo'lsa narkoz ostida traxeyani intubatsiya qilish yoki bronxoskopiya qilib, nafas yo'llarini tozalash lozim. Chaqaloqni kyuvezda saqlash, antibakterial, infuzion, simptomatik terapiya o'tkazish lozim.



4-rasm. Qizilo'ngach atreziyasi, ikkala uchi ko'r. Kateter orqali tekshirish (rentgenografiya).

Bemorni operativ davolash usuli va vaqti, qizilo'ngach atreziyasining shakli bemor umumiy ahvoliga qarab belgilanadi. Qizilo'ngach atreziyasining eng ko'p uchraydigan yuqori ko'r, distal oqma turida umumiy intubatsion narkoz ostida torakotomiya qilinib, oqma bartaraf etiladi. Diastaz 1,5–2,0 *sm* gacha bo'lganda qizilo'ngach uchlari bir-biriga ulanadi (5-rasm), masofa uzoqroq bo'lganda esa yuqori qismi bo'yin oldidan chiqariladi, bo'yin ezofagostomiyasi qilinadi, oshqozonga Kader usulida gastrostoma qo'yiladi (6-rasm). Chala tug'ilgan, umumiy ahvoli og'ir baholangan chaqaloqlarga avval gastrostoma qo'yiladi, ahvoli yaxshilangach esa ikkinchi bosqich bilan ezofagostoma qo'yiladi. Intensiv davo davom ettiriladi, anastamoz qo'yilgan taqdirda – oshqozonga anastamoz orqali tushirilgan zond orqali, gastrostoma qo'yilganda esa, gastrostoma orqali oziqlantiriladi.



5-rasm. Qizilo'ngach uchlari bir-biriga ulanishi (sxema).



6-rasm. Ezofogostoma. Gastrostoma (sxema).

Operatsiyadan so'ng 6–7-kuni anastamoz holini aniqlash uchun 1–2 ml kontrast modda og'iz orqali ichiriladi, anastamoz o'tkazuvchanligi, kontrast modda anastamoz atrofiga tarqalishi kuzatiladi. Asoratlar kuzatilmasa emishga ruxsat etiladi, 2–3 haftadan so'ng ezofagoskopiya qilish tavsiya etiladi. Anastamoz sohasida torayish kuzatilsa, № 22–24 bujlar bilan bujlash lozim. Operatsiyadan so'ng 1 yilgacha bemor dispanser nazoratida bo'ladi. Bemorda kardial jom, qizilo'ngach-oshqozon yetishmovchiligi, tungi regurgitatsiya, qayt qilish, qaytalanuvchi pnevmoniya, ba'zan esa bemor tovushining xirillashi (*n. rekkurens vagus* jarohati tufayli) kuzatilishi mumkin.

Agar bemorga ezofago-gastrostoma qo'yilgan bo'lsa, 2–3 oyligidan 3 yoshgacha operatsiyaning ikkinchi radikal bosqichi – qizilo'ngach yo'g'on ichak hisobidan plastika qilish tavsiya etiladi. Qizilo'ngach plastikasida transplantat sifatida chambar ichak qismidan (7-rasm) tashqari, ingichka ichakdan (8-rasm), oshqozondan silindr yasash, oshqozon qismini yuqoriga ko'tarish usullari ham mavjud.



7-rasm. Qizilo'ngachni yo'g'on ichak hisobidan plastika qilish (sxema).

Qizilo'ngach atreziyasining plastikasida bir qator asoratlar ham kuzatiladi, ulardan eng jiddiysi transplantatda

qon aylanishining buzilishidir. Oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi natijasida yallig'lanishi, yara hosil bo'lishi kuzatiladi. Anastamoz stenozi, choklar sitilishi ham kuzatiladi.

Tug'ma qizilo'ngach-traxeya oqmalari qizilo'ngachning kam uchraydigan nuqsoni bo'lib, 3–4 % ni tashkil etadi. Oqma, ko'pincha yuqorida VII bo'yin yoki I ko'krak umurtqasi sohasida bo'ladi. Oqma diametri, ko'pincha 2–4 mm bo'lib, qiyshiq yo'nalishda, qizilo'ngach old qismidan traxeyaning membranali qismiga qarab yo'nalgan bo'ladi. Oqma hiqildoqdan boshlab, traxeya bifurkatsiyasigacha bo'lishi mumkin (9-rasm).



8-rasm. Qizilo'ngach plastikasida transplantat sifatida ingichka ichakdan foydalanish (sxema).



9-rasm.

Tug'ma qizilo'ngach-traxeya oqmalarining 3 xil turi farqlanadi:

- a) tor va uzun;
- b) qisqa va keng;
- d) juda keng, ya'ni traxeya va qizilo'ngach orasi katta qismida devor yo'qligi kuzatiladi (sxema).

Klinikasi va diagnostikasi.

Tug'ma qizilo'ngach-traxeya oqmalari klinik belgilarining namoyon bo'lishi oqma diametri va ochilish burchagiga bog'liq bo'lib, ko'pincha oziqlantirilayotgan bemorda yo'talish va sianoz

kuzatiladi. Ushbu klinik belgilar bemor gorizontal holatda bo'lganligida yaqqol namoyon bo'ladi. Tor va qisqa oqmal bemorlarda vertikal holatida ushbu klinik belgilar ko'rinishi susayadi. Keng va kalta oqmalar klinik belgilari bemorning vertikal holatida ham yaqqol namoyon bo'lad. Bunda bemor nafas yo'llarining yallig'lanishi, o'pka atelegtazi, pnevmoniya asoratlari kuzatiladi.

Tug'ma qizilo'ngach-traxeya oqmalari diagnostikasi murakkab hisoblanadi, xususan tor va uzun shakllarda. Bemorni tekshirish rentgenoskopiya va traxeoskopiya dan foydalaniladi. Bemor rentgenologik tekshirish vaqtida gorizontal, tepaga qaragan holatda ekran ostiga yotqiziladi. Qizilo'ngach boshlang'ich qismiga zond yuborilib, zond orqali suvda eruvchi kontrast modda yuboriladi, kontrastning traxeyada bo'lishi oqmadan darak beradi. Ushbu usul yordam bermasa, traxeobronxoskopiya dan foydalaniladi, oqma yorig'i traxeyaning orqa devorida aniqlanadi.

Tug'ma qizilo'ngach-traxeya oqmalari differensial diagnostikasi – qizilo'ngach atreziyasi, kardioaxalaziya, qizilo'ngach-oshqozon reflyuksi, qizilo'ngach torayishi, chaqaloq tug'uruq ichidan olgan bosh miya jarohatidan so'nggi disfagiya, markaziy nerv tizimi bilan bog'liq disfagiya bilan qiyoslanadi.



10-rasm. Qizilo'ngach-traxeya oqmalarini bartaraf etish (sxema).

Davolash – faqat operativ. Operatsiya old tayyorgarligi traxeobronxial daraxt sanatsiyasi va aspiratsion pnevmoniyani davolashdan iborat. Bemor faqat oshqozonga tushirilgan zond orqali oziqlanishi lozim. Umumiy og'riqsizlantirish ostida, o'ng bo'yin yoki orqa-yon torakotomiya yo'li bilan mediastinumga kirilib, oqma yo'li topilib, ajratilib, kesib tikilib bartaraf etiladi (10-rasm).

Qizilo'ngach stenoz tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin. Tug'ma qizilo'ngach stenozlari birlamchi ichak embriogenezi

jarayonida vakuolizatsiya va rekanalizatsiya jarayonlarining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Orttirilgan qizilo'ngach stenozlari qizilo'ngach kuyishi, jarohatlanishlarida chandiqlanish jarayonining noto'g'ri davolanishi natijasida kelib chiqadi.



11-rasm.
Qizilo'ngach stenozida toraygan soha va «kolbasimon» kengayish. Kontrastli rentgenografiya.

K l i n i k a s i. klinik belgilar namoyon bo'lishi stenoz darajasiga bog'liq. Shuning uchun chaqaloq ona suti yoki ona sutiga yaqinlashtirilgan aralashmalar bilan oziqlantirilganda muammo bo'lmasligi mumkin. Qo'shimcha ovqat, dag'al aralashmalar berilishi bilan quyidagi klinik belgilar namoyon bo'la boshlaydi:

Disfagiya – vazn yo'qotish-oriqlash; dag'al ovqat o'tishi qiyinlashadi, stenoz darajasi kuchayganda bemor suyuqlikni ham yuta olmasligi mumkin.

D i a g n o s t i k a s i. Ezofagoskopiya va oshqozon-ichak traktini kontrastli tekshirish natijasida aniqlanadi (11-rasm).

Davolash. Bujlash, yordam bermasa, operativ bo'ylamasiga kesilib, ko'ndalangiga tikiladi. Zond oshqozonga o'tkaziladi (12-rasm).



12-rasm. **Qizilo'ngach stenozida toraygan soha bo'ylamasiga kesilib, ko'ndalangiga tikilishi (sxema).**

Qizilo'ngach axialaziyasi – grekcha so'zdan olingan bo'lib, «a» – inkor,

«xalazio» – bo'shalish ma'nosini anglatadi, qizilo'ngachdan luqmani oshqozonga o'tishi buzilib, turib qolishi natijasida qizilo'ngach dilatatsiyasi (kengayishi) kuzatiladi. Kardiospazm, qizilo'ngach idiopatik kengayishi, mezoezofagus nomi bilan ham yuritiladi. Kasallik, asosan, 8–9 yoshdagi bolalarda kuzatiladi, lekin erta yoshdagi bolalarda ham kuzatilishi mumkin.

Morfologik tekshirishlar natijasida, ushbu kasallik asosida qizilo'ngach mushaklari orasidagi nerv gangliyalari yetishmovchiligi yotishi aniqlandi. Nuqson, ko'proq kardial jom atrofida sezilarli

bo'ladi, lekin qizilo'ngachning hamma qismida ham kuzatilishi mumkin. Natijada, qizilo'ngach yuqori qismlari mushak qavati tonusi va motorikasi o'zgaradi.

Klinikasi va diagnostikasi. Kasallikning asosiy belgilari – regurgitatsiya va disfagiya. Bemor dag'al ovqat yeganda tiqilish hissi va qusish yuzaga keladi. To'sh sohasida og'riq, bosim hissi, bezovtalik kabi hollarni bolalar aniq ayta olmasliklari ma'lum bir qiyinchiliklar tug'diradi. Qusuq massalarida, asosan, chaynab yutilgan ovqat qoldiqlari bo'lib, oshqozon shirasi aniqlanmaydi. Bemor ovqatlanganda tiqilib qolmaslik uchun ovqatni ko'p chaynab yutadi, ovqat ustidan ko'p suyuqlik ichadi, tez-tez yutinadi. Ba'zida shifokorlar bemorning ushbu holatini noto'g'ri talqin qilib, kasallikni ruhiy kasallik bilan ham bog'laydilar. Bemor yaxshi oziqlanmasligi sababli ozib ketadi, uyqusida regurgitatsiya bo'lishi natijasida aspiratsiya, aspiratsion pnevmoniya kuzatiladi.

Qizilo'ngach axialaziyasini diagnostikasida rentgenologik tekshirish, ezofagoskopiya qo'llaniladi. Kontrast modda bilan tekshirish asosiy vosita hisoblanadi, bariy qizilo'ngachni ma'lum darajada to'ldirib turadi, me'daga o'tmasligi, yoki xuddi qizilo'ngachdan siqib chiqarilayotgandek iz hosil qilishi mumkin. Normada ham kardial jom toraygandek ko'rinadi, lekin ushbu hol dinamik xarakterga ega. Axalaziyaning muhim belgilaridan biri – bu qizilo'ngachning kengayib ketganligidir. Luqma yutilgandan keyin ham jom ochilmaydi yoki qisman torayishi kuzatiladi. Rentgenkimografiyada qizilo'ngach axialaziyasi belgilari aniq va tasvirli ko'rinadi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kengayganligi, burmalar ko'pligi, och qorinda ko'rilganda ham ovqat qoldiqlari borligi ko'rinadi. Ezofagoskop naychasi, buj qarshilgisiz oshqozonga o'tib ketadi.

Qizilo'ngach axialaziyasining differensial diagnostikasi qizilo'ngach tug'ma yoki orttirilgan stenozi, kalta qizilo'ngach, tug'ma va orttirilgan o'smalar bilan qiyoslanadi.

Davolash. Axalaziya turli dori-darmonlar bilan davolash hech qanday natija bermaydi, kardiodilyatatorlarni bolalarda qo'llash ruhiy va texnik qiyinchilik bilan kechishi, tez-tez takrorlab turish kerakligi tufayli qo'llanilmaydi. Elastik bujlar bilan bujlash ham vaqtinchalik samara beradi, shuning uchun u keng qo'llanilmaydi.

Xeller operatsiyasi eng yaxshi xirurgik davolash usuli hisoblanadi va chap plevra bo'shlig'i orqali o'tib bajariladi. Bunda shilliq qavatdan tashqarida kardiomiometriya qilinadi. Kardiomiometriya qizilo'ngachning kengaygan joyidan kesishdan boshlanib, kardiya orqali me'dagacha davom ettiriladi. Mushaklar kesilgandan keyin tomonlarga ajratiladi, bunda shilliq qavat bo'rtib chiqadi (13-a va b rasmlar).



13-a va b rasmlar. a) Xeller operatsiyasi; b) qo'shimcha ezofagokardiofundoplikatsiya (sxema).

Operatsiyadan so'ng bemorda patologik alomatlar yo'qolib, bemaol ovqatlana boshlaydi.

So'nggi vaqtlarda Xeller operatsiyasiga qo'shimcha ezofagokardiofundoplikatsiya qilinmoqda, ya'ni kesilgan joyga me'da devori olib kelib tikiladi (13-b rasm). Bu kardiyaning chandiqlanishini oldini olib, operatsiya natijalarini yaxshilanishiga olib keladi.

Tug'ma kardiya xalaziyasi yoki kardiyaning ochilib turishi birinchi marotaba alohida kasallik sifatida 1947-yilda kashf etilgan. Ushbu normada kardiya yopiq holda bo'ladi, uning ochilishi reflektor ravishda ovqat luqmasi yutilib o'tayotganda bo'ladi. Kardiya faoliyatining yetishmovchiligi chaqaloq hayotining 5–7 haftasigacha fiziologik hisoblanib, keyinchalik bartaraf bo'ladi. Chaqaloqlarda me'da-qizilo'ngach refluksining bo'lishi anatomo-fiziologik yetishmovchilik deb qaraladi. Kardiya yetishmovchiligida bola yig'laganda, kuchanganda qorinda bosim oshib, me'dadan ovqatning bemalol orqaga qaytishi kuzatiladi. Doimiy bo'lib turadigan me'da-qizilo'ngach refluksi, me'dadagi kislotali ovqatning qizilo'ngach shilliq qavatiga yemiruvchi ta'sir qilib, peptik ezofagit hosil bo'lishiga olib keladi. Qizilo'ngach teshigi churrasi, kalta qizilo'ngachda uchraydigan kardiya xalaziyasi belgilari kardial jom anatomiyasi buzilishi hisobidan bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Xalaziya tez-tez qusish bilan kechadi. Bola tug'ilishining birinchi kunidan ovqatlantirilganda va ovqatlantirilgandan so'ng qusadi. Qusuq tarkibi, asosan, ivigan sut

bo'ladi. Ona sutini emgan zahoti qussa sut o'zgarmagan ham bo'lishi mumkin. Qusuq tarkibida qon bo'lishi ham mumkin, natijada, bolada kamqonlik kuzatiladi. Qusish bir necha oy davom etsa, bola ozib ketishi, unda aspiratsiya bo'lishi yoki aspiratsion pnevmoniya rivojlaniishi mumkin. Bemorni tekshirishda rentgenologik va ezofagoskopiya qilish muhim rol o'ynaydi. Rentgenologik tekshirganda bemorga kontrast ichirilib, Tredelenburg (tizzatirsak) holatida yon tomondan rentgenografiya qilinadi. Ezofagiyada, asosan, peptik ezofagit belgilari aniqlanadi.

Xalaziyani differensial diagnostikasi tug'ma kalta qizilo'ngach, qizilo'ngach stenozi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi, pilorostenoz, pilorospazm, chaqaloq tug'uruq vaqtida olgan bosh miya jarohatidan so'nggi qusish bilan qiyoslanadi.



14-rasm. Kanshin usulida fundoplikatsiya va piloroplastika (sxema).

Davolash. Bolalarda kardiya xalaziyasi, asosan, konservativ davolanadi. Buning uchun bolani ovqatlantirish vaqtida, ovqatlangandan so'ng doim vertikal holatda ko'tarib turish kerak. Konservativ davo samarasiz bo'lganda operativ davo qo'llaniladi (14-rasm). Oshqozon kardial qismidan manjehta hosil qilish natijasida antireflyuks mexanizm hosil qilinadi.

Tug'ma kalta qizilo'ngach kasalligi tug'ma nuqson hisoblanadi. Morfologik jihatdan qizilo'ngachning distal qismi me'da shilliq qavati bilan qoplangan bo'ladi. Kasallik oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi bilan kechadi, kasallik braxoezofagus, ko'krakdagi me'da, joyiga tushmagan me'da, deb ham yuritiladi.

Ular 2 xil asoratlanadi:

1 yarali ezofagit natijasida striktura berishi;

2 peptik yarali ezofagit natijasida ikkilamchi qismining bo'lmasligi.

Kasallik kelib chiqishining sababi embrional rivojlanish davrining birinchi oyi oxirida me'da ko'krak qafasida joylashgan, ikkinchi oyning oxirida esa qorin bo'shlig'iga tushishi lozim, jarayonning buzilishi, qizilo'ngach distal qismi shilliq qavatining me'da shilliq qavati bilan qoplanishi kasallikka sabab bo'ladi (15-rasm).



15-rasm. Oshqozon kardial qismi diafragmadan yuqorida (sxema).

Klinikasi va diagnostikasi. Bemor anamnezidan qusish sindromi kuzatiladi. Qusish sindromi chaqaloq tug'ilgan kundan to bir oylik bo'lguniga qadar boshlanadi. Keyinchalik, kasallikning klinik belgilari ikkilamchi torayish bor yoki yo'qligiga bog'liq bo'ladi. Qusish bemor ovqatlanganda, yig'laganda, gorizontal holatda yotganda boshlanadi. Qusuq tarkibida non uvoqlarini ko'rish mumkin. Peptik yarali ezofagitdan keyin ikkilamchi torayish kuzatiladi. Kasallikni aniqlash uchun oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi borligini aniqlash kerak. Buning uchun bemorni kontrast modda berib Tredelenburg (tizzatirsak) holatida tekshirish talab etiladi. Reflyuks bo'lsa kontrast modda qizilo'ngachga o'tishi kuzatiladi (16-rasm). Ezofagoskopiya shilliq qavatda fibrin qoplamalari, yaralar, eroziyalar ko'rinadi. Peptik yaralarning chandiqlanishi natijasida hosil bo'lgan stenozlar aniqlanadi.

Davolash — xirurgik muolajani talab qiladi, Kanshin yoki Nissen usulida fundoplastika qilinadi (17-rasm). Peptik stenoz bo'lganda esa fundoplastika gastrostoma bilan birgalikda qilinib, stenoz sohasi bujlanadi.

16-rasm. Tredelenburg holatida tekshirish. Oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi.



17-rasm. Nissen usulida fundoplastika va piloroplastika.

BOLALARDA O'PKA VA BRONXLARNING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Bolalarda o'pka va bronxlar rivojlanish nuqsonlari va anomaliyalari – embrional rivojlanish davrining ikki bosqichida noto'g'ri shakllanishi natijasida yuzaga keladi, ya'ni gestatsiya davrining 3–6 haftasi oralig'ida birlamchi ichakdan traxeya divertikuli ajralishi va shakllanishining buzilishi; gestatsiya davrining 6–16 haftasi oralig'ida distal bronxlarning hosil bo'lishi va shakllanishining buzilishi natijasida o'pka-bronx tizimida tug'ma nuqson hamda anomaliyalar vujudga keladi. Chaqaloq va kattalar nafas olish a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasida o'ziga xos bo'lgan farqlar mavjud. Nafas yo'llarining hilpillovchi epiteliy bilan qoplanishi gestatsiya davrining 6–16 haftasiga to'g'ri keladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda havo almashinuvi respirator bronxiolalarning shingilsimon xaltachasida kechadi. Nafas olish a'zolarining anatomik strukturasi shakllanishi (bronxiolalar, alveolyar, yo'lakchalar, alveolyar daraxt) bola hayotining 18-oyigacha davom etadi. Postnatal rivojlanishi davomida 20 *mln* alveola bilan tug'ilgan chaqaloqning alveolalari soni 8 yoshligida 300 *mln* atrofida bo'ladi. Chaqaloq traxeyasi bola vazni va o'pka hajmiga nisbatan noproportional bo'lib, qisqa va keng bo'ladi. Rivojlanishning keyingi bosqichlarida o'pka hajmi qariyb 30 martaga kattalashadi. Shuning uchun bolalarda nafas yo'llarining yallig'lanishi, xususan distal qismlarining yallig'lanishi bronxiolit va o'pka shishi tez rivojlanadi.

Chaqaloq ko'krak qafasi kattalar ko'krak qafasidan shakli bilan farq qiladi, kattalarning ovalsimon shaklli ko'krak qafasiga nisbatan ularning ko'krak qafasi doira shaklini eslatadi, bu esa ko'krak ekskursiyasi imkoniyatlarini chegaralaydi. Ularda qovurg'a ikki, ya'ni tog'ay va suyak qismdan iborat. Qovurg'alar gorizontal joylashgan bo'lib, qovurg'a tog'aylari to'sh suyagi bilan bir tekislikda yotadi. Qovurg'alar nisbatan elastikligi, qovurg'alararo mushaklarning funksional imkoniyatlari chegaralanganligi nafas olganda va nafas chiqarganda nafas hajmini to'liqligini ta'minlay olmaydi. Nafas olish, nafas hajmi asosan diafragmaning ekskursion faoliyati bilan bog'liq bo'ladi. Shuning uchun chaqaloqlarda abdominal xirurgik

muolajalar, ichaklar parezi nafas olish faoliyatiga tez va nojo'ya ta'sir qiladi.

Ageneziya va aplaziya. O'pkaning yoki bir vaqtning o'zida bosh yoki drenajlovchi bronxning yo'qligi ageneziya deyiladi.

Aplaziya deganda esa, shakllangan yoki rudimentar bosh bronx borligi butun o'pkaning yoki uning bir qismi yo'qligi tushuniladi. Ikki tomonlama o'pka ageneziasini yoki aplaziasini bilan tug'ilgan bolalar hayot kechira olmaydi. Bu nuqsonlar boshqa rivojlanish norasolliklari bilan birga (yurakning tug'ma nuqsonlari, qizilo'ngach atreziyasi, diafragma churrasi, Botalloff yo'lining bitmay qolishi) uchraydi. Ageneziya bilan kasallangan bemorlarda o'limning sababi o'pka infeksiyasi hisoblanadi. O'ng o'pkasida ageneziya rivojlangan bolalar o'limi ko'proq kuzatiladi. Chunki chap o'pkada yallig'lanish jarayoni tez rivojlanadi. Ba'zi kuzatishlarga ko'ra o'pka ageneziasini bilan tug'ilgan bemorlar uzoq umr ko'rishi ham mumkin. O'pka nuqsonining klinik ko'rinishi birlamchi pnevmomerlar bo'linishining to'xtash darajasi bilan aniqlanadi. O'pka ageneziasining klinikasida ko'ks a'zolarining surilishi natijasida yurak va nafas faoliyatining buzilishlari kuzatiladi. Bemor hansirashdan shikoyat qiladi. Ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasida asimmetriya (nafas olganda shu yarmining orqada qolishi kuzatiladi), ko'ks a'zolari o'pkaning nuqsoni rivojlangan tomonga suriladi. Yurak bu holatda vertikal o'q atrofida buralgan bo'ladi.

Sog'lom o'pka kengaygan ko'krak qafasining ikkinchi yarmiga o'tadi va mediastinal churrani hosil qiladi. Mediastinal churra ustida ko'krak qafasining yuqorigi va medial qismlarida nuqsonli rivojlangan o'pka tomonda nafas shovqinlari eshitiladi.

D i a g n o s t i k a s i – klinik, rentgenologik va bronxoskopik tekshiruv natijalarga asoslanib qo'yiladi. Ularning ichida bronxoskopiya, bronxografiya, angiopulmonografiya, kompyuter tomografiya (KT) va magnit-rezonansli tomografiyasi (MRT) muhim o'rin tutadi. Rentgenologik tekshirilganda (qovurg'alararo) kasallangan tomonga qovurg'alar oralig'ining torayishi, diafragma pardasi yuqori joylashgani, ko'krak qafasining shu sohasi qorong'ilashgani kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishda klinik belgi sog'lom o'pkani ko'krak qafasining ikkinchi yarmida tasdiqlanadi (1-rasm).

● O'pka ageneziasini bronxoskopiya qilganda bosh bronx va traxeya bifurkatsiyasi yo'qligi ko'riladi. O'pka aplaziyasida bifurkatsiya va diametri toraygan bosh bronx aniqlanadi (bronxoskopiya). Bronxografiya tekshiruvida o'pka ageneziasiga xos hamma belgilar aniqlanadi. O'pka ageneziasi yoki aplaziyasi deb tashxis qo'yilgan bemorlar uzoq vaqt dispanser kuzatuvida bo'lishlari kerak.

● **O'pka gipoplaziyasi.** O'pka gipoplaziyasi o'pka hamma elementlarining rivojlanishdan orqada qolishidir (o'pka parenximasi va qontomir, bronxlar). Butun o'pka, o'pka bo'lagi, segment gipoplaziyasi farqlanadi. Gipoplaziya bir va ikki tomonlama bo'ladi. Bir-ikkita segment gipoplaziyasi klinik ko'rinishda yaqqol kechmaydi. Faqat profilaktik tekshirish paytida to'satdan aniqlanadi. Infeksiya qo'shilgan hollarda klinik ko'rinishi rivojlanadi. Klinikasi bronxoektatik kasallikka o'xshash bo'ladi. Butun o'pka gipoplaziyasining klinik ko'rinishi boshqacha bo'lib, asosan, u yashirin yoki aniq nafas yetishmovchiligi bilan kuzatiladi.

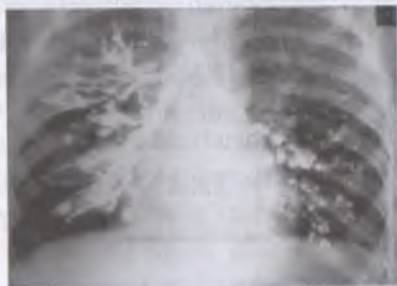
● **Butun o'pka gipoplaziyasi.** Bemorni ko'rganda ko'krak qafasida assimetriya, ayniqsa, orqadan qaraganda aniq ifodalangan bo'ladi. Bu orqa assimetrik simptomi deyiladi. Bu simptom faqat butun o'pka gipoplaziyasida emas, balki o'pka ageneziasida, tug'ma yoki orttirilgan massiv o'pka aplaziyasida o'tkazilgan pulmonektomiyadan keyin ham uchraydi. Perkussiyada gipoplaziyaga uchragan o'pkada perkutor tovush qisqarganligi aniqlanadi. Ko'ks oralig'ida kasallik o'pka tomonga surilgan bo'ladi. Nafas yetishmovchiligi alomatlari tashqi tomonda tinch turganda va ko'p bo'lmagan fizik zo'rayishda o'zgarmasligi mumkin. Nafas olish faoliyatini chuqurroq tekshirilganda yurak qontomir va nafas yetishmovchiligi borligi aniqlanadi. Shuning uchun bunday bolalarni sog'lom bolalar deb ayta olmaymiz. Yuqorida o'pka gipoplaziyasining quruq turi haqida fikr yuritildi. Klinik kechishining boshqa turi yaxshi rivojlanmagan bronx va ulardagi yiring bilan bog'liq. Bunday bemorlarda kasallikning klinik kechishi bronxoektatik kasallikning klinik ko'rinishidan farq qilmaydi. Balg'am bilan yo'tal davriy xususiyatga ega.

Bo'lak gipoplaziyasi o'pka bo'lagi gipoplaziyasining klinik ko'rinishi, asosan, bo'lakda yiring bor yoki yo'qligi bilan bog'liq. Agar yiringlanish bo'lmasa, o'pkaning gipoplaziyaga uchragan bo'la-

gi uzoq vaqtgacha bilinmaydi. Faqat rentgenologik tekshiruvda yoki operatsiya paytida tasodifan ma'lum bo'ladi. Bemorda gipoplaziyaga uchragan bo'lakda perkutor tovushning qisqarishi, nafasning susayishi aniqlanadi va ko'ks oraliq'ining kasal tomonga siljishi kuzatiladi. Rentgenografiyada gipoplaziyaga uchragan o'pka tomonda o'pka maydonining bir xil qorayishi, yurak va diafragma soyasining qo'shili-shi bilan birga kuzatiladi. Zararlangan tomonda ko'ks oraliq'ining surilishi, qovurg'alar orasining torayishi aniqlanadi. Ba'zan mediastinal churra aniq ko'rinadi (1-rasm). Bronxoskopiyada asosiy bo'lak ustunidan yoki segmentar bronxlardan normal yoki anomal ketuvchi bronxlarning birday torayishi va to'mtoq tamom bo'lishi aniqlanadi. Yallig'lanishda bo'lsa, endobronxitga xos ko'rinish kuzatiladi.



1-rasm. O'ng o'pka gipoplaziyasi.



2-rasm. O'pka kistoz gipoplaziyasi.

Bronxografiyadagi ko'rinish bosh bo'laklar va segmentar bronxlar gipoplaziyasining darajasiga bog'liq bo'ladi. O'pka gipoplaziyasida deformatsiyalangan va qisqargan bo'lak, segmentar bronxlar aniqlanadi. Bronxlar soni normaga to'g'ri kelmaydi.

Angiopulmonografiyada gipoplaziyaga uchragan o'pkaning qon-tomir sistemasining norasoliklari aniqlanadi. Ba'zan gipoplaziya tashxisi operatsiya paytida olingan o'pka sohasini gistologik tekshirgandan keyin qo'yiladi.

D a v o l a s h. Yaxshi rivojlanmagan o'pkada yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmasa, bemor davolashga muhtoj emas. Rudimentar o'pkaga yiringli yallig'lanish o'zgarishlari qo'shilsa, uni olib tashlashga to'g'ri keladi. O'pka gipoplaziyasi bilan og'rigan bolalar doimo dispanser kuzatuvida bo'lishi kerak.

Traxeal bronx – bronxlarning ajralish normasiga kiradi. Bo‘lak yoki segmentar bronx to‘g‘ridan to‘g‘ri traxeyadan ajraladi. Traxeal bronxning bir qancha tasnifi qabul qilingan. Ko‘proq qo‘llanadigan aralash va yuqori komplekt traxeal bronxga bo‘linishi hisoblanadi. Aralash deganda normal bronx ajralish joyining atipikligi tushuniladi. Masalan, o‘ng yuqori bo‘lak to‘g‘ridan to‘g‘ri traxeyadan ajraladi, bunda o‘pkadagi bronxlar soni normal qoladi. Yuqori komplektli traxeal bronxda butun o‘pkada, bo‘lakda yoki segmentda qo‘shimcha bronx bo‘ladi. Bu ham to‘g‘ridan to‘g‘ri traxeyadan ajraladi. Traxeal bronx tipik klinikaga ega emas. Klinik ko‘rinishi, asosan, o‘pka to‘qimasidagi o‘zgarishlarga bog‘liq. Traxeal bronxda bronxologik tekshirishga asoslanib tashxis qo‘yiladi. Bronxoskopiya to‘g‘ridan to‘g‘ri traxeyadan ajraluvchi qo‘shimcha bronx ravog‘i aniqlanadi. Bronxoskopiya traxeal bronxni aniqlagandan keyin topilgan nuqsonni to‘liq isbotlash uchun bronxografiya va angiopulmonografiya o‘tkazish zarur.

TRAXEOPULMONOMALYATSIYA

(Mune – Kun sindromi)

Traxeopulmonomalyatsiya (*traxeopulmonomegaliya*) – traxeya va bronxlarning mushak va elastik elementlari to‘liq rivojlanmasligi natijasida bronx va traxeyalarning ulkan kengayishi. U kam uchraydigan tug‘ma rivojlanish nuqsoni hisoblanadi. Nuqson yana traxeya kengayishsiz, bosh va bo‘laklar bronxi kengayishi bilan kuzatilishi mumkin. Ba‘zan mayda bronxlarning kista turidagi kengayishi ham kuzatiladi.

Klinikasi – asosan, traxeya, bronx kengayishi darajasiga va yiringli infeksiya ko‘rinishiga bog‘liq bo‘ladi. Keng zararlanishlarda oqarish, nafas yetishmovchiligi, yuzda ko‘karish, yiringli balg‘am bilan yo‘tal, doimiy haroratning ko‘tarilishi kuzatiladi. Eshitib ko‘rganda zararlangan tomonda nafas olish susaygan, nam xirillashlar eshitiladi. Perkussiyada perkutor tovushning qisqarganligi aniqlanadi. Ko‘ks oraliq‘ining surilishi o‘pka parenximasidagi o‘zgarish darajasiga va zararlanish hajmiga bog‘liq. Ko‘krak qafasining zararlangan tomoni nafas olishdan orqada qoladi. Qon tahlilida gemoglobin pa-

sayganligi aniqlanadi. Traxeobronxomalyatsiyada rentgenologik tekshirish usullariga va klinik ko'rinishga asoslanib tashxis qo'yiladi. Rentgenografiyada o'pka parenximasidagi o'zgarish bronx qon tomirining kengayishi va kuchayishi aniqlanadi. Tomografiya tashxisni tasdiqlaydi. Bronxografiya, bronxoskopiya va angiopulmonografiya kasallik haqida tushunchani kengaytiradi.

Davolash. Traxeobronxomalyatsiya, asosan, konservativ davolanadi. Bunga umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, yallig'lanishga qarshi davolash va traxeobronxial daraxtni to'liq sanatsiya qilish kiradi. Chegaralangan turlarda operatsiya qilish mumkin.

Lobar emfizema – o'pkaning tug'ma bo'lak emfizemasi. O'pka gistologik normal rivojlangan parenximasi bir yoki bir necha bo'lagingining trxeobronxial daraxt tog'aylari rivojlanmasligi natijasida traxeomalyatsiyaga (puchayishi, bujmayishi) uchrashi, nafas chiqarishning buzilishi natijasida sog'lom bo'lakda havo turib qolishi (kompensatsiya shakli) yoki progressiv ravishda intralobulyar havo bosimi oshib borishi (subkompensatsiya va dekompensatsiya turlarida) kuzatiladi. Birdan shishgan, zararlangan o'pka bo'lagi sog'lom qismini siqib turadi. Ko'krak ichi taranglashishiga, ko'ks oralig'ining surilishiga sabab bo'ladi. Tug'ma lobar emfizemaning kelib chiqishi tog'ay halqalarining to'liq rivojlanmasligi va ageneziasi hisobiga, bronxda klapan borligi, bronx shilliq qavatining gipertrofiyasi, stenoziaga bog'liq. Patomorfologik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, bu kasallikning kelib chiqishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

- terminal va respirator bronxial shilliq, muskul aplaziyasi.
- mayda bo'laklar va respirator bronx kistalarining oraliq generatsiyasi yo'qligi;
- butun respirator bo'lakning ageneziasida ko'pgina mikroskopik bo'shliqlar borligi.

Tug'ma bo'lak (*lobar*) emfizemasining 3 ta klinik turi farqlanadi:

1. O'tkir – dekompensatsiyalangan turi.
2. O'tkir osti – subkompensatsiyalangan turi.
3. Surunkali – kompensatsiyalangan turi.

Tug'ma bo'lak emfizemasining dekompensatsiyalangan turi bola tug'ilganda aniqlanadi va ko'p qaytalanuvchi asfiksiya xuruji bilan kuzatiladi. Nafas olishi tez, ko'krak qafasida asimmetriya, zararlangan

tomoni biroz bo'rtib turadi. Rentgenda o'pka maydoni tiniqligi oshgani aniqlanadi. Sog'lom o'pka qisilgan, ko'ks oralig'i qarama-qarshi tomonga surilgan (3-rasm). Angiopulmonografiyada qontomirlar bilan zararlangan sohada deyarli yo'qligi kuzatiladi (4-rasm).

Subkompensatsiyalashgan turida klinik belgilar yangi tug'ilgan chaqaloqning so'nggi davrlariga to'g'ri keladi. O'zgarishlar asta-sekin rivojlanadi. 1 oydan 3 oygacha sianoz xurujlari qisqa bo'ladi. Rentgen tasvirida o'pka tiniqligining pasayganligi va o'pka tasvirining butunlay yo'qligi kuzatilishi mumkin. Kasallikning kompensatsiyalangan turi, asosan, kattaroq bolalarda uchraydi va rentgen tasvirida o'pka maydoni tiniqligining oshishi, ko'ks oralig'ining surilishi kuchsiz ifodalanganligi aniqlanadi. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, taranglashgan o'pka kistasi, diafragma churasi, bronx yot tanachalar emfizemasi, pnevmoniyadagi kompensator emfizema bilan o'tkaziladi.

Pnevmtoraksni inkor qilish uchun ba'zi hollarda plevral bo'shliqni punksiya qilinadi. Taranglashgan pnevmotoraksda ko'p miqdorda bosim ostida havo olinadi (lobar emfizemada bir necha *ml* havo olinadi). Bronxoskopiya va bronxografiyani ko'pincha tekshirish usuli sifatida kompensatsiyalashgan, ba'zan subkompensirlashgan turlarida qo'llash mumkin.



3-rasm. Lobar emfizema (sxema).



4-rasm. Lobar emfizemada angiografiya.

Davolash. Tug'ma bo'lak emfizemasi davolash usuli radikal operatsiya, ya'ni zararlangan bo'lakni olib tashlashdan iborat. Dekompensatsiyalashgan turida xirurgik aralashuvni kechiktirib bo'lmaydi. Subkompensatsiyalashgan turda operatsiya muddati bemor ahvoriga qarab belgilanadi. Kompensatsiyalashgan turlarida operatsiya rejali ravishda qilinadi.

O'pka kistalari. Bolalar o'pkasida kista va kistasimon hosilalar kam uchraydi, lekin tug'ma kistalar uchrashi sonini aytish qiyin. Chunki tug'ma va orttirilgan hosilalarning klinik va rentgenologik ko'rinishi o'xshash bo'ladi (5-rasm). Tug'ma kistalarning kelib chiqishi embrional davrida bronx va alveolalar rivojlanishining buzilishi bilan bog'liq. Embriogeneznining boshlang'ich davrlarida rivojlanishining buzilishi hisobiga ko'pincha bitta kista hosil bo'ladi. Kech davrlardagi buzilish ko'plab mayda kistalar (polikistozlar) paydo qiladi.



5-rasm. O'ng o'pka tug'ma kistasi.

Kistalarga yig'ilgan shilliq moddalar hisobiga uning kattalashishi atrof bronxlar qisilishiga, deformatsiyasiga, bronx kurtaklarining noto'g'ri rivojlanishiga olib keladi. Tug'ma kistalar aniq qobiqqa ega bo'lib, ko'pincha bronx bilan tutashgan bo'ladi. Bu tutash joy minimal bo'lishi mumkin, kirish joyi tor, egri-bugri yoki tor, qiyshiq. Uning o'tkazuvchanligi doimiy emas va oson bekilishi mumkin. Tug'ma kista devorini rentgenologik tekshirganda bronx elementlarining silliq mushak tolalari aniqlanadi. Kistaning ichki yuzasi epiteliy bilan qoplangan. Orttirilgan kistalar uchun bu belgilar xarakterli emas.

Klinik nuqtai nazardan kistalar asoratsiz va asoratli bo'ladi. Asoratsiz tug'ma kistalar kam uchraydi. Ularning kechishi simptom-siz, faqat tasodifan rentgenologik tekshiruvda aniqlanadi. Bolalarda simptom-siz tug'ma kistani orttirilgan havo kistalari (bulla) bilan ko'p solishtirishga to'g'ri keladi.

Pnevmoniyada havo bo'shliqlarining rentgeni aniq dinamika bilan ifodalanadi. Ular o'zining o'lchamini o'zgartirishi, yo'qolishi va paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha rentgenoskopiyada stafilocokk kistalari nafas olganda o'zining o'lchamini o'zgartirishi kuzatiladi. Bunda tug'ma kista konturlari stabil bo'ladi. Stafilocokk kistalari 1–3 oy mobaynida o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ba'zi hollarda ular bunday kistalar klinik, rentgenologik va morfologik tomondan tug'ma kistadan farq qilmaydi. O'pkada tug'ma kista bo'lsa, bronxografik, KT, MRT usullarda tekshirish zarur. Bronxografiyada

kistaning joyi va o'pkaning barcha sohasida bronxial daraxt holatini aniqlash mumkin. Bu operatsiya hajmini aniqlash uchun kerak bo'ladi. Asoratsiz kistalarni bola bir yoshdan oshganda operatsiya qilish mumkin. Ko'pincha asoratli kistalar uchraydi.

Kistaning yiringlashi har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. Shuningdek, bola tug'ilgandan keyin ham yiringli jarayonga xos klinik simptomlar bo'ladi, yuqori harorat, intoksikatsiya bo'ladi. Leykotsitoz va rentgenologik tasvirda ba'zan bir nechta suyuqlik sathi bilan yumshoq shakldagi bo'shliqlar aniqlanadi. Rentgenografiyada va, ayniqsa, tomografiyada kista kapsulasi aniq ko'rinadi. Tug'ma yiringlagan kistalarni hamma vaqt o'pka stafilokokkli destruksiyasining har xil turlari bilan solishtirma tashxis (birinchi navbatda absess va pnevmotoraks bilan) o'tkaziladi. Klinik ko'rinishdagi farqi shundaki, o'tkir stafilokokkli destruksiyada nafas yetishmovchiligi belgilari kuchliroq ifodalanagan bo'ladi. O'pka to'qimasida jarayonning tez tarqalishi kuchli hansirashga olib keladi. Tug'ma yiringlagan kistalarda uzoq vaqt rivojlanish nuqsoni bilan birga yordamchi mexanizmlar va tashqi nafas faoliyatining kompensatsiyasi ishga tushadi. Rentgenda kapsula borligi va perifokal reaksiya yo'qligi tug'ma kistani stafilokokkli absessdan farq qilishga imkon beradi. Pnevmtoraksda sinusda ekssudat aniqlanadi. Tug'ma yiringlagan kistada sinus bo'sh bo'ladi, agar kista plevral bo'shliqda yorilmagan bo'lsa, ko'ks oralig'ining surilishi kam ifodalanadi. Tug'ma yiringlagan kistani davolashning to'g'ri usuli operatsiya qilish, operatsiyada bemor o'pkasining kista bor sohasi rezeksiya qilinadi.

Taranglashgan o'pka kistalari kam uchraydi. Buning sababi kista bilan bronx tutashuv joyida klapanli mexanizm borligidir. Klinik ko'rinishi o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan ifodalanadi. Fizikal natijalar taranglashgan pnevmotoraksga xos bo'ladi. Rentgen tasvirida kista konturlarini aniqlash mumkin. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, tug'ma bo'lak emfizemasi, diafragmal churra bilan o'tkaziladi.

Taranglashgan pnevmotoraks bolalarda stafilokokkli zotiljam natijasida kelib chiqadi va yuqori haroratli intoksikatsiya bilan kechadi. Tug'ma kistalarda taranglashish birdan kelib chiqadi. Diafragmal churra rentgenologik farqlanadi. Buning uchun ko'krak qafasida

ko'plab halqasimon soyalar borligi xarakterlidir. Ichak qovuzloqlarining o'tishi ko'krak qafasi hisobiga bo'ladi va tashxis me'da-ichak yo'llarini bariy eritmasi bilan tekshirgandan keyin tasdiqlanadi.

Davolash. Taranglashgan kistalar faqat operativ usul bilan davolanadi. Operatsiya oldidan ko'krak qafasining taranglashishini kamaytirish maqsadida kistani drenajlash yoki punksiya qilish joyi aniqlanadi. Operatsiyaning hajmi kista kapsulasini birga olib tashlash bilan belgilanadi. Jarohat yuzasi atravmatik nina bilan tikiladi. Ba'zan lobektomiya yoki segmentar rezeksiya qilishga to'g'ri keladi. Operatsiyadan keyin plevral bo'shliq drenajlanadi.

O'pka sekvestratsiyasi. Ushbu rivojlanish nuqsoni kam uchraydi. Bunda o'pkaning biror segmenti yoki o'lchami aorta va uning shoxlaridan qon bilan ta'minlanib, venoz qonining kichik qon aylanishi doirasiga quyilishi kuzatiladi va bu sekvestratsiya deyiladi. Intralobar va ekstralobar shakllariga ajratiladi. Intralobar shakli, asosan, o'pka parenximasining ichida, orasida joylashgan bo'lsa, ekstralobar shakli o'pka parenximasidan tashqarida joylashadi. Bunda qo'shilmagan o'pka parenximasini kistasimon hosilaga o'xshaydi, u ham rivojlangan, alohida plevra bilan o'ralgan va ko'pincha pastki bo'laklarda joylashgan bo'ladi. Klinik belgilar o'pkaning sekvestrlangan soxasi yiringlaganda yuzaga keladi. O'pka absessi, kistasi bilan, diafragmani qizilo'ngach teshigining churrasi bilan solishtirma tashxis o'tkaziladi. Nuqsonli rivojlangan o'pka sohasi, aynan qontomirlar orqali qon bilan ta'minlanadi. Bu qontomir aortadan chiqadi. Operatsiya paytida shu tomirga tasodifan shikast yetkazilsa, qon ketishiga sabab bo'ladi.

Diagnosticasida tasviriy rentgenografiyadan tashqari angiopulmonografiya muhim o'rin tutadi, bunda bevosita ko'krak aortasidan chiqqan qontomirni ko'rish mumkin.

Davolash. Umumiy intubatsion narkoz ostida torakotomiya qilinadi. Oldindan anomal qontomirni bog'lab, sekvestrlangan o'pka sohasi olib tashlanadi.

Bronxoektaziya. Bronxoektaziya bronxlarning patologik kengayishi bilan kechadigan surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, o'pka parenximasini pnevmosklerozga olib keladi. U turli darajada, kam silindrik deformatsiyadan tarqalgan dag'al xaltasimon (qopsimon) ektaziyagacha bo'ladi. Patologik kengaygan bronxlar drenaj funk-

siyasining buzilishi infeksiyalangan balg'amning turib qolishiga sharoit yaratadi. Yiringli jarayon, asosan, zararlangan bronxlarda ifodalangan bo'ladi. Bronxitlar esa tarqoq ravishda deformatsiyalangan bronxlarga ham tarqalishi mumkin. O'pka to'qimasida ham o'zgarishlar bo'ladi, bu keyinchalik sklerozga va shu zararlangan sohaning gaz almashinuvida ishtirok etmasligiga olib keladi.

Bronxoektaziyaning uchrashi 0,5–1,7 % gacha tashkil etadi. U, asosan, yosh bolalarda, jumladan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda 50 % ni, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda 70–75 % ni (hamma kasallar sonidan), 20 yoshdan oshgan bolalarda esa 8 % ni tashkil qiladi. Kasallikning asosiy qismini orttirilgan bronxoektaziya tashkil qilib, ular yoshlikda o'tkazilgan surunkali zotiljam natijasi hisoblanadi. O'tkir zotiljamning surunkali zotiljanga o'tishiga quyidagi omillar sabab bo'ladi:

- kech boshlangan yoki tugallanmagan davolash;
- antibiotiklarni to'g'ri qabul qilmaslik, yomon ovqatlanish;
- qo'shimcha yo'ldosh kasalliklar (bronxit, gipotrofiya) va ba'zan qizamiq, ko'k yo'tal va gripp bilan bog'liqlik.

Bunday virusli zotiljam ko'proq o'pkaning atelektazi bilan kechib, surunkali yallig'lanishning kelib chiqishida ma'lum o'rinni egallaydi. Bronxoektaziya bilan kasallangan ko'pgina bolalarda bu-running yondosh bo'shliqlarida (gaymorit, frontit, etmoidit) yoki burun halqumida (tonzillit, adenoid) kasalliklar aniqlanadi. Bu infeksiya o'choqlari kasallikni uzoq va surunkali davom etishida, o'pka to'qimasida, surunkali jarayonning kelib chiqishida muhim o'rin egallaydi. Ba'zi hollarda bronxoektaziyalar paydo bo'lishining dastlabki bosqichi surunkali bronxit hisoblanadi. U bronxlarda deformatsiya, peribronxial va interstitsial to'qimalarda yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi hollarda o'pka to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni skleroz va bronxlarda ikkilamchi deformatsiyaga sabab bo'ladi. Orttilgan bronxoektaziya bronxlarning yot tanachalari hisobiga bo'lishi mumkin (ayniqsa, olib tashlanmagan organik yot jism bo'lsa). Bundan tashqari, orttilgan bronxoektaziya o'pka sili va spetsifik limfadenit bilan ham bog'liq. So'nggi paytlarda bronxoektaziyaning kelib chiqishida me'da osti bezining kistozli fibrozi *mukovitsidoz* katta o'rin tutadi deb hisoblanadi. Bunda nasliy kasallik natijasida ovqat hazm qilish, nafas yo'llari bezlarining

sekretsiyasi buziladi. Bezlar shilliq ishlab chiqaradi. Bu shilliq bezlari chiqaruv yo'lini berkitib qolmasdan, balki a'zolar bo'shlig'ini to'ldirib qo'yadi (ichak, bronx). Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi va infeksiyalanishi atelektaz va bronxoektaziyaga olib keladi. Ba'zi hollarda kasallik bronx-o'pka to'qimasining tug'ma nuqsonlari natijasida ham kelib chiqadi. Bronxoektaziyaga olib keluvchi rivojlanish nuqsonlarining 2 ta turi farqlanadi:

1) bronxlarning distal va respirator qismi agenezsiyasi, birlamchi bronxlar tutami amputatsiyasi, embriogeneznining dastlabki bosqichlarida shoxlanishdan to'xtab qolishi;

2) bronxiolalar katta bronxlardan ajralgan, o'rta bronxlar generatsiyasining katta qismi bo'lmaydi: alveolyar parenxima miqdori reduksiyalangan, bunday rivojlanish nuqsoni quyi tabaqali umurtqalilar o'pkasini eslatadi (amfibiya, qushlar).

Tug'ma bronxoektaziyalar ko'pincha dag'al xaltasimon yoki kistasimon kengaygan turda bo'ladi (o'pka polikistozi). Tug'ma rivojlanish nuqsoniga Kartogener sindromi ham kiradi va u uchlik simptomi bilan xarakterlanadi: bronxoektaziya, surunkali sinusit va a'zalarning noto'g'ri joylashishi. Postnatal rivojlanish nuqsoni natijasida yoki dizontogenetik kelib chiquvchi bronxoektaziyalar farqlanadi. Dizontogenetik bronxoektazlar ko'pincha tug'ma atelektaz natijasida kelib chiqadi.

O'pka to'qimasi atelektaz sohasida differensiyalashmaydi, qat-tiqlashadi, hamma jarayonlar to'xtaydi. Bronxlar naysimon bez shaklida o'sa boshlaydi va dizontogenetik bronxoektaz ko'rinishida yuzaga keladi. Klinik-morfologik tekshirishlariga ko'ra, bolalarda:

- orttirilgan bronxoektaziyalar – 58 %;
- dezontogenetik bronxoektaziyalar – 18 %;
- tug'ma bronxoektaziyalar – 24 % uchraydi.

Bolalarda bronxoektaziyaning patogenezida uning kelib chiqishiga bog'liq bo'lmagan quyidagi umumiy holatlarni ko'rsatish mumkin:

– tug'ma nuqson yoki orttirilgan o'zgarishlar natijasida patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi;

- balg'am yig'ilib qolishi;
- bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi.

Doimiy infeksiyalanish bronx-o'pka to'qimasidagi yallig'lanish

jarayoni yanada chuqurlashishiga olib keladi. Bolalarda ko'proq uchraydigan turi atelektatik bronxoektaziya bo'lib, u 30–50 % ni tashkil qiladi. Bunda makroskopik ko'rganda o'pka yoki uning bo'laklari kichraygan, ushlab ko'rganda qattiq, havosiz, nafas olganda kengaymaydi, ko'mir pigmenti yo'q, kesilganda atelektazlashgan va fibrozlashgan to'qima orasidagi joyda kista, g'alvirsimon o'pka turidagi bronxoektazlar aniqlanadi.

Tug'ma bronxoektazlarda bo'shliq biroz kattaroq bo'ladi. Bunday hollarda morfologik tomondan disembriogenez belgilarini aniqlash mumkin. Ba'zi hollarda makroskopik bo'lak normal ko'rinishi mumkin, lekin ko'proq pigment kamaygan, nafas olganda kengayishi chegaralangan bo'ladi. Qo'l bilan ko'rganda emfizemalangan sohalar bilan almashinuvchi, qattiqlashgan va keng deformatsiyalangan bronxlar aniqlanadi. Ba'zan butun bo'lak emfizema holida bo'lib ko'rinadi. Segmentar, subsegmentar va bo'lak bronxlarini kesib ko'rganda silindrik, qopsimon yoki shoxsimon bronxoektazlar borligini va bronx devorida o'pka to'qimasida surunkali yiringli yallig'lanish belgilari aniqlanadi. Zararlangan o'pka sohasining nerv to'qimalarida, qon va limfatik tomirlarda ham patologik o'zgarishlar bo'ladi.

Bronxoektaziyaning quyidagi tasnifi maqsadga muvofiq:

- 1) kelib chiqishiga qarab – orttirilgan, dezontogenetik, tug'ma;
- 2) bronx kengayish shakliga qarab – silindrsimon, xaltasimon, kistasimon;

- 3) tarqalishi bo'yicha – bir tomonlama, ikki tomonlama, keng (9–10 segmentdan ko'p), kamroq – bo'lak va segmentni ko'rsatgan holda;

- 4) jarayonning fazasiga qarab – zo'rayish, remissiya.

Tashxisda albatta yurak va nafas yetishmovchiligi borligi, darajasi, qo'shimcha kasalliklar va ularning asorati ko'rsatilishi lozim.

K l i n i k a s i. Bolalarda bronxoektaz kasalligining klinikasi birinchi navbatda zararlanish kengligi va yurak-tomir sistemasi, nafas funksiyasining buzilishi, kompensatsiya darajasi bilan aniqlanadi. Agar bronxit zararlangan sohadan tashqariga chiqmasa u mahalliy, o'pkaning qo'shni bo'laklar bronxlariga tarqalgan bo'lsa diffuz hisoblanadi. Diffuz bronxit ma'lum darajada kasallik kechishini og'ir-

lashtiradi. Ko'pgina bolalar anemnezida emizikli yoki ilk yoshida boshlangan zotiljamning qaytalanishi qayd qilinadi.

Turli yoshdagi bolalar ko'proq yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishi, bronxit, zotiljam bilan ko'p kasallanadi. Ba'zi bemorlarda esa ishtaha pasayishi, tez charchash, terlash, jismoniy ish qilganda hansirash belgilari namoyon bo'ladi. Bolalarda ajralayotgan balg'am miqdoriga qarab o'pkadagi jarayonning og'irlashishini aniqlab bo'lmaydi, chunki bolalar balg'amni yutadi.

Remissiya davrida tana harorati normal yoki subfebril, ba'zi hollarda birdan ko'tarilishi mumkin.

Kasallikning zo'rayish davrida harorat reaksiyasi kuchli ifodalangan bo'ladi. Hozirda, bolalarda og'ir asoratlangan turlari: qon tuflash, qon ketishi, sassiq balg'am ajralishi kam uchraydi. Agar jarayon bitta yoki ba'zan ikkita bo'lakda joylashgan bo'lsa, bolalarning jismoniy rivojlanishiga qarab surunkali yiringli jarayon borligini gumon qilish qiyin, ammo bunda faqat teri qoplamlari biroz oqarganligini aniqlash mumkin. Ikki tomonlama o'pkaning surunkali yallig'lanishi og'ir kechadi va bu 25–30 % ni tashkil qiladi. Kasallikning keng zararlanish turi bo'lsa, bemor jismoniy rivojlanishdan ancha orqada qoladi, ishtahasi pasayadi. Tirnoq falangalari deformat-siyalangan, «nog'ora tayoqchalari» ko'rinishida, tirnoq yuzasi «soat oynasiga» o'xshab qoladi. Kasallik qancha uzoq davom etsa, ko'rsatilgan belgilar shuncha ifodalangan bo'ladi. Ularning rivojlanishi surunkali gipoksiya bilan bog'liq. Bitta o'pkaning total zararlanishi hisobiga shu tomoni nafas olishdan orqada qolishi va ko'krak qafasining assimetriyasi kuzatiladi. Bronxoektaziyaga xos perkussiya natijalari ko'pincha o'pkaning zararlangan sohasi pnevmoskleroz va atelektaz holatda bo'lganida, o'pkaning orqa pastki qismlarida esa perkutor tovushning to'mtoqlashishi aniqlanadi. Auskultatsion tekshirish orqali o'pkaning zararlangan qismlarida turli kalibrli quruq va nam xirillashlar, ayniqsa, yo'tal paytida kuchli eshitiladi. Bronxoektaziyaning to'g'ri va ishonchli rentgenologik belgilari kengaygan bronxlarga to'g'ri keluvchi atelektaz yoki yacheykasimon oqarish va halqali-g'alvirsimon soya hisoblanadi (6-rasm).



6-rasm.
Bronxografiya.



7-rasm.
Bronxografiya.



8-rasm. **Tasviriy
rentgenografiya.**

Bronxoektaziyada bunday rentgenologik o'zgarishlar 1/3 bemorlarda aniqlanib, o'pkaning pastki segmentlari ko'proq, o'rta bo'laklari va tilsimon segmentlar kamroq zararlanadi. Odatda, atelektazlar bir tomoni ko'ks oralig'iga qaragan uchburchaksimon soya sifatida ko'rinadi. O'pkaning total kasallanishida ko'krak qafasining shu qismi kichrayishi, qovurg'alar oralig'ining torayishi, shu o'pka maydonining ko'p yoki kam qorong'ilashishi, ko'ks oralig'ining zararlangan tomonga surilishi kuzatiladi. Rentgenografiyada boshqa belgilar bronxoektaziya uchun ham ahamiyatli. Ularga o'pka ildizining kengayishi, zararlangan sohada o'pka tasvirining deformatsiyasi, bo'laklararo plevraning qalinlashishi, sinuslar obliteratsiyasi kiradi.

Diagnostika sida kontrast usul bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega (bronxografiya 5–6-rasmlar). Diagnostik bronxoskopiya yordamida bronxografik tekshirish o'tkazishga ko'rsatma aniqlanadi. Bolalarda bronxoskopiyaning qisqa ta'sirli miorelaksant usuli qo'llanib, narkoz ostida o'tkaziladi. Bronxoskopiya qilishda bola yoshiga qarab tubusni to'g'ri tanlash zarur. Yoshiga qarab nay diametri aniqlanadi. Bundan tashqari, tubus tanlashda o'ziga xos turli ovoz yorig'i va patologik jarayonlar xususiyatini hisobga olish lozim, ya'ni:

- yoshi 1 yoshgacha 1–3, 3–5, 5–8, 8–11, 11–14;
- diametri (mm) 5, 6–7, 7–8, 8–9, 9–11.

Bronxoskopiya o'tkazishdan avval bronxlar shakllanishini yaxshi bilish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orqali aspiratsiyaning oldini olish uchun ham o'tkaziladi. Miorelaksantlar vena ichiga yoki venasi yaxshi ifodalanmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda til ostiga yuboriladi. muolaja vaqtida bola orqasi bilan yotqiziladi.

Bronxoskopiya o'tkazishning asosiy sharti to'liq relaksatsiyaga erishib, oldindan sun'iy ventilyatsiya o'tkazishdan iborat. Bolalarda bronxoskopiya laringoskop yordamida o'tkaziladi. Traxeyaga bronxoskopiya tubusi kiritilgandan boshlab, u orqali kislorod narkotik aralashma bilan kuchli ventilyatsiya o'tkazish boshlanadi. Tubus mustaqil nafas olish tiklangandan keyin tortib olinadi.

Bronxoskopiya o'tkazilgandan keyin 6–12 soat davomida ovoz bog'lami ostida bo'shliq shishi asorati bo'lishi mumkinligini hisobga olib, muolajadan keyin bemorni kuzatib turish kerak. Bronxial daraxtning shoxlanishini vizual tekshirish, balg'amni bakteriologik tekshirish zarur. Bronxoskopiya ma'lum bronxlardan yiringli ajralmalar ko'p miqdorda ajraladi va ular elektroso'rg'ich bilan tortib olinib, bronxlar antiseptik eritmalar, antibiotik va mukolitik vositalar bilan yuviladi. Bolalarda bronxoektaziya tashxisini qo'yishda bronxografiya asosiy usul hisoblanadi. Bronxografiya narkoz ostida bajariladi. Muolaja oldidan 1–2 hafta davomida bemordagi yallig'lanish jarayoni jadal davolanadi. Traxeobronxial daraxtni maksimal sanatsiya qilinaadi. Ba'zi hollarda yiringli ajralma miqdori ko'p bo'lganligi uchun bronxografiya oldidan maqsadga muvofiq bronxoskopiya o'tkaziladi, balg'am bronxlardan tortib olinadi. Bolalarda bronxografiya suvda eruvchi kontrast modda yordamida o'tkaziladi. Masalan, propilyodol tez so'riladi va tez organizmdan chiqariladi.

Yog'li kontrast (yodolipol) moddalar nafaqat zararlangan o'pka to'qimasida, faqat zararlangan o'pkada emas, balki sog'lom o'pka sohasida ham uzoq ushlanadi. Rentgenoskopik kontrolsiz narkoz ostida bronxografiya usulida vena ichiga relaksant yuborilgandan so'ng 1–1,5 daqiqa davomida niqob orqali giperventilyatsiya o'tkaziladi, bemor intubatsiyalanadi. Apnoe vaqtida intubatsion nay orqali traxeyaga kateter yuboriladi. Kateterni o'ng yoki chap bronxda ekanligini aniqlash uchun kateterga Richardson balloni biriktiriladi va havo yuboriladi. Apnoe paytida fonendoskop bilan o'pka eshitiladi va yuborilayotgan havo shovqini ko'krak qafasining o'ng yoki chap qismida eshitiladi. Kateterga shprints biriktirilib kontrast modda yuborila boshlanadi. To'ldirish pastki bo'laklardan boshlanib, kateter orqaga tortiladi, kontrast modda yuborilishi davom ettiriladi. Modda yuborilayotgan vaqtda bemorni tekshirilayotgan tomoni bilan yotqiziladi va shu holatda birinchi rentgenogramma qilinadi. Ikkin-

chi rentgenogramma yotgan holda olinadi. Apnoe vaqtida narkoz apparatining xaltasiga ko'p miqdorda kislorod yuboriladi. Diffuz nafas olish apnoeni 3–5 daqiqa uzaytirish imkonini beradi. Bir o'pkani tekshirishga 2–3 daqiqa vaqt ketadi. Kontrast modda olingandan so'ng, ventilyatsiya o'tkazilib, keyin normal o'pka tekshiriladi. Kontrast modda bemorning yoshiga qarab 4 ml hisobidan yuboriladi.

Bronxogrammada bronx daraxtining deformatsiyasi, silindrsimon, xaltasimon o'zgarishi aniqlanadi (7–8-rasmlar). Bronxografiya o'tkazishning asorati narkozning noto'g'ri o'tkazilishi, uzoq davom etgan apnoe va kontrast moddaning to'liq so'rib olinmaganligi natijasida kelib chiqadi. O'pka parenximasining holatini, qon aylanish holatini, operatsiya hajmini aniqlash uchun angiopulmonografiya, sin-topnevmonografiya qo'llaniladi. Chap o'pka pastki bo'lagi drenaj va ventilyatsiya sharoiti yomonligi sababli ushbu bo'lakda bronxoektaz ko'proq kuzatiladi. O'ng o'pkaning bazal segmentida esa ko'proq o'pka yot jismidan keyin kelib chiqqan bronxoektaziya kuzatiladi. Bu o'ng bronxning kichkina burchak ostida ajralishi bilan bog'liq, shuning uchun yot jismlar oson bazal segmentlarga tushadi va shu sohada patologik jarayonning rivojlanishi kuzatiladi. Yot jismning o'z o'rnini o'zgartirib turishi hisobiga o'pkaning boshqa sohalari, hatto ikkinchi tomoni ham zaralanishi mumkin.

D a v o l a s h. Bronxoektaz kasalligi yiringli intoksikatsiya bilan kechadigan kasallik hisoblanganligi uchun, uning davolashda quyidagi 3 ta asosiy prinsip (*MMM*)ni qo'llash lozim:

- makroorganizmga ta'sir qilish;
- mikroorganizmga ta'sir qilish;
- mahalliy o'choqqa ta'sir qilishdan iborat.

Operatsiya oldi tayyorgarligining hajmi va xususiyati o'pka parenximasining zararlanish darajasiga, intoksikatsiyaning ifodalanganligiga, bronxlarda va boshqa a'zolarida, sistemalarda patologik o'zgarish va ularning darajasiga bog'liq.

Makroorganizmga ta'siri. Bunda organizmning umumiy quvvatini oshirishga qaratilgan muolajalar qilinadi. Vitaminoterapiya, ko'rsatmaga qarab qon, qon komponentlari, plazma, gamma-globulin yuborish, dezintoksikatsion, infuzion terapiya o'tkaziladi. Organizm umumiy holatiga qarab simptomatik terapiya belgilanadi.

Mikroorganizmga ta'sirida traxeobronxial daraxtdagi patogen mikroflora turi, uning antibiotiklarga sezgirliги aniqlanadi va keng doirali, patologik jarayon qo'zg'atuvchisiga bevosita ta'sir qiladigan antibakterial preparat mushak orasiga, vena ichiga yuborish usulida qo'llaniladi. Undan tashqari, bronx mikroflorasiga to'g'ridan to'g'ri ta'sir qilishi uchun ishqorli va antibiotiklar ingalyatsiyasi muolajalari ham qo'llaniladi.

Mahalliy o'choqqa ta'sir qilish esa keng ko'lamda olib boriladigan muolajalar kompleksidan iborat. Ushbu jarayon yuqorida ko'rsatib o'tilgan jarayonlarni to'ldiradi, ular bilan kompleks ravishda olib boriladi va ularni shartli ravishda konservativ va radikal muolajalarga bo'lish mumkin. Konservativ muolajalar bir vaqtning o'zida radikal muolajaga operativ davoga tayyorgarlik ham bo'lib hisoblanadi. Asosiy maqsad mahalliy o'choqqa ta'sir etib, traxeobronxial daraxtni tozalash va intoksikatsiyani kamaytirishdan iborat. Ular quyidagilar:

Postdural drenaj. Bunda bemor tanasining yuqori qismi pastga qaratilib, yuztuban kuniga bir necha bor yotqiziladi, lozim bo'lganda ko'krak qafasining orqa tomoniga vibromassaj muolajasi o'tkaziladi. Ushbu muolaja mahalliy sanatsiyaga qisman bo'lsa-da yordam beradi. Sanatsiyaning eng samarali usuli – bu bronxoskopiya. Bronxoskopiya da bronx daraxtini aspiratsiya yo'li bilan tozalash mumkin, bronxlarga antiseptiklar, mukolitik vositalar (ximopsin, ximotripsin) va ishqor eritmalar bilan yuvish mumkin. Mikroflora sezgiriligiga qarab antibiotik yuboriladi. Ushbu muolajalar soni va hajmi patologik jarayon tarqalganligi, hajmi va bronxoskopiyaning samaradorligi bilan belgilanadi. Ushbu muolaja umumiy narkoz ostida o'tkazilishini bemorga va uning ota-onasiga muolajaning muhimligini tushuntirish lozim. Traxeobronxial daraxtdagi patogen o'choqni sanatsiya qilishda teri orqali traxeyani kateterlash ham qo'llaniladi. U quyidagicha amalga oshiriladi: diagnostik bronxoskopiya vaqtida bo'yinturuq chuqurchasi uzuksimon tog'ay orasidan Dyufu ignasi bilan traxeya punksiya qilinadi. Ko'z nazorati ostida traxeya bo'shlig'i pastga yuboriladi. Igna orqali polietilen naycha o'tkaziladi va traxeya bifurkatsiyasi ustida qoldiriladi. Igna tortib olinib, kateter teriga mahkamlanadi. Kateter orqali fiziologik eritma, sezgirliги bo'yicha antibiotiklar, antiseptik, mukolitik preparatlar yuboriladi. Kateterni



9-a va b rasmlar. a) Xaltasimon, kistasimon va silindrik bronxoektaziya; b) xirurgik davosi.

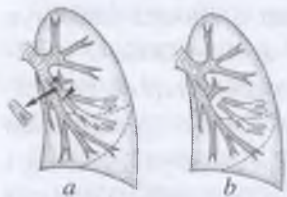
qoldirish muddati 1–3 hafta, u olib tashlangandan keyin teridagi jarohat o'zi bitib ketadi. Bronxoektaziyani konservativ davolash vaqtincha yordam beradi.

Bronxoektaziya kasalligini radikal davosi – bu operativ davo hisoblanadi hamda segmentoektomiya, lobektomiya, pulmonektomiya kabi muolajalar o'tkaziladi. Ushbu operatsiya umumiy narkoz, boshqariluvchi nafas ostida olib boriladi. Xaltasimon, kistasimon va silindrik bronxoektazlarni xirurgik yo'l bilan davolash samarali hisoblanadi (9-a va b rasmlar).

Operatsiya jarayonida o'pka ildiziga ishlov berilib, qontomirlar birin-ketin bog'lanadi va kesiladi. Zararlangan bronx sohasida o'pka parenximasini olib tashlamasdan va qontomirlarni bog'lamasdan ekstirpatsiya yoki rezeksiya qilish tavsiya qilinadi (10-a va b rasmlar). Bronxlarni ekstirpatsiya yoki rezeksiya qilish operatsiyasi patogenetik hisoblanadi. Yallig'lanish, asosan, bronxlarda rivojlanadi, o'pka parenximasidagi o'zgarishlar ikkilamchi pnevmosklerozdan iborat. O'pkaning yallig'langan sohasi asta-sekin yo'qoladi. Ko'rsatilgan operatsiyaning rezeksiyadan afzalligi shundaki, qantomirni saqlash, ya'ni qon aylanishida zo'rayish bo'lmasa u yerda qon aylanishi minimal bo'ladi, agar o'pka arteriyasida qon bosimi oshsa, yengillashtiruvchi shunt mexanizmi hosil bo'ladi.

Natijada yurak, o'pka yetishmovchiligi, kichik qon aylanish doirasida gipertenziyani va undan kelib chiqadigan asoratlarni oldini oladi. Operatsiyadan keyin spetsifik intensiv terapiya, og'riqsizlantirish va reabilitatsiya muolajalari o'tkaziladi.

O'tkazilgan operatsiyadan so'ng rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlari: o'pka atelektazi, pnevmoniya, chegaralangan empiyema va bronxial oqmalar. Bemorlar doimo dispanser nazoratida bo'lishi, sanatoriy va kurortlarda davolanib turishlari kerak.



10-a va b rasmlar. a) Bronxoektaz usuli; b) rezeksiya usuli.

Diafragma churrasi. Diafragma churra deb, qorin bo'shlig'ida joylashgan a'zolarining diafragma pardasining

tug'ma yoki sun'iy hosil bo'lgan teshiklardan ko'krak bo'shlig'iga siljishiga aytiladi. Diafragmal churraning boshqa churralardan farqi shuki, bu yerda hamma vaqt ham churra qopi, churra darvozasi mavjud bo'lmaydi.

Jarohatlanish natijasida hosil bo'lgan churralarning kelib chiqishini tushuntirish qiyin emas. Chanoq, qorin, ko'krak qafasi bo'shlig'i shikastlanganda bosim kuchayib, diafragma yorilishiga olib keladi. Churra o'ng tomonga kamroq, bunga sabab jigarning o'ng bo'lmasi

pastki tomondan kelayotgan zarbni o'ziga oladi, ko'proq chap tomonda uchraydi. Adabiyotlarda hozirgacha diafragma churrasining 50 ga yaqin tasnifi mavjud. bolalarda birinchi bo'lib S. Ya. Doletskiy o'zining quyidagi tasnifini taklif qiladi (12-rasm).



12-a; b; d; e rasmlar. a) norma; b) diafragma-plevra churrasi (soxta); d) diafragma-plevra churrasi (chin); e) frenikoperikardial.

Tug'ma diafragma churrasi

Chin diafragma churrasi: diafragma yupqalashgan qismining churrasi hisoblanadi.

Soxta churra: Diafragma ma'lum qismining bo'lmasligi orqa kichik teshik, katta teshik, bir bo'lagining bo'lmasligi (aplaziya).

Yu. F. Isakov 2004-yilda o'z tasnifini quyidagicha taklif qildi.

I. Tug'ma diafragma churrasi:

- diafragma-plevra churrasi;
- qizilo'ngach teshigi churrasi;
- parasternal churra;
- frenikoperikardial.

II. Orttirilgan diafragma churrasi:

- jarohatlanish churrasi;

– jarohatlanish bilan bog‘liq bo‘lmagan churra.

Diafragma churrasi klinikasi. Diafragma churrasida quyidagi tizimlar faoliyatida o‘zgarishlar kuzatiladi:

- oshqozon-ichak trakti faoliyati;
- nafas olish a‘zolari vazifasining buzilishi;
- yurak-tomir faoliyati buzilishi.

Oshqozon-ichak a‘zolarining vazifasi ma‘lum darajada buziladi. Natijada har xil asoratlar rivojlanadi. Qizilo‘ngach teshigi churrasida Giss burchagi buzilib (o‘tmas bo‘ladi), oshqozon-qizilo‘ngach reflyuksi paydo bo‘ladi, natijada qizilo‘ngachning kardial qismida yaralar (*ezofagit*) hosil bo‘ladi. Keyinchalik qizilo‘ngachdan ovqat o‘tmay qoladi (*striktura*). Bunday holatlarda kasallikning boshlanish davrida bemorda qon aralash qusish paydo bo‘ladi. Asta-sekinlik bilan qizilo‘ngachdan ovqat o‘tishi qiyinlashadi. Diafragma churrasi qisilib qolganda ichak tutilishi belgilari paydo bo‘ladi. Buning oqibatida bemor ko‘p marta qusadi, ammo qusish yengillik keltirmaydi.

Nafas olish a‘zolari vazifasining buzilishi – bunda qorin bo‘shlig‘idagi a‘zolar ko‘krak bo‘shlig‘idan chiqib, o‘pkani qisib qo‘yadi. Natijada ko‘krak qafasida joylashgan a‘zolar (yurak, qontomirlar) sog‘lom tomonga qarab (qarama-qarshi tomonga) siljiydi. Oqibatda bemorning nafas olishi qiyinlashadi. Gipoksiya rivojlana boradi. Bemorning lablari ko‘karadi, nafas olishi tezlashadi. O‘pka qisilganda uning og‘irligi 3–12,5 g kamayadi (normada 20–25 g). Ko‘krak eshitib ko‘rilganda o‘pka tovushlari pasaygan bo‘lib, ichak harakatlari eshitiladi. Tuqillatib urib ko‘rilganda timpanik yoki bo‘g‘iq tovush borligi aniqlanadi.

Yurak-tomir faoliyatining buzilishi – churra yurakni bosib, qarama-qarshi tomonga siljitadi. Natijada yurak ishi qiyinlashadi. Bemorning umumiy ahvoli keskin og‘irlasha boradi. Nafas olish sekinlashib, yurak urishi tezlashadi.

S. Ya. Doletskiy (1958) ma‘lumotlariga qaraganda, diafragma churrasi bilan tug‘ilgan bolalar orasida 5,5 % ga yaqin qo‘shimcha tug‘ma kasalliklar aniqlangan. Shular ichida 2 % ga yaqin bolalarning o‘limiga, asosan, shu tug‘ma kasalliklar sabab bo‘ladi.

Patogenezi. Churra, asosan, qorin va ko‘krak bo‘shlig‘i orasidagi parda (diafragma), bola ona qornidaligi paytida shu a‘zo

rivojlanishining buzilishi, ya'ni uning bir qismida mushaklar taraqqiy qilmay qo'yishi yoki o'rnida juda yupqa parda hosil bo'lishi, yoki butunlay bo'shliq (teshik) paydo bo'lishi natijasida kelib chiqadi. Bunda churralar diafragmaning o'rta qismidan, to'sh suyagi orqasidan perikard hamda to'sh suyagi oralig'i (Lorreya teshigi), to'sh suyagi orqasidan o'ng qovurg'a hamda to'sh suyagi oralig'i (Morgan teshigi), qovurg'a va umurtqa pog'onasi orasidagi bo'shliqdan (Boxdalek teshigi) qorin bo'shlig'idagi a'zolar ko'krak bo'shlig'iga chiqishi bilan namoyon bo'ladi.

Qachon churra qopi pardadan iborat bo'lsa, bunday holatda chin, agar ko'rsatilgan parda bo'lmasa, soxta diafragmal churra deb ataladi.

Bola embrional rivojlanishining 6-haftasida oshqozon shakllana boradi va u qorin bo'shlig'iga tushib, o'z o'rnini egallashi kerak. Shu davr ichida oshqozonning ikki yon tomonida havoli cho'ntaklar hosil bo'lib, taraqqiyot davomida ular obliteratsiya bo'lib ketishi kerak. Ammo oshqozonning o'z o'rniga tushishi sekinlashishi natijasida havoli cho'ntaklar obliteratsiya bo'lmay qoladi. Bu cho'ntaklar esa churra qopi vazifasini o'taydi. Qizilo'ngach teshigi atrofidagi mushaklar rivojlanmay, teshik kattalashadi. Tayyor churra qopiga esa shu teshik orqali oshqozon siljiydi. Natijada qizilo'ngach teshigi churrasi hosil bo'ladi.

Qizilo'ngach teshigi churrasi deb, me'daning ma'lum bir qismi yoki butun me'daning kengaygan qizilo'ngach teshigidan ko'krak bo'shlig'iga siljishiga aytiladi (13-a va b rasmlar). Ko'krak bo'shlig'iga siljigan a'zolar qorinpardasi (chin churra) bilan qoplangan bo'ladi. 1950 nafar chaqaloqlardan bittasi qizilo'ngach teshigi churrasi bilan tug'iladi.



13-a va b rasmlar. a) ezofagal;
b) paraezofagal.

Klinikasi. Kasallik, asosan, chaqaloqning 2–3 kunligidan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli kundan kunga og'irlasha boradi, qusadi. Qusish favvoraga o'xshagan bo'lib, ona farzandiga ko'krak berishi bilan qayta-qayta takrorlanib turadi. Natijada qusiq havo yo'liga tushib, unda aspiratsiyali zotiljam rivojlana boradi. Qu-

siq qizil qon aralash bo'lad. Chaqaloq ona ko'ragini emmay qo'ya-
di. Nafas yuzaki bo'lib, nafas olishda qovurg'alararo mushaklar faol
ishtirok qiladi. Teri qoplami oqaradi.

Differensial diagnostika – asosan, o'pka kistasi, lobar
emfizema bilan o'tkaziladi. Tashxis KT, MRT, rentgen tekshiruvi
orqali tasdiqlanadi.

Diagnostikasi. Ko'krak qafasining rentgen surati olinganda
o'ng yoki chap plevral chegaralangan bo'shliq borligi aniqlana-
di. Bemorga kontrast modda (yodolipol) berilsa, u oldin me'daning
ko'krak qafasiga joylashgan qismini, so'ng qorin bo'shlig'ida joylash-
gan qismini to'ldiradi (14-a va b rasmlar).



a



b

14-a va b rasmlar.

a) kontrastli
R-grafiya;
b) kontrast-
ni ko'krak
bo'shlig'ida
aniqlanishi.

Davolash. Kasallik xirurgik yo'l bilan davolanadi. Bemorda
qon aralash qusish, aspiratsiyali pnevmoniya kuzatilganda, reja-
li-shoshilinch operatsiya o'tkaziladi. Boshqa holatlarda chaqaloq bir
yoshga to'lganidan so'ng rejali ravishda operatsiya qilinadi.

Faqat operatsiya orqali davo qilinadi.

Operatsiya usuli. Qorin devorining oq chizig'i bo'ylab kindik-
dan yuqorida qorin bo'shlig'i ochiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari tek-
shirib ko'rilganda ko'krak bo'shlig'iga, asosan, ko'ndalang chambar
ichakning siljiganligi aniqlanadi. U qorin bo'shlig'iga sekinlik bilan
tortib tushiriladi. So'ngra diafragmaning oldingi medial qismida
joylashgan churra darvozasi ko'ringach, churra qopi pastga tushirilib,
qisman kesib olinadi. Diafragma to'shning xanjarsimon o'simtasi
yoki yaqinda joylashgan qovurg'aga tikiladi. Qorin oldi devori berki-

tiladi. Operatsiyadan keyin bemor (5–7 kun davomida) reanimatsiya bo‘limiga o‘tkaziladi. Chok iplari 10–11 kundan keyin olib tashlanadi.

Frenikoperikardial churraning klinik ko‘rinishi.

Frenikoperikardial diafragma churrasi juda kam uchraydigan kasallik turi. Kasallikning klinik kechishi, asosan, chaqaloqning teri qoplami ko‘karishidan boshlanib, nafas yetishmaslik alomatlari yaqqol ko‘zga tashlanadi, vaqti-vaqti bilan qayt qilish kuzatiladi. Bunday holat qorin bo‘shlig‘idagi a‘zolarining perikard bo‘shlig‘iga siljishi natijasida yuzaga keladi (12-g rasm).

D i a g n o s t i k a s i. Tashxis uchun ko‘krak qafasi rentgenologik tekshiriladi. Bunda yurak soyasi atrofida havo bo‘shliqlari borligi aniqlanadi.

D a v o l a s h. Kasallik, asosan, xirurgik yo‘l bilan davolanadi. Bunda perikard bo‘shlig‘iga siljigan a‘zolar qorin bo‘shlig‘iga tushirilgandan keyin churra darvozasi va perikard bir qatorli ip bilan tikiladi. Ba’zi hollarda mutaxassislar churra qaytarilmasligi uchun uning darvozasini katta qorinpardasidan olib berkitishni tavsiya qiladilar. Buning uchun transrektal kesish yo‘li bilan qorin bo‘shlig‘i ochiladi. Diafragma devoridagi teshik va ko‘krak bo‘shlig‘iga siljigan a‘zolar aniqlanadi va diafragma teshigi orqali qovurg‘a tomonidan ko‘krak bo‘shlig‘iga kateter yuborib, u orqali shprints yordamida havo yuboriladi va sun‘iy pnevmotoraks chaqiriladi. Siljigan a‘zolari qorin bo‘shlig‘iga tushirish ingichka ichakdan boshlanib birin-ketin hamma a‘zolar o‘z o‘rniga tushiriladi. Diafragma teshigi atrofiga ip-tutqichlar qo‘yiladi. So‘ngra diafragmani qovurg‘aga keltirib tikiladi. Qorin oldi devori qavatma-qavat tikilib, plevra bo‘shlig‘i havosi punksiya qilish bilan so‘rib olinadi.

Diafragmaning old qismi churrasi

Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari Larrey yoki Morgan teshigi orqali to‘sh suyagi xanjarsimon o‘simtaning orqasiga chiqishi *diafragma old qismi churrasi* deb yuritiladi. Churraning ikki xildagi ko‘rinishi mavjud: parasternal va frenoperikardial (12-g rasm).

Parasternal churraning klinik kechishi. Kasallik belgilari chaqaloq tug'ilishidan boshlab kuzatiladi. Nafas olishi tezlashib yuzaki bo'ladi, lablar ko'karadi, bola yig'laganda bu alomatlar yaqqol ko'zga tashlanadi.

Obyektiv qaraganda ko'krak qafasining oldingi pastki qismi bo'rtib chiqqan bo'ladi. Perkussiyada esa o'sha yerda timpanik tovush aniqlanadi. Auskultatsiyada nafas tovushlari juda pasayadi. Ba'zida ko'krak bo'shlig'ida ichak harakati tovushlari aniq eshitiladi. Ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga qarab kuchli siljishi kamdan kam kuzatiladi.

Tashxis qo'yish uchun, asosan, qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi bir vaqtda rentgenologik tekshiriladi. Bunda chap yoki o'ng plevra bo'shlig'ida havo pufakchalari va bo'shliqlari borligi aniqlanadi. Diafragma devori churra tomonida aniq ko'rinmaydi. Tashxis qo'yish qiyin bo'lgan hollarda irrigografiya o'tkaziladi. Diafragmaning ikki tomonlama tug'ma bo'lmasligi juda kam uchraydigan nuqsonlar turiga kirib, odatda chaqaloq o'lik tug'iladi yoki hayotining dastlabki soatlarida o'ladi. Juda o'tkir kechadigan nafas olish va yurak qontomir sistemasining ish faoliyati buzilishi qisqa vaqt ichida nihoyatda og'irlashishi hisobiga tashxis qo'yish mumkin bo'lmay qoladi.

Differensial diagnostikasi. Chaqaloqlardagi diafragma churralarida farqlash, asosan, antenatal pnevmoniya, lobar emfizema, yurak nuqsonlari hamda tug'uruq paytida sodir bo'ladigan jarohatlar bilan o'tkaziladi.

Diagnostikasi. Yakuniy tashxis ko'krak va qorin bo'shlig'ini bir vaqtda umumiy rentgen tasvirini olganda qo'yiladi. Bu holatlarda chap yoki o'ng ko'krak qafasida juda ko'plab bir-biriga qadalib turgan havo bo'shliqlari borligi, ko'ks oralig'i a'zolarining (yurak qon-tomirlari) sog'lom tomonga qarab siljiganligi aniqlanadi. Qorin bo'shlig'ida esa havo faqat pastga tushuvchi ichak sohasida uchraydi. Tashxis qo'yish qiyin bo'lgan hollarda kontrast moddasi berib, rentgen qilinadi.

Davolash. Bemorni muvaffaqiyatli davolash asosan operatsiyadan oldin va keyin o'tkaziladigan davolash jarayonining qay darajada to'g'ri va zudlik bilan o'tkazilishiga bog'liq. Operatsiyagacha va undan keyingi davrda me'daga doimiy zond qo'yiladi. Chaqaloq

kyuvezga joylashtirilishi, undagi mikroiklim harorati 28–30 °C, namligi esa 70–90 % bo'lishi kerak. Periferik qontomirlar ish faoliyatini yaxshilash buyuriladi. Kasallikning o'tkir turida bemor 3–4 soat davomida operatsiyaga tayyorlanadi. Yarim o'tkir turida esa bemorning umumiy ahvoriga qarab 12–24 soat orasida operatsiyaga tayyorlanadi.

Kasallikning o'tkir turida bemorning teri qoplami ko'karadi, nafas harakatlari tezlashib, daqiqasiga 80–90 marta yetadi, yuzaki bo'ladi. Nafas yetishmaslik alomatlari bola emayotganida yoki uni yo'rgaklaganda kuchayadi, shuningdek, yurak faoliyatidagi o'zgarishlar hisobiga chaqaloqlarning umumiy ahvoli og'irlashadi, mustaqil nafas ololmaydi.

Obyektiv tekshirganda ko'krak qafasi deformatsiyaga uchragan bo'lib, churra tomoni ancha bo'rtib turadi. Nafas olish jarayonida qovurg'alararo mushaklar o'ta faol ishtirok etadi. Chaqaloq nafas olganda epigastral sohada o'pqonsimon chuqurlik paydo bo'ladi. Perkussiyada bo'g'iq tovush aniqlanadi. Kasallikning bunday og'ir kechishida ko'krak bo'shlig'iga siljigan a'zolarining siqilishi yoki ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi emas, balki arteriolalarining rivojlanmasligidan yuzaga keluvchi o'pka gipertenziyasi sabab bo'ladi.

Yarim o'tkir klinik kechishi, ko'pincha, chin churralarda diafragma relaksatsiyasida yuzaga keladi. Kasallik belgilari chaqaloq hayotining 2–3-kunida namoyon bo'ladi, asosan, kompensatsiyalangan nafas yetishmovchiligi bilan boshlanadi. Chaqaloqning lablarida ko'karish belgilari paydo bo'ladi. Bemorni churra tomonga yonboshlab yotqizilganda (bemor chap tomonlama churrada chap tomonga yotqizilganda) ko'karish alomatlari kamayib, bemorning umumiy ahvoli birmuncha yaxshilanadi.

Ko'pincha bemorning o'pka auskultatsiyasida churra joylashgan tomonda nafas olishning buzilishi, faqat shu o'pkaning yuqori qismi nafas olishda ishtirok etishi kuzatiladi.

Auskultatsiyada ko'krak qafasining sog'lom tomonida o'pkada nafas olish juda pasaygan bo'ladi. Chaqaloq tug'ilganidan keyin 2–3 kun o'tgach ko'krak qafasida ichak peristaltikasini aniqlash mumkin. Yurak tonlari esa qarama-qarshi tomonda eshitiladi. Qorinda asim-

metriya holati kuzatilib, ichkariga tortilganligi aniqlanadi, jigar esa qorin oldi devoriga yopishib turadi.

Diafragma devorini bir tomonlama butunlay bo'lmashligi *aplaziya* deb yuritiladi. Diafragma o'rnida qorin pardasi yoki yupqalashgan diafragma devori bo'lsa, bu holat ko'krak diafragma relaksatsiyasi deb yuritiladi.

Qizilo'ngach teshigi churrasi chin churra hisoblanib, u quyidagi ko'rinishlarda uchraydi:



15-rasm. Ezofageal churra.



16-rasm. Paraezofageal churra.

1. Ko'tarilgan qizilo'ngach churrasi. Bu holatda me'daning kardial qismi qizilo'ngach teshigi orqali ko'krak bo'shlig'iga chiqishi natijasida qizilo'ngach uzunligi qisqarganday ko'rinsada, aksincha u normal uzunlikda bo'ladi (13-a va 15-rasmlar).

2. Paraezofageal churra. Bunda odatdagidek rivojlangan va joylashgan qizilo'ngachni o'zgartirmasdan, chap yoki o'ng tomonidan me'daning kardial qismi ko'krak bo'shlig'iga chiqadi (13-b va 16-rasmlar).

Chaqaloqlarda diafragma churralari o'zining anatomik ko'rinishiga qarab klinik kechishi ham bir-biridan farq qiladi.

Diafragma devori churrasi

Chaqaloqlarda, ko'pincha 80 % hollarda soxta churralar uchrasa, faqat 20 % ni chin churralar tashkil qiladi. Churra, asosan, chap tomonlama bo'ladi, o'ng tomonlama churra har bir bemorning bir-ik-kitasida kuzatiladi.

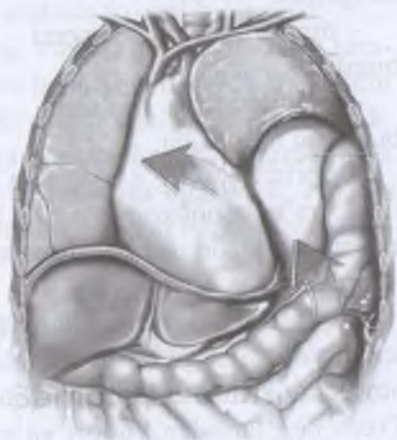
Soxta churralar ikki xil klinik kechishda namoyon bo'ladi: o'tkir va yarim o'tkir.

O'tkir turi. Bu holatda o'pka hamda yurak-tomir sistemasi faoliyatida kuchli o'zgarishlar yuzaga keladi. Bunday holatni S. Ya. Doletskiy (1958) *asfiksiyali siqilish* deb ta'riflagan. Kasallikning o'tkir kechish turi faqat soxta churrada yuzaga kelib, chaqaloq tug'ilishi bilan boshlanadi (ko'pincha chaqaloq tug'ilganida 12 soatdan keyin yoki birinchi kun oxirida). Bunda bemorning ahvoli og'irlashib boradi, nafas olishi qiyinlashadi.

Asfiksik qisilish sindromi. Asfiksiya sababli yuz bergan siqilish asorati bilan kechadigan diafragma churrasidagi klinik ko'rinishlar, qorin bo'shlig'idagi a'zolarining plevra bo'shlig'iga siljishi o'pkaning kalibrlanish darajasiga, ko'ks oraliq'ining naqadar siqilishiga va shox qontomirlarning nechog'lik bukilib qolishiga bog'liq (17-rasm). Chaqaloqlarda o'tkir nafas yetishmovchiligi, odatda soxta diafragma churralarida kuzatiladi.

Obyektiv kuzatuvda nafas olganda qovurg'alar oraliq'i va epigastral sohaning ichiga tortilishi, nafas olish aktida churra tomonda ko'krak qafasining turtib chiqishi va ortda qolishi aniqlanadi. Perkussiyada ko'ks oraliq'i a'zolarining churraning qarama-qarshi tomoniga siljishi kuzatiladi. Vertikal holatdagi ko'krak qafasining rentgenografiyasi aniq tashxis qo'yishga yordam beradi. Chap plevra bo'shlig'ida ko'p oq dog'lar va «noksimon» oqarish diafragmal churraga xosdir. Ba'zi hollarda me'da va ichaklarga kontrast moddalar yuborish mumkin.

Davolash xirurgik usulda olib boriladi. Operatsiya abdominal yoki torakal usulda qilinib, churra tarkibi qorin bo'shlig'iga qaytariladi. Diafragma plastikasi bajariladi. Operatsiyadan keyin chap o'pkada operatsiyaning cheklanishiga e'tibor berish kerak. Ba'zan diafragma churrasida chap o'pkaning gipoplaziyasi kuzatiladi.



17-rasm. Chaqaloqlarda asfiksik qisilish sindromi (sxema).

TUG'MA ICHAK TUTILISHLARI

Tug'ma ichak tutilishlari – oshqozon-ichak traktida tug'ma to'siq bo'lishi natijasida ovqat (ona ko'krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o'tmay qolishidir. Tug'ma ichak tutilishlarining keltirib chiqaruvchi sabablari turlicha bo'lib, ularni quyidagicha tasniflash mumkin:

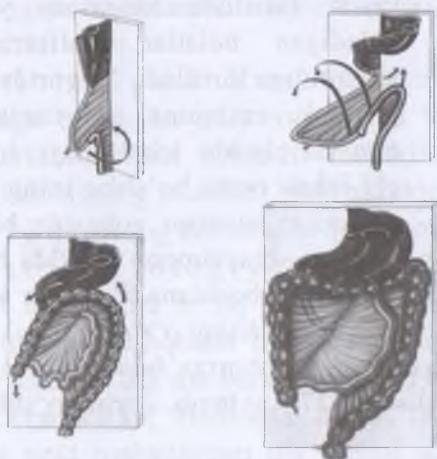
- malrotatsiya sindromi – ichak buralish jarayonining buzilishi natijasida;
- malformatsiya sindromi – ichak nayi va devori shakllanishining buzilishi;
- malfiksatsiya sindromi – tutqichlar hosil bo'lishi jarayonining buzilishi natijasida;
- qorin bo'shlig'i boshqa a'zolari tug'ma nuqsonlari – mekonial ileus, ya'ni oshqozon osti bezi kistofibrozi, aberant qontomir, xalqasimon oshqozon osti bezi, qorin bo'shlig'ida kista, hazm nayining ikkilanishi.

Tug'ma ichak tutilishlari tutilish sathiga ko'ra yuqori va pastki ichak tutilishlariga bo'linadi, ularning anatomik chegarasi – bu Treys bog'lami. Kelib chiqishi, anatomiyasi qanaqa bo'lishidan qat'iy nazar Treys bog'lamidan yuqori va pastki ichak tutilishlari deyarli bir xil kliniko-rentgenologik ko'rinishiga qarab tug'ma ichak tutilishlari yuqori va pastki ichak tutilishlariga bo'linadi. Klinik kechishiga qarab esa o'tkir, surunkali va retsdivlanuvchi-qaytalanuvchi tug'ma ichak tutilishiga bo'linadi.

Ichaklar rivojlanishi embriogenezi: ichak nayi hosil bo'lishi, buralishi. Embrional rivojlanishning erta davrlarida ichak nayi – birlamchi ichak qorin bo'shlig'ining *a.mezenterica superior* sohasida birlamchi tutqich bilan bog'langan naysimon shaklda bo'lib, rivojlanish jarayonida *fiziologik embrional churra* bosqichini o'taydi. Bir vaqtning o'zida ichak nayida buralish (*rotatsiya*), ichaklar va ularning tutqichlari hosil bo'lishi (*formatsioning shakllanishi*) va fiksatsiyanishi (*fiksatsiya* – qotirilish, mustahkamlash ma'nosida) jarayonlari boshlanadi (1-rasm). Ushbu jarayonlarning birgalikda yoki alohidalanib turli sabablarga ko'ra buzilishi natijasida oshqozon-ichak traktida tug'ma nuqsonlar, anomaliyalar yuzaga kelishi mumkin.

Ushbu jarayonlarning buzilishiga: ichak nayida buralish jarayonining buzilishi va undan kelib chiqadigan sindrom yoki kasallikka – *mal-rotatsiya* sindromi; ichaklar devori, ularning tutqichlari hosil bo‘lishi va shakllanish jarayonining buzilishiga – *malformatsiya* sindromi; ichaklarning fiksatsiyalanishi (fiksatsiya – qotirilish, mustahkamlash, qorin bo‘shlig‘i a‘zolari o‘z o‘rnini egallab, tutqichga ega bo‘lish jarayoni ma’nosida), tutqichlari hosil bo‘lish jarayonining buzilishi va undan kelib chiqadigan sindrom yoki kasallikka – *malfiksatsiya* sindromi deyiladi. Ularning har biriga alohida to‘xtalib o‘tamiz.

Birlamchi naysimon ichak o‘zining embrional rivojlanish jarayonida shnursimon, ya’ni tizimchasimon bosqichni o‘taydi. Birlamchi ichak nayi epiteliy proliferatsiyasi natijasida butunlay bekilib qoladi, buning izidan keladigan vakuolizatsiya (*rekanalizatsiya*) jarayonida esa ichak nayining ichi qaytadan quvur shaklini egallaydi. Ammo biron-bir ta’sirot natijasida ichakning ma’lum qismi berkligicha qolishi mumkin.

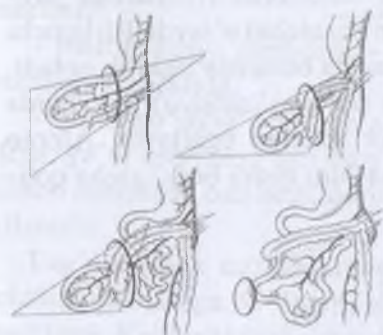


1-rasm. Ichak nayi hosil bo‘lishi va buralishi jarayonlari (sxema).

Agar rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida buzilsa, ichak bo‘shlig‘i yupqa parda bilan bekilib qolib, pardasimon atreziya yuzaga keladi (2-v rasm). Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida boshlanishga ulgurib, so‘ngra buzilsa, u vaqtda pardasimon atreziyada kichik (yoki turli o‘lchamli) teshik hosil bo‘lishi va pardasimon stenoz yuzaga kelishi mumkin (2-g rasm). Rekanalizatsiya



2-rasm. Ichak atreziyalari shakllari (sxema).



3-rasm. Ichak nayining fiziologik buralishi jarayonlari bosqichlari (sxema).

jarayoni ichak nayining katta qismida buzilsa, unda atreziya ichakning katta qismida hosil bo'lib, unda fibrozli atreziya kuzatiladi (2-b rasm). Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayining turli qismlarida buzilsa, unda sosiskasimon atreziya kuzatiladi (2-rasm).

Ba'zida ichak atreziyasiga rekanalizatsiya jarayonining buzilishi emas, balki mezenterial qon aylanish buzilishi sabab bo'lishi mumkin. Ichak atreziyalari, ko'pincha ichak nayining murakkab embrionologik jarayonlar kechadigan qismlarida uchraydi. Embrional jarayon buzilishi natijasida yuzaga keladigan holatlar malformatsiya sindromiga kiritiladi. Yuqorida aytilganidek, embrional rivojlanishning erta davrlarida ichak nayi birlamchi ichak qorin bo'shlig'ining *a.mezenterica superior* sohasida birlamchi

(*umumiy*) tutqich bilan bog'langan, «naysimon» shaklda bo'lib, keyinchalik ichak nayi buralish jarayoni boshlanadi: «o'rta ichak» (*o'n ikki barmoqli ichakdan chambar ichakning o'rtasigacha*) rivojlanish jarayonida «fiziologik embrional churra» bosqichini o'taydi va soat strelkasi teskari yo'nalishida 270° aylanib, qorin bo'shlig'iga qaytadi (3-rasm).

Oldiniga ingichka ichak qismlari qorin bo'shlig'iga tushadi, yo'g'on ichak esa chap yonboshdan yuqoriga, taloq ostiga, so'ngra o'ng tomonga jigar ostiga va keyinchalik o'ng yonboshga o'tadi. Natijada o'n ikki barmoqli ichak chambar ichak ortida qoladi. Buralish jarayonida ingichka va yo'g'on ichaklar alohida tutqichga ega bo'lib, qorin bo'shlig'ida o'z o'rnini egallaydi. Yuqorida keltirilgan embrional jarayon buzilishi natijasida ichaklarning turli anomal pozitsi-

yada turib qolishi, ichakning buralishi (*strangulyatsiya*), tutqich hosil bo'lishidagi nuqsonlari natijasida qorin bo'shlig'ida cho'ntak (*bursa*) ichki churra va ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin. Ichaklar buralish jarayonida ingichka va yo'g'on ichaklar noto'g'ri turib qolishi natijasida malrotatsiya sindromi yuzaga keladi. Ichak tutqichlari hosil bo'lishidagi norasoliklar esa malfiksatsiya sindromini hosil qiladi. Embrional rivojlanish jarayonida fiziologik embrional churra bosqichida ichaklar qorin bo'shlig'iga qisman yoki to'liq qolishi natijasida har o'lchamli embrional – kindik tizimchasi churralari va omfalosele paydo bo'ladi.

TUG'MA YUQORI ICHAK TUTILISHLARI KLINIKASI BILAN NAMOYON BO'LADIGAN KASALLIKLAR VA SINDROMLAR

Oshqozon atreziyasi – tug'ma berkligi juda kam uchraydigan patologiya hisoblanib, oshqozon-ichak trakti atreziyalari ichida 1 % ni tashkil etadi.

Etiologiyasi. Kasallik autosom-retsessiv holda avlodidan avlodga o'tadigan irsiy xarakterda bo'lib, ba'zida irsiy kasalliklar tarkibida ham uchrashi mumkin. Embriogeneza ichak nayi shakllanishining buzilishi bilan xarakterlanadi. Bunda onaning homiladorlik davrining kechishida qog'anoq suvlari ko'pligi kuzatiladi.

Patomorfologiyasi. Oshqozon atreziyasi oshqozon-ichak trakti uzviyligini to'liq buzilishi bilan xarakterlanadi. Membranoz shaklida esa oshqozon devori saqlangan holda shilliq qavatda o'tkazuvchanlik tug'ma berkligi sababli buziladi.

Klinikasi. Bemorda o'tsiz qusish, ya'ni oshqozon shirasi va oziq mahsulotlari o't shirasi aralashmasiz qusish kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishda oshqozon sohasi va pastki sohada gazlar, havo bo'lmasligi (gung-gomogen qoramtir qorin – «nemoy jivot») kuzatiladi.

Davolash. Operativ hisoblanib, ko'ndalangiga gastrotomiya-kesib, bo'ylamasiga tikish yoki *gastroduodenoyeyunoanastamoz* operatsiyasini o'tkazish tavsiya etiladi.

Pilorospazm. Oshqozon pilorik jomi funksional yetishmovchiligi hisoblanib, nerv tolalarining funksional yetishmasligi tufayli innervatsiya buzilishi natijasida pilorik jomda turg'un spazm kuzatiladi. Pilorik silliq mushaklar morfologik jihatdan to'g'ri shakllangan, innervatsiya jarayonining boshqaruvi buzilishi natijasida qusish sindromi asosiy klinik belgi hisoblanadi.

K l i n i k a s i. Qusish tug'ilganidan keyin, kun ora. Qusuq hajmi bir marta yegan ovqatidan kam miqdorda. Najasi o'z me'yorida. Peshob ajratishi biroz kamaygan. Terisining rangi – rangpar. O'zini tutishi biroz injiq. Tana vazni o'zgarmagan yoki biroz yoshi me'yoriga yetmaydi.

D i f f e r e n s i a l d i a g n o s t i k a s i. Asosan, chaqaloqlarda qusish sindromi kuzatiladigan kasalliklar, tug'ma pilorostenoz bilan qiyoslanadi (1-jadval). Tug'ma pilorostenoz bilan qiyoslanganda kontrastli rentgenografiyada bariy quyqasi oshqozondan erkin va to'liq pastga o'tib ketadi.

D a v o l a s h. Atropin bilan davolaganda yordam beradi. Oziqlantirish korreksiya qilinadi.

Tug'ma pilorostenoz. Chaqaloqlarda qusish sindromi kuzatiladigan kasalliklar jumlasiga kirib, davosi xirurgik korreksiyaning talab qiladi. Morfologik jihatdan tug'ma pilorostenoz oshqozon pilorik qismi sirkulyar mushaklarning tug'ma gipertrofiyasi natijasida torayishi, klinik jihatdan oshqozondagi luqmaning (ona ko'krak sutining) ichaklarga o'tmay qolib, qusish sindromi bilan kechadigan tug'ma kasallik hisoblanadi. Bunda biriktiruvchi to'qimalar o'zining yo'g'on tutamallari bilan mushak qavatlariga kirib chirmashadi. Yo'g'onlashgan qismining ko'pini mushakning aylana tolalari tashkil etadi. Mushak qavatida joylashgan nerv boylamlarini fibrozli to'qimalar o'rab, siqib qo'yadi. Shundan so'ng nerv hujayralar siqilib burishadi, glial elementlari giperplaziyaga, nerv tolalari esa seroz qavatda deformatsiyaga uchraydi, o'sha joy tog'aysimon bo'lib qattiqlashadi.

K l i n i k a s i. Kasallikning alomatlari chaqaloq 2–4 haftaligida boshlanadi. Asosiy klinik belgilaridan biri favvorasimon qusish. Bemor bolalarda ona sutini yoki sun'iy ozuqani emgandan keyin biroz yoki ko'p martalab qayt qilish kuzatiladi. Qusuq hajmi gohida bir yutim ovqatdan ko'proq bo'lib, yoqimsiz hid chiqaradi.

Bola oza boshlaydi, terisi quruqlashib, peshob ajralishi kamayadi, qabziyat paydo bo'ladi. Ko'p qusish bolani nimjon qilib qo'yadi. Bolaning ikki oyligidagi og'irligi, tug'ilgan paytidagi og'irligiga nisbatan kamayadi.

1-jadval

Tug'ma pilorostenozning pilorospazm bilan qiyosiy tashxisi.

Klinik belgilari	Pilorospazm	Pilorostenoz
Qusish	Tug'ilgandan keyin	2-3 haftalikdan boshlanadi
Qusish soni, vaqti	Kunora	Har doim ovqatdan keyin
Qusuq hajmi	Bir marta yeganidan kam	Bir marta yeganidan ko'p
Najas qotishi	Gohida najasi o'z me'yorida	Og'ir, qotib keladi
Peshob ajratish soni	Kamaygan (kuniga 10 marta)	Juda kamaygan (kuniga 6 marta)
Teri rangi	Rangpar	Juda rangpar
O'zini tutishi	Injiq	Bezovta emas
Tana og'irligi	O'zgarmagan yoki biroz me'yoriga yetmagan	Juda o'zgargan, kamaygan
Atropin kiritganda	Yordam beradi	O'zgarishsiz



4-rasm. Tug'ma pilorostenozda bemor ko'rinishi.



5-rasm. Qum soati belgisi ko'rinishi.

Teri osti yog' qoplami kamayib, qorin devori terisi burishib qoladi, bolaning ko'zlari kirtayib ketadi, katta liqildoq cho'kkan, tashqi ko'rinish «qarimsiq» qarigan cholg'a o'xshab qoladi (4-rasm). Pilorostenozning yana bir asosiy alomatlaridan biri, me'da peristaltikasining kuchayishi, yupqalashgan qorin devoridan qumli soat belgisining aniqlanishidir (5-rasm). Ba'zida gipertrofiyalangan pilorik jomni palpatsiya qilish mumkin bo'ladi. Kasallikning o'tkir turi bola ahvolini bir hafta ichida og'irlashtirib, gipotrofiyaga olib kelishi mum-

kin. Bu holatda suv elektrolit va ishqor kislota muvozanati tez buziladi. Laboratoriya tahlilida qonning quyuqlashishi kuzatiladi (gemoglobin va gematokrit ko'tarilib, xlor va kaliy qonda kamayadi). Tashxisni to'g'ri qo'yish uchun rentgenologik va endoskopik tekshiriladi (6-rasm). Tekshirish ertalab och qoringa o'tkaziladi. Fibrogastroskopiya qilib tekshirganda me'da kirish qismining kengayganligi (6-rasm) va pilorik qismining torayganligi (7-rasm) ko'rinadi.



6-rasm. Kardial jom kengayishi.



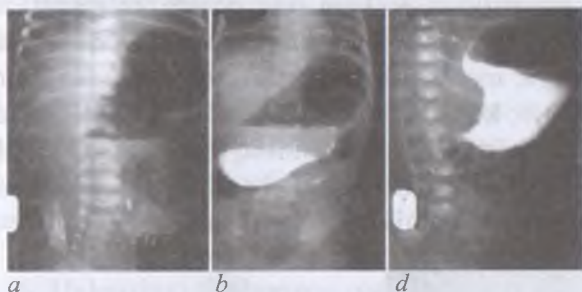
7-rasm. Pilorik jom torayishi.

Dastlab, qorin bo'shlig'i umumiy rentgen qilinib, me'da hajmi ko'riladi. Shundan so'ng bariyning suvli aralashmasi 1:1 nisbatda beriladi, 2–3 soatdan keyin va 23–24 soatlardan keyin rentgen qilinadi. Rentgen tasvirida pilorostenoz uchun quyidagi belgilarni ko'rish mumkin:

- me'da hajmining kattalashganligi (8-a va b rasmlar);
- oshqozonning kengayishib ketishi natijasida pastga tushishi – gastroptoz (8-b va d rasmlar).
- me'daning chuqur segmentli peristaltikasi – giperperistaltika, «qum soati»;
- jomning torayganligi (qush tumshuq simptomi) (8-d rasm);
- kontrast moddaning me'dada 2 soatdan 24 soatgacha turib qolishi.

Differensial diagnostikasi pilorospazm, adrenogenital (pseudopilorostenoz) sindrom, oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi, o'n ikki barmoqli ichakning Vater so'rg'ichidan yuqoridagi stenozi, tug'ma qisman yuqori ichak tutilishi, tug'uruq davri bosh miya jarohatidan so'nggi qusish sindromi, diareya, toksikoinfeksiyadagi qusish sindromi bilan qiyoslanadi. Adrenogenital sindrom bilan taqqoslaganda, kasal qusug'ida safro keladi. Qonda kaliy ko'tarilib, natriy esa pasayadi, rentgenda kontrast modda pilorik qismdan oson

o'tadi. Undan tashqari pilorospazm bilan qiyoslanadi. Qiyosiy belgilar 1-jadvalda ko'rsatilgan.



8-a; b va d rasmlar:
Pilorostenozda rentgenologik tekshirish ko'rinishlari.

Oshqozon-qizilo'ngach reflyuksida kasallik chaqaloq tug'ilganidan boshlanadi, gorizontal holda regurgitatsiya va qusish kuzatiladi, ezofagoskopiya kardiya sohasi ochiqligi, yarali-eroziv ezofagit kuzatiladi. Rentgenologik tekshirganda esa kontrast moddaning oshqozondan tezda evakuatsiyasi kuzatiladi, Tredelenburg holatida esa oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi kuzatiladi.

O'n ikki barmoqli ichakning Vater so'rg'ichidan yuqoridagi stenozi va tug'ma qisman yuqori ichak tutilishida kasallikning klinik belgilari chaqaloq hayotining birinchi kunidan boshlab namoyon bo'ladi, rentgenologik tekshirganda ikkita suyuqlik sathi borligi va oshqozonning kengayishi kuzatiladi.

Tug'uruq davri bosh miya jarohatidan so'nggi qusish sindromida bemorning tug'uruq anamnezi og'ir kechganligi, tug'uruq anamnezida jarohat olganligi, jarohatdan ko'karib qolganligi, postgipoksik ensefalopatiya belgilari borligi, rentgenologik tekshirganda kontrast moddaning oshqozonda turib qolmasligi, uning ichaklarga tezda o'tib ketishi bilan qiyoslanadi. Diareya va toksikoinfeksiya qusish sindromi birdaniga boshlanib, ichak o'tkazuvchanligi saqlanadi, rentgenologik tekshirganda kontrast moddaning oshqozonda turib qolmasligi hamda ichaklarga tezda o'tib ketishi kuzatiladi.

Davolash. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik 1–2 kun davom ettirilib, suv-elektrolit, metabolik buzilishlar imkon darajasida mo'tadillashtiriladi va Frede–Ramshted usulida piloromiotomiya qilinadi.

Og'riqsizlantirish umumiy intubatsion narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga orqa tomoni bilan chalqanchasiga yotqiziladi.

Qorin bo'shlig'iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. Pinset yordamida me'daning pilorik qismi operatsiya jarohatiga olib chiqiladi. Pilorik qismining gipertrofiya bo'lgan joyi oqarib ko'rinadi, tuzilishi bo'yicha yumaloq va qattiq bo'ladi (9-rasm). Qontomirlari yo'q joydan bo'ylamasiga, me'daga qarab kesim o'tkaziladi. Bunda shilliq qavatigacha ochilib, kesim qisqich yordamida kengaytiriladi. Kesimdan shilliq parda bo'rtib chiqadi. Shilliq pardaning butunligi tekshiriladi va me'da pilorik qismi qorin bo'shlig'iga joylanadi. Operatsiya jarohati qavatma-qavat tikiladi (10-rasm).



**9-rasm. Gipertrofiyalangan pilorik
jom (intraoperatsion ko'rinishi).**



10-rasm. Piloromiotomiya.

Operatsiyadan keyingi asoratlardan biri – bu shilliq parda jarohati. Buni bilish uchun operatsiya vaqtida me'da qo'l bilan bosilib, o'n ikki barmoq ichak tomonga suriladi. Agar shilliq qavat jarohatlangan bo'lsa, kesimning pastki burchagida havo pufakchasi chiqadi. Topilgan teshik 1–2 ta chok yordamida ko'ndalangiga tikilib, seroz-mushak bilan yopiladi.

Operatsiya muvaffaqiyatli kechganda 4–6 soatdan keyin 5–10 ml ona suti beriladi. Har 2 soatda sut miqdori 10 ml ga ko'paytirib boriladi, 5-kunga kelib 70 ml ga yetkaziladi. Ovqatlantirish orasidagi vaqt 3 soatga yetkaziladi va onaga emizish uchun ruxsat beriladi. 9–10-kunga kelib operatsiya choklari olinadi va bola to'liq ona suti bilan ovqatlantiriladi.

Prognoz – yaxshi tomonga o'zgarishlar bilan, operatsiyadan so'ng bemorlarni gipotrofiyasi, kamqonlik va gipovitaminoz davolanadi.

Duodenal tutilishi. Dudenostaz yoki duodenal tutilishlari deb ovqat mahsulotlarini o'n ikki barmoqli ichak duodenumda turib qolishi tushuniladi. Kasallik sababi turlicha bo'lib, surunkali ichak tutilishi klinikasi bilan namoyon bo'ladi. Ular quyidagilar bo'lishi mumkin:

1. O'rta ichak qisman buralishi.

2. Ledd sindromi – o'n ikki barmoqli ichak to'liq bekilmasa.

Yuqoridagi ikki holatda ichak nayi fiziologik burilishi turli bosqichda to'xtab qoladi, shuning uchun ularni «ichak nihoyalanmagan fiziologik burilishi» deb ham aytiladi.

3. O'n ikki barmoqli ichak «pardasimon» atreziyasi mikroperforativ teshiklari bilan (Fater so'rg'ichidan yuqori va pastida).

4. O'n ikki barmoqli ichak stenozi (Fater so'rg'ichidan yuqori va pastida)

5. och ichak boshlanish qismi stenozi

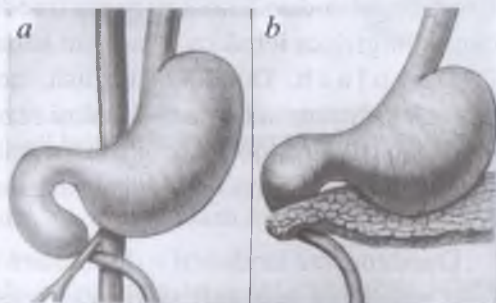
6. Halqasimon oshqozon osti bezi (o'n ikki barmoqli ichak to'liq bekilmasa 4-rasmga qaralsin).

7. *a.mezenterica superior*ning o'tkir burchak ostida chiqishi natijasida o'n ikki barmoqli ichakni bosib qolishi (*o'n ikki barmoqli ichak to'liq bekilmasligi 12–13-rasmlarga qaralsin*).

Aorta – mezenterial ichak tutilishi sindromi

Duodenostaz sindromini keltirib chiqaruvchi sabablardan biri bo'lib hisoblanadi. Aorta – mezenterial sindromida aortadan *arteria mezenterica superior*ning normaga nisbatan o'tkirroq burchak (45–60°) hosil qilib chiqishi natijasida *duodenum* bosilib qoladi va o'tkazuvchanlik buziladi (11-a va b rasmlar).

Agar tashqaridan bosim o'kazuvchanlikni qisman buzilishiga olib kelsa, u vaqtda «duodenostaz» yuzaga kelib, retsidivlanuvchi surunkali ichak tutilishiga, o'tkazuvchanlik butunlay buzilsa, unda yuqori ichak tutilishiga olib keladi.



11-a va b rasmlar. a) *a.mezenterica superior*ning o'tkir burchak ostida chiqishi natijasida o'n ikki barmoqli ichakning bosib qolishi; b) halqasimon oshqozon osti bezi.

Ushbu ikki holat aorta-mezenterial ichak tutilishi sindromi tushunchasi bilan yuritiladi. Xuddi shunday anatomik holat Ledd sindromida ham kuzatiladi. Aorta – mezenterial sindromi bilan kasallangan bemorlar astenik tana tuzilishi va o'tkir epigastral burchakka ega bo'lib, tengdoshlariga nisbatan vazni kamroq bo'lishi kuzatiladi. Kasallik 80 % holatlarda 7 yoshdan keyin klinik jihatdan namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Noaniq klinik belgilar bilan kechib, asosan, epigastral sohada noma'lum sababli og'riq, shish hissi, ko'ngil aynishi, kekirish, ovqatlangandan so'ng esa qorinning yuqori qismida shish paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Xarakterli belgilaridan biri bo'lib, tana holatini o'zgartirganda og'riq kamayadi, xususan, qorin bilan yotganda yaqqol namoyon bo'ladi.

Diagnostikasi. Qorin bo'shlig'i tasviriy rentgenografiyasida 2 ta suyuqlik sathini ko'rish mumkin. Kontrastli R-grafiyada oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak sathi kengayganligi, duodenoyeyunal sohaning yuqorida turganligini kuzatish mumkin. Aortagrammada aortadan *arteria mezenterica superior*ning normaga nisbatan o'tkir burchak (45–60°) hosil qilib chiqishi kuzatiladi (11-rasm). Ezofagogastroduodenoskopiyada duodenumning kengayganligi, staz hamda ingichka ichakka o'tadigan soha torayishini ko'rish mumkin.

Davolash. Duodenal tutilish, qorinda doimiy og'riq operativ davoga ko'rmatma bo'ladi. Ichakni rezeksiya qilib, umurtqa sohasiga qayta anastamoz qo'yish, gastrostomiya qo'yish, qisman oshqozon rezeksiyasi, duodenoyeyunoanastamoz qo'yish operatsiyalari bajariladi.

Duodenostaz sindromi – duodenum sohasida tug'ma to'siqlar bo'lishi natijasida ona suti yoki oziq massalarining qisman yoki to'liq o'tmay qolishi bilan kechadi. Sabablari yuqorida ko'rsatilgan.

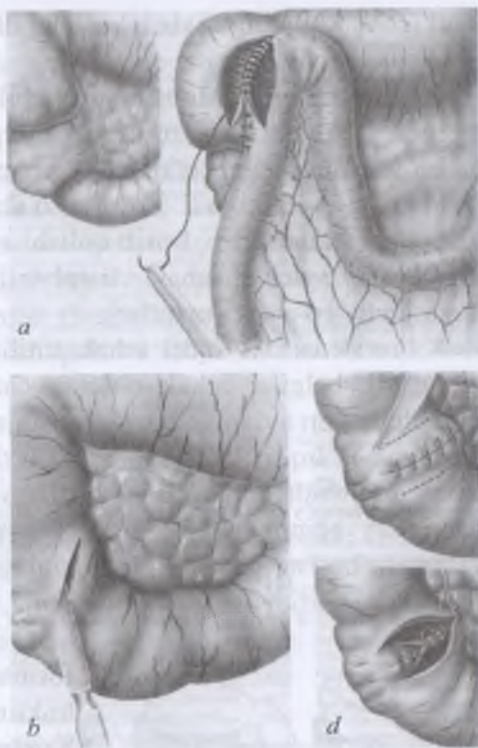
Klinikasi. Chaqaloq hayotining birinchi kunlaridan qayt qilish va qusish kuzatiladi. Kasallikning klinik namoyon bo'lishi stenoz–ichak nayi torayishi darajasi va uzunligiga bog'liq bo'ladi. Agar stenoz va torayish kuchli bo'lsa qusish va qayt qilishi, bemorning jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi ham namoyon bo'ladi. Natijada bemor kasallikning erta davrlarida kliniko-rentgenologik tekshirishdan o'tadi. Stenoz va torayish darajasi kamroq bo'lsa qusish va qayt qilish vaqti-vaqti bilan takrorlanib, davriy xarakterda bo'ladi, natijada

bemorning tengdoshlari jismoniy rivojlanishdan orqada qolishligi ham kam uchraydi. Bunday bemorlar ko'pincha somatik tashxislar bilan terapevtik bo'limlarda davolanishadi.

Ko'pincha ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynashi, kekirish, epigastral sohada og'irlik, dam bo'lish, og'riqqa shikoyat qiladilar. Bemorning ota-onasi qusuq massalarida toza yegan ovqat qoldig'i bo'lishi, ba'zida bolalar o'zlari sun'iy ravishda qusishga harakat qilishga shikoyat qiladilar. Bemor umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, epigastral sohada «qum soati» belgisini kuzatish mumkin. Duodenostazga halqasimon oshqozon osti bezi sabab bo'lganida, ba'zida yengil o'tuvchi sariqlik ham kuzatilishi mumkin (12-a; b va d rasmlar).

Diagnostika sida asosiy informativ usul bu oshqozon ichak traktini rentgenokonstrast tekshirish bo'lib qolaveradi. Kontrast modda qisman ichakning pastki qismi o'tish fonida ikki qadah belgisi kuzatiladi. Qusish sindromi kuzatiladigan kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash lozim.

Davolash. Bemorga operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkaziladi, bunda suv-elektrolit, metabolik buzilishlar mo'tadil holatga keltiriladi. Radikal davo – operatsiya. Og'riqsizlantirish umumiy narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo'shlig'iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. Keyingi



12-a; b va d rasmlar. Halqasimon oshqozon osti bezi turlari va operativ davo usullari.

usul ichak tutilishiga sabab bo'lgan omilni bartaraf etishga qaratiladi (12-a; b va d rasmlar).

Ichakning nihoyalanmagan fiziologik burilishi. Ichaklar embriogenezida ikki jarayon: formatsiya va rotatsiya jarayonlarining bir joy va bir vaqtning o'zida o'n ikki barmoqli ichak sohasida buzilishi natijasida namoyon bo'ladi. Ya'ni, o'n ikki barmoqli ichakni qorinparda tortmalari bilan tortib, bosib qolishi va o'rta ichak to'liq buralmasligi sababli ingichka ichak, chambar ichak o'ng qismining buralishi kuzatiladi (14-a va b rasmlar).

Klinikasi. Yuqori ichak tutilishi klinikasini namoyon qiladi, klinik belgilar ichak o'tkazuvchanligi buzilish darajasi, ichak tutqichida qon aylanish buzilish darajasi va o'rta ichak buralish darajalariga bog'liq bo'ladi. Agar ichak o'tkazuvchanligi buzilish darajasi, ichak tutqichida qon aylanish buzilish darajasi va o'rta ichak buralish darajalari bemor hayotiga xavf solmagan, qisman kompensatsiyalangan bo'lsa, yuqorida aytilganidek duodenostaz sindromi klinik belgilarini namoyon qilishi mumkin.



13-rasm. Ledd sindromi (sxema).

Diagnostikasida asosiy informativ usul – bu oshqozon-ichak traktini rentgenokonstrast tekshirish. Kontrast modda oshqozon-ichakning pastki qismiga o'tmaydi, ikki qadah belgisi, ikki gaz kuzatiladi. Kontrast modda qisman ichakning pastki qismi o'tish fonida ikki qadah belgisi kuzatilganda duodenostaz sindromi kuzatiladi. Qusish sindromi

kuzatiladigan kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash lozim.

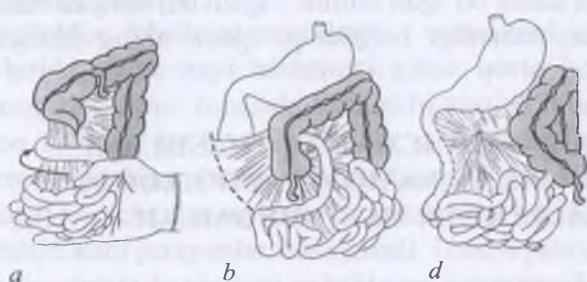
Davolash. Bemorga operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkaziladi, suv-elektrolit, metabolik buzilishlar mo'tadil holatga keltiriladi. Radikal davo – operatsiya. Og'riqsizlantirish umumiy narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo'shlig'iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. So'ngra **Ledda operatsiyasi** quyidagi uch bosqichda o'tkaziladi (14-a; b va d rasmlar):

I bosqich: buralib yotgan o'rta ichak soat strelkasiga teskari to'g'rilanadi (14-a rasm).

II bosqich: Embrional chandiqlar qirqiladi (14-b rasm).

III bosqich: chamber ichak chap yonboshga o'tkaziladi (14-d rasm). Keyingi usul ichak tutilishiga sabab bo'lgan omilni bartaraf etilganidan so'ng, intensiv terapiyaga qaratiladi.

Qorin bo'shlig'i ichki churrallari – malfiksatsiya sindromi, ya'ni qorin bo'shlig'i a'zolari o'z o'rini egallab, o'z tutqichiga ega bo'lish fiksatsiyalanish jarayoni (fiksatsiya – qotirilish, mustahkamlash ma'nosida) buzilishi natijasida tutqich hosil bo'lishidagi nuqsonlar natijasida qorin bo'shlig'ida cho'ntak (bursa)larga kirib, qisilib qolishi natijasida ichki churralar kelib chiqadi va ichak tutilishi klinik belgilari bilan namoyon bo'ladi.



14-a; b va d rasmlar. a) o'rta ichak buralishini; b) chandiqlarni qirqish; v) chap tomonga sekopeksiya to'g'rilash (sxema).

Qorin bo'shlig'i ichki churralarida churra darvozasi va xaltasi qorin bo'shlig'ida joylashadi, ular klinik amaliyotda nisbatan juda kam uchraydi va juda qiyin tashxislanadi. Bolalarda, ko'pincha strangulyatsion ichak tutilishi tashxisi bilan operatsiyaga olingandan so'ng intraoperatsion topilma sifatida aniqlanadi. Qorin bo'shlig'i ichki churralari ichida eng ko'p uchraydiganlari: ichak tutqichida 27 % gacha, Treyts boylami soxasida 21 % (*umumiy qorin bo'shlig'i ichki churralariga nisbatan*) uchraydi. Undan tashqari ichki churralar qovuq ustida, ko'richak oldida va h.k., ya'ni qorinpardaning deyarli hamma qismida uchrashi mumkin, qachonki u yerda tutqich defekti bo'lsagina. Ba'zida qorin bo'shlig'ida operatsiyadan so'ng tutqichda defekt bo'lsa ham ichki churra paydo bo'lishi mumkin.

Klinikasi. O'tkir boshlangan ichki churra qisilishida bemor qorin bo'shlig'idagi kuchli og'riqqa shikoyat qiladi, ushbu og'riq tizza – tirsak holatida susayishi kuzatiladi, ba'zida og'riq to'xtashi mumkin. Strangulyatsion ichak tutilishi belgilariga o'xshaydi, bemorda

kuchli davriy og‘riqdan tashqari ko‘ngil aynishi, qusish, bezovtalik kuzatiladi. Qorni yumshoq, og‘riqli, ba‘zida qorin bo‘shlig‘ida «o‘smasimon» hosila paypaslanishi mumkin, qorinparda ta‘sirlanish belgilari gumonli yoki manfiy, mushaklar tonusi oshmagan bo‘ladi.

D i a g n o s t i k a sida qorin bo‘shlig‘i tasviriy rentgenogrammasida Kloyber kosachalari, suyuqlik sathlari va gaz aniqlanadi.

D a v o l a s h. Bemorga operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o‘tkaziladi, suv-elektrolit, metabolik buzilishlar mo‘tadil holatga keltiriladi. Radikal davo – operatsiya. Og‘riqsizlantirish umumiy narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo‘shlig‘iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. Keyingi takтика ichak tutilishiga sabab bo‘lgan omilni – qisuvchi halqani bartaraf etishga, ichaklar hayotchanligi belgilariga qarab uning faoliyatini tiklashga qaratiladi.

TUG‘MA PASTKI ICHAK TUTILISHLARI KLINIKASI BILAN NAMOYON BO‘LADIGAN KASALLIKLAR VA SINDROMLAR

Tug‘ma ichak tutilishi – bu oshqozon-ichak traktida tug‘ma to‘siq bo‘lishi natijasida ovqat (ona ko‘krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o‘tmay qolishi. Tug‘ma pastki ichak tutilishining asosiy klinik belgilari:

- tug‘ilganidan ich o‘tmasligi;
- qorinning dam bo‘lishi;
- qusish, avvaliga oshqozonda hazm bo‘lmagan ozuqa bilan, keyin o‘t aralash va nihoyat ichak mahsulotlari bilan qusish;
- ichaklar giperperistaltikasi (har doim ham kuzatilavermaydi). Yuqoridagi belgilar yuqori ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi omilga qarab, ularda o‘ziga xos o‘zgarishlar kuzatilishi mumkin. Tug‘ma pastki ichak tutilishlari uchun xarakterli rentgenologik belgi – qorin bo‘shlig‘i obzor rentgenografiyasida 3 va undan ortiq suyuqlik sathi va ustida gaz bo‘lishi (Kloyber kosachalari) kuzatiladi (15-rasm).

Tug‘ma pastki ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi kasallik va sindromlar:

1. Ingichka ichak atreziyasi.
2. Qorin bo'shlig'ining ichki churralari.

3. Ichak nayining tug'ma ikkilanishi.

4. Mekonial ileus.

5. Girshprung kasalligi.

6. Dolixosigma.

7. Anorektal soha rivojlanish nuqsonlari; to'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasi (*oqma va oqmasiz shakli*).



15-rasm. Pastki ichak tutilishida Kloyber kosachalari. Rentgenogramma.

Ingichka ichak atreziyalari – embrional rivojlanishning erta davrlarida ichak nayi birlamchi ichak qorin bo'shlig'ining *a.mezenterica superior* sohasida birlamchi tutqich bilan bog'langan, naysimon shaklda bo'lib, rivojlanish jarayonida fiziologik embrional churra bosqichini o'taydi. Bir vaqtning o'zida ichak nayida buralish «rotatsiya», ichaklar va ularning tutqichlari hosil bo'lishi va fiksatsiyanishi kabi jarayonlar boshlanadi. Ushbu jarayonlarning birgalikda yoki alohidalanib turli sabablarga ko'ra buzilishi natijasida oshqozon-ichak traktida tug'ma nuqsonlar, anomalional yuzaga kelishi mumkin. Shakllanish jarayonining buzilishiga – «malformatsiya sindromi» deyiladi, undan kelib chiqadigan sindrom bu ichaklar atreziyasi, membranali atreziya va ichaklar tug'ma stenozidir, ularning har biriga alohida to'xtalib o'tamiz.

Birlamchi naysimon ichak o'zining embrional rivojlanish jarayonida «shnursimon» ya'ni «tizimchasimon» bosqichni o'taydi. Birlamchi ichak nayi epiteliy proliferatsiyasi natijasida butunlay bekilib qoladi, buning izidan keladigan vakuolizatsiya (rekanalizatsiya) jarayonida esa ichak nayining ichi qaytadan «quvur» shaklini egallaydi. Biroq biror bir ta'sirot natijasida ichak ma'lum qismi berkligicha qolishi mumkin. Agar rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida buzilsa, ichak bo'shlig'i yupqa parda bilan bekilib qolib, «pardasimon-membranalali» atreziya (16-rasm) yuzaga keladi. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida boshlanishga ulgurib, so'ngra buzilsa, u vaqtda «pardasimon» atreziyada kichik

(yoki har xil o'Ichamli) teshik hosil bo'lishi va pardasimon stenoz yuzaga kelishi mumkin. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi katta qismida buzilsa, unda atreziya ichak katta qismida hosil bo'lib, «fibrozli» atreziya kuzatiladi. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi har xil qismida buzilsa, unda «sosiskasimon» atreziya kuzatiladi (17-rasm). Ba'zida ichak atreziyasiga rekanalizatsiya jarayonining buzilishi va mezenterial qon aylanishi yetishmovchigi natijasida ingichka ichakning to'liq atreziyasi kuzatiladi (17-rasm). Ichak atreziyalari ichak nayining murakkab embrionologik jarayonlar kechadigan qismlarida uchrashi ko'proq kuzatiladi. Yuqorida aytib o'tilgan embrional jarayon buzilishi natijasida yuzaga keladigan holatlar «malformatsiya» sindromiga kiritiladi.

Ichaklar atreziyasida tug'ma pastki ichak tutilish klinikasi kuzatiladi. Tug'ma pastki ichak tutilishlarining asosiy klinik belgilari quyidagicha:

- tug'ilganidan ich o'tmasligi;
- qorinning dam bo'lishi;
- qusish, oldiniga oshqozondagi massalar bilan, keyinchalik o't aralash va nihoyat axlatli qusish.

– ichaklar giperperistaltikasi (har doim ham kuzatilavermaydi).

Yuqoridagi belgilar yuqori ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi omilni joyiga qarab, o'ziga xos o'zgarishlari kuzatilishi mumkin. Tug'ma pastki ichak tutilishlari uchun xarakterli rentgenologik belgi – qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasida 3 va undan ortiq suyuqlik sathi va ustida gaz bo'lishi (Kloyber kosachalari) kuzatiladi.



16-rasm. Membranali ichak atreziyasi.



17-rasm. Ingichka ichak to'liq atreziyasi.

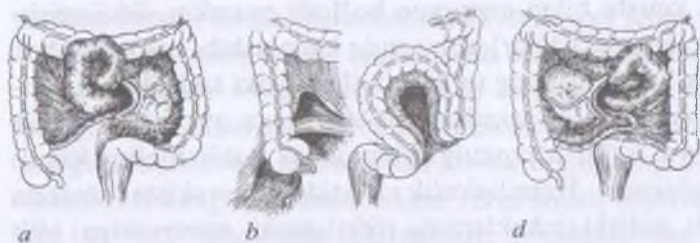
Ichki churralar – churra darvozasi va xaltasi qorin bo'shlig'ida bo'ladi. Churra darvozasi bo'lib ichak tutqichining nuqsoni (kamchiligi) – tug'ma teshiklar bo'lishi natijasida u yerga qorinparda va

ichak qovuzloqlari kirib qolishi mumkin. Ushbu churralar juda ham kam uchraydi, ularga tashxis qo'yish murakkab. O'tkir ichak tutilishi kasalligiga qo'yiladigan tashxis ko'pincha, bemorni operatsiya qilish vaqtida aniqlanadi. Churralar lokalizatsiyasiga qarab uning klassifikatsiyasi ishlab chiqilgan:

- ingichka ichak tutqichi;
- yo'g'on ichak tutqichi;
- Treys boylami;
- charvi usti;
- qovuq usti;
- ko'richak atrofi;
- chuvalchangsimon o'simta tutqichi;
- sigmasimon ichak atrofi;
- Vinslov teshigi;
- jigar yumaloq boylami;
- bachadon keng boylami;

– yo'g'on ichak atrofi singari (18-a; b va d rasmlar). Umuman olganda, qorin parda qayerda bo'lsa, uning tug'ma nuqsoni, ya'ni teshigi bo'lishi mumkin, ushbu teshikdan qorin pardaga o'ralgan holda qorin bo'shlig'i a'zolari kirib qolsa ular «chin», qorinpardasiz kirib ketsa «soxta» churralar ham deyiladi. Klinik belgilari uzoq vaqt namoyon bo'lmasliga mumkin. Klinik simptomatika rivojlanishi churra mahsuloti qisilganligi va ichak o'tkazuvchanligi buzilish darajasiga bog'liq. Bemorlar anamnezida sababsiz qorinda og'riq, tirsak-tizza holatida og'riqning pasayishi kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha o'tkir ichak tutilishi klinikasi namoyon bo'ladi.

D a v o l a s h. Operativ bo'lib, laparotomiya qilinadi, churra maxsulotlari ozod etiladi va churra darvozasi tikib, bartaraf etiladi.



18-a; b va d rasmlar. Ichki churralar-ning ichak tutqichidagi joylashuvi.

Ichak nayining tug'ma ikkilanishlari yoki ichak nayi a'zolari-ning juftlanishi deb — embrional rivojlanish davrida ichak devorining noto'g'ri shakllanishi natijasida ikkilangan kovakli ichak paydo bo'lishi bilan kechadigan tug'ma nuqsonga aytiladi. Ikkilanishning kelib chiqishi embrional hayotning birinchi oylariga to'g'ri keldi. Ikkilanishning paydo bo'lishi ichak naychasi shilliq qavatining shakllanishi va rekanalizatsiyasining buzilishi bilan bog'liq. Bu tug'ma nuqson quyidagi nomlar bilan ataladi: ovqat hazm qilish naychasining ikkilanishi, duplikatura, enterokista, enterokistoma, gigant divertikul va boshqalar. Bu nomlarning ko'pligi ikkilanishning anatomic turlari ko'pligi bilan bog'liq. U kichik kistasimon hosiladan to qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoqli ichak va boshqalarning to'liq ikkilanishini o'z ichiga oladi. Ingichka ichakning ikkilanishi ko'p uchraydi va u 60 % ni tashkil qiladi. Ovqat hazm qilish a'zolarining ikkilanishi tasnif bo'yicha quyidagi turlarga bo'linadi: kistoz, tubulyar va divertikulyar ikkilanish. Tubulyar duplikaturalarning qorin bo'shlig'i sohasida, ba'zan undan tashqarida — qorin orti sohasi yoki ko'krak qafasida joylashgan hollari ham qayd etilgan. Ichak naychasining juftlashgan qismi ko'p hollarda ichakning tutqich tomonida joylashib, umumiy qon ta'minotiga ega va u, ko'pincha asosiy ichak bilan puxta tutashgan bo'ladi.

Gistologik tekshiruvlar duplikatura va asosiy ichak naychasi tuzilishining o'xshashligini ko'rsatadi. Ba'zan shilliq qavat distopiya-si kuzatiladi (masalan, ingichka ichak kistasida me'da shilliq qavati topiladi), bu esa ichakdan qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

K l i n i k a s i. Ikkilanishning belgilari uning joylashishi, shakli va o'lchamlariga bog'liq. Ko'pincha dublikatlar belgilersiz kechadi va jarrohlik muolajasi davomida kutilmaganda topiladi. Lekin ba'zan (asosan, shilliq qavat distopiyasida) duplikaturalar bexosdan ichakdan kuchli qon ketishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Ikkilanishning kistoz turi (enterokistalar) goho juda kattalashib, qisman ichak tutilishi va ichak bo'shlig'ining to'liq yopilishi yoki tashqaridan siqilishiga olib keladi (19–20-rasmlar). Ba'zan kista atrofida ichaklar buralib qoladi va o'tkir strangulyatsion ichak tutilishining klinik manzarasi rivojlanadi. Homiladorlik paytida enterokista atrofida ichaklar buralib qolishi ichaklarning ikkilamchi atreziyasiga olib

kelishi mumkin. Ko'krak qafasiga kiruvchi divertikullarda disfagiya va atelektaz, bronxoektaz va nafas olishning boshqa buzilishlari kuzatiladi. Yo'g'on ichakning ikkilanishi surunkali qabziyat bilan namoyon bo'ladi. Rektal tekshiruv paytida bemorlarda og'riqsiz, yumshoq elastik konsistensiyali o'smasimon hosila paypaslanadi.



19-rasm. Enterokista, strangulyatsion ichak tutilishi.



20-rasm. Enterokista. Makropreparat.

To'g'ri ichakning ikkilanishida odatda siydik sistemasiga qo'shilgan oqma bo'ladi. Duplikaturalarning asoratlari ichakdan qon ketishidan tashqari, ichak invaginatsiyasi ham ma'lum bo'lib, bunday hollarda uni konservativ davolash foydasizdir.

Diagnostika si. Ovqat hazm qilish kovak organlari ikkilanishining diagnostikasi ko'p hollarda juda katta qiyinchiliklarga ega. Til osti kistasini boshqa etiologiyali kistalardan (ranula, limfangioma) faqat gistologik tekshiruvdan keyin farqlash mumkin. Ovqat hazm qilish kovak a'zolarining pastki qismlari ikkilanishida rentgenografiya tavsiya etiladi. Rentgenogrammalarni juda ehtiyotkorlik bilan talqin qilish lozim. Bir tomondan, soxta juftlanish ko'rilsa, ikkinchi tomondan, ikkilangan qism kontrast modda bilan to'lmay, ko'rinmay qolishi mumkin. Tushunarsiz hollarda diagnostik laparotomiya qilinadi. Enterokistalarni qorin bo'shlig'idagi kistoz hosilalardan farqlashga ichak devori va uning ichidagi narsalarni gistologik tekshirish yordam beradi. Ichak ikkilanishida kista devori ichak naychasiga xos tuzilishda va uning ichida hazm qilish bezlarining sekreti bo'ladi.

Davolash. Ovqat hazm qilish naychasining ikkilanishi faqat xirurgik yo'l bilan davolanadi. Enterokistani shilib ajratib olish qiyinligi tufayli ovqat hazm qilish kovak organining ikkilangan qismi rezeksiyasi keng qo'llanadi. Agar rezeksiyani bajarib bo'lmasa (o'n ikki barmoqli ichakning ikkilanishi), quyidagilardan biri bajariladi:

asosiy va qo'shimcha ichak (ikkilangan ichak) anastomozi, devori bilan shilliq qavatini qisman olib tashlash, ba'zan marsipulizatsiya qilish va h.k. Ko'krak qafasiga kiruvchi ichak divertikullarida xirurgik muolaja ko'pincha, bosqichda bajariladi: avval torakotomiya qilib divertikul olib tashlanadi va qolgan qismni ikki qator chok bilan tikiladi, so'ngra 1–1,5 haftadan keyin laparotomiya qilinib, qolgan divertikul rezeksiya qilinadi.

P r o g n o z i. O'z vaqtida tashxis, to'g'ri jarrohlik usuli qo'llanilsa prognoz yaxshi bo'ladi.

Qorin bo'shlig'ining kistoz hosilalari. Qorin bo'shlig'i kistalari kelib chiqishi, anatomik tuzilishi va joylashishi turlicha bo'lgan hosilalarni birlashtiruvchi tushuncha. Kistalar haqiqiy va soxta, atravmatik, parazitlar va boshqa turlarga farqlanadi.

Kelib chiqishi, joylashishi va klinik kechishi bo'yicha haqiqiy kistalar charvi, ichak tutqichi, ichak (enterokistalar) kistalariga bo'linadi.

Charvi kistalari – limfa to'qimasining distopiyasi yoki limfa yo'llarining tiqilib kolishi natijasida hosil bo'lib, charvi varaqlari orasida joylashadi. Ular yakka devorli, bo'lmali tuzilishga ega bo'lib, seroz suyuqlik bilan to'lgan. Bu kistalar o'lchami turlicha, ba'zan juda katta bo'ladi. Klinik ko'rinishi kistaning o'lchamiga bog'liq. Kichik kistalar boshqa sabab bilan bajarilgan xirurgik muolaja vaqtida tasodifan topiladi. Katta kistalar qo'shni a'zolari ezib, ba'zan qisman ichak tutilishini keltirib chiqaradi. Charvi kistasi bo'lgan bemorlarda qorin aylanasi astasekin kattalashishi kuzatiladi. Ko'pincha qorin oldi devoriga yaqin joylashgan, harakatchan kistalar aniqlanadi. Qorinni paypaslash og'riqsiz. Rentgenologik tekshiruv vaqtida qorin oldi devoriga yaqin joylashib, ichak qovuzloqlarini orqaga suruvchi o'smasimon hosilani ko'rish mumkin.

Ichak tutqichi kistalari odatda limfa to'qimasining distopiyasi natijasida kelib chiqib, ichak tutqichining istalgan qismida joylashadi. Ular ichak tutqich varaqlari orasida joylashib, ichak devori bilan bog'liq emas. Ichak tutqichi kistalari ichida odatda seroz suyuqlik bo'lib, ularning yuqori joylashgan hollarida xileoz o't suyuqligi bo'lishi mumkin. Kasallikning ilk belgilaridan biri – qorin aylanasi astasekin kattalashishi bo'lib, u bolani bezovta qilmaydi. Kis-

ta kattalashgani sari o'qtin-o'qtin qusish va og'riq paydo bo'ladi. Agar kista buralib qolsa, bolaning ahvoli battar og'irlashadi, og'riq kuchayadi, bola ko'p qayt qiladi.

Ichak tutqichi kistalariga hosilaning o'ta sirpanuvchanligi xos. O'sma qorin bo'shlig'ida bemalol sirpanadi, aniq chegaraga va tekis konturga ega. Ingichka ichak tutqichi kistalari juda ham sirpanuvchan. Katta ichak tutqich kistalarida ko'pincha asoratlar (kista o'z o'qi atrofida buralish, ichak tutilishi, yiringlash va boshq.) kuzatiladi. Bunday hollarda bemor qorin bo'shlig'i og'ir xastaligi bilan jarrohlik kasalxonasiga yotqiziladi.

Enterokista – ichak ikkilanishi (dublikaturasi) nomi bilan ataladigan kasallik. U ichak kovak a'zolari to'g'ri rivojlanmasdan ortiqcha o'sib ketishi, mushaklararo retension kista hosil bo'lishi (60%) natijasida enterokistalar ingichka ichakda joylashishidan kelib chiqadi. Klinik belgilari enterokista ichida yallig'lanish bo'lganda namoyon bo'ladi. Bunda bola o'zini noxush his qiladi va og'riq paydo bo'ladi. Qisman yoki to'liq ichak tutilishi kuzatiladi. Enterokistaning eroziyalangan shilliq qavatidan qon ketishi yoki devori teshilib, peritonit rivojlanishi mumkin.

Mekonial ileus deb – yopishqoq mekoniyning (oshqozon osti bezi fermentativ yetishmovchiligi sababli) yonbosh ichak terminal qismida tiqilib qolib, tug'ma pastki ichak tutilishi klinikasini namoyon qilishiga aytiladi. Mekoniy chaqaloqning birinchi axlati bo'lib, ona qornida qog'anoq suvlarining yutishi, oshqozon-ichak trakti shilliq qavati sekreti, oshqozon-ichak trakti rekanalizatsiya jarayonida to'kiladigan epiteliy, o't suyuqligi va oshqozon osti bezi sekretidan hosil bo'lib, chaqaloq tug'ilgach birinchi ichi o'tganda tashqariga chiqadi. Oshqozon osti bezi sekreti yetarli darajada bo'lmagach, mekoniy konsistensiyasi o'zgaradi va o'ta shilimshiq, yopishqoq bo'lib, yonbosh ichak terminal qismidan, Baugin qopqasi orqali yo'g'on ichakka o'ta olmaydi va obturatsion-mekonial ichak tutilishi yuzaga kelib, tug'ma pastki ichak tutilishi klinikasini beradi. Kasallik oshqozon osti bezi kistofibrozi va ekzokrin bezlarning faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqadi. Kasallik irsiy xarakterda bo'lib, autosom-retsessiv ravishda avloddan avlodga ko'chadi. Kistofibroz sistemali kasallik, organizmdagi barcha ekzokrin bezlarni zararlashi

mumkin. Geterozigotali ushbu kasallik ota-onadan 4:1 nisbatda namoyon bo'lishi mumkin. Oshqozon osti bezi kistofibrozi lokal va tarqalgan shakllari mavjud. Kistofibroz nafas yo'llari, oshqozon ichak traktida tarqalgan bo'lishi mumkin. Nafas yo'llarida uchrasa mukovitsidoz klinikasini, oshqozon-ichak traktida tarqalgan bo'lsa, mekonial ichak tutilishi klinikasini beradi.

Klinikasi. Mekonial ileus bilan tug'ilgan chaqaloqlar o'z vaqtida tug'iladi, ko'pincha gipotrofiya jarayoni kuzatiladi. Mekoniyning turib qolishi 24–48 soatgacha kuzatiladi. Bemorlarning qorni dam bo'lib shishadi, ichi kelmay, 2-kundan qusa boshlaydi. Qorin old devori orqali kengaygan ichak qovuzloqlarini kuzatish mumkin. Palpatsiyada «xamirsimon» konsistensiyali hosila qo'lga ilinadi. Anal teshik va to'g'ri ichak nisbatan tor bo'ladi. Irrigogrammada mikrokolon aniqlanadi. Asoratlangan vaqtda qorni birdaniga shishib ketadi, ko'p qusib, qorin old devori pastki qismi qizarishi mumkin.

Diagnostikasida, asosan, qorin bo'shlig'i tasviriy rentgenogramma qilinadi, ko'p miqdorda suyuqlik sathlari va gaz aniqlanadi.

Davolash. konservativ muolajalar qilinadi, tozalovchi klizma fiziologik eritma, gipertonik eritma, atsetilsistein va gastrografin bilan qilinadi. Samarasi bo'lmaganda umumiy og'riqsizlantirish ostida, laparatomiya va ichak holatiga qarab – tomiya, ektomiya, anastomoz qo'yish mumkin. Ileosekal sohada yonbosh ichak terminal sohasida kolbasasimon kengayish kuzatiladi (21–22-rasmlar).



21-rasm. Mekonial ileus bilan tug'ilgan chaqaloqda ichak intraoperatsion ko'rinishi.



22-rasm. Mekonial ileus bilan tug'ilgan chaqaloqda ichak intraoperatsion ko'rinishi.

Megakolon – tushunchasiga yo'g'on ichakning yoki uning bir qismi kengayishi bilan kechadigan kasallik va sindromlarga aytiladi.

Ushbu tushuncha yigʻma boʻlib, kelib chiqishi va patologoanatomik xislati turlicha boʻlgan kasalliklarni birlashtiradi. Ularning birlashtiruvchi asosiy klinik belgisi qabziyat boʻlib, yoʻgʻon ichakda kengayish kuzatiladi (23-a; b rasmlar).

Megakolonga olib keluvchi sabablar turlicha, ularni Yu. F. Isakov va A. I. Lyonyushkin quyidagicha tasniflagan:

- tugʻma va ortirilgan;
- funksional va mexanik xarakterli.

Tugʻma – Girshprung kasalligi, idiopatik megakolon, anorektal soha tugʻma nuqsonlari.

Orttirilgan – vitamin B₁ yetishmovchiligi, Chagas kasalligi, yuqumli kasalliklardan – psixogen qabziyatlar, endokrin buzilishlar, dorivorlarning nojoʻya taʼsiri, anus yorigʻi, anal sohada yalligʻlanish, kuyish, jarohatlardan soʻng va h.k. hosil boʻladigan megakolon.

Funksional xarakterli megakolon 2 turga boʻlinadi:

- intramural nerv chigallari yetishmovchiligi natijasida hosil boʻladigan megakolon (Girshprung kasalligi, vitamin B₁ yetishmovchiligi, Chagas kasalligi, yuqumli kasalliklar);
- intramural nerv chigallari taʼsirlanmasidan kelib chiqadigan Megakolon – idiopatik megakolon.



23-a va b rasmlar. Irrigogramma. Megakolon.

Mexanik xarakterli megakolon – anorektal soha tugʻma nuqsonlari, anal sohada yalligʻlanish, kuyish, jarohatlar natijasida hosil boʻladi.

Dolixosigma – yoʻgʻon ichak sigmasimon qismini uzayishi va kengayishi hisoblanib, megadolixosigma, megadolixokolon terminlari ham qoʻllaniladi. Kasallik, asosan, 1 yoshdan, chaqaloq ovqatiga

qo'shimcha kiritishdan so'ng namoyon bo'la boshlaydi. Natijada axlat massalari hajmi oshib, uzun ichak qovuzlog'ini to'ldiradi, buralib, qisib qo'yadi. Bemorlarni qabziyat, qorinda og'riq ba'zida qusish bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgisi axlat kelishining buzilishi bo'lib, uning 4 xil klinik turi farqlanadi:

1. Latent kechuvchi. Bunda bemorni deyarli hech narsa bezovta qilmaydi, boshqa sabablar bilan tekshirilganda ichak uzunligi aniqlanadi.

2. Sanchiqli. Kasallik tez-tez ichak sanchig'i bezovta qilishi bilan kechadi.

3. Surunkali qabziyat bilan kechadi.

4. Surunkali kolit bilan kechadi.

Kasallik qorinda spastik og'riq, tez-tez qabziyat bilan kasallanuvchi bemorlarda aniqlanadi. Kompensator shaklida tozalovchi klizma, parhez fonida bemorni shikoyatlari bartaraf etiladi. Subkompensator shaklida axlat faqat klizma va ich ketgizuvchi preparatlarni bergandan so'ng o'tadi, dekompensatsiya shaklida axlat faqat sifon klizmadan so'ng chiqadi.

Girshprung kasalligi – bu kasallik klinikasini daniyalik pediatri Garold Girshprung birinchi bo'lib 1887-yilda yozgan va keyinchalik bu kasallikni uning nomi bilan atashgan. Girshprung bu kasallikning haqiqiy tabiatini aniqlay olmasada, bemorning tashqi ko'rinishini, unda yo'g'on ichakning kengayib, devorlarining gipertrofiyaga uchrashini to'la yozib, uni yo'g'on ichakning «tug'ma kengayishi» deb atagan. Keyinchalik kasallikni tasvirlash uchun «tug'ma megakolon», «tug'ma idiopatik megakolon» kabi iboralar qo'llanib, shu kungacha atalib kelinmoqda. Girshprung kasalligi bolalarda ko'p uchrab turadi va adabiyotlardagi statistik ma'lumotlar tez-tez o'zgarib turadi. Nasldan-naslga o'tish xavfi 3,5 % ni tashkil qiladi.

Etiologiyasi va patogenez. Kasallik aniqlanganiga ko'p yil bo'lishiga qaramay, biz Girshprung kasalligini hozirgi vaqtda quyidagicha tasavvur qilamiz: ichak toraygan qismida harakat bo'lmashligi tufayli uning ustki qismi kattalashib, kengayib, axlat to'planishiga olib keladi. Shunday qilib, zamonaviy morfologik, gistoximik va patofiziologik tekshirishlar jarayonida bu kasallikni yo'g'on ichak oxirgi qismining yetishmovchiligi tug'ma aganglioz deb atash mum-

kin. Bu kasallik, asosan, intramural nerv to'qimalarining tug'ma yo'qligi va yetishmovchiligi yoki anomal ko'rinishi natijasida nerv-reflektor yoyida impuls o'tmasligiga olib kelib, ichakning o'sha sohalari ishlamasligiga hamda mushak, shilliq parda osti va shilliq qavatlari-ning ikkilamchi o'zgarishiga olib keladi.

Girshprung kasalligida avtonom nerv tugunlari (Meysner, Aurbax va Genli) yo'g'on ichakda devorida yetishmovchiligi yoki bo'lmasligi sababli najas ichakning tor qismida to'planib, ichakning yuqori qismi kengayishi va ichak devorining kompensator qalinlashish belgilari bemorda turlicha namoyon bo'ladi va ichak tutilishiga olib keladi. Aganglionar zona 14–25 % to'g'ri ichakda, 77 % to'g'ri va sigmasimon ichakda, 4–12 % to'g'ri ichakdan to taloq burchagi sohasida uchraydi (24-rasm).

Tasnifi (A. I. Lyonyushkin, 1987).

A. Anatomik turiga qarab:

I Rektal turi:

1. To'g'ri ichak oraliq qismining agangliozi (juda qisqa segment).
2. To'g'ri ichakning ampula va ampula usti sohasi agangliozi (qisqa segment).

II Rektosigmoid turi:

1. Sigma ichak pastki qismining agangliozi.
2. Sigma ichakning ko'p yoki hamma qismining agangliozi (uzun segment).

III Segmentar turi.

1. Bitta segment to'g'ri va sigmasimon ichak oralig'ida yoki sigma ichakdagi aganglioz.
2. Ikki segment va ular orasida normal ichak bo'lishi.

IV Subtotal turi.

1. Yo'g'on ichak chap tomonining butunlay agangliozi.
2. Yo'g'on ichakning chap va qisman o'ng tomonini agangliozi.

V. Total turi.

Yo'g'on ichakning butunlay agangliozi.

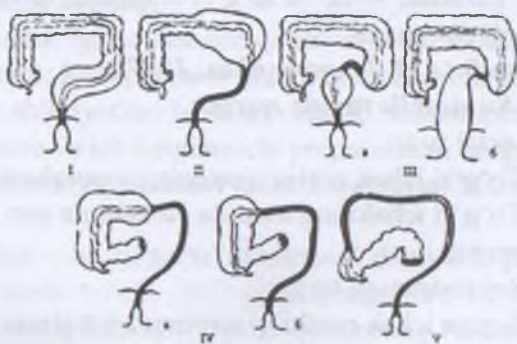
B. Klinik darajasiga qarab:

I Kompensatsiya.

II Subkompensatsiya.

III Dekompensatsiya.

Klinikasi va diagnostikasi. Girshprung kasalligining eng asosiy va birinchi klinik ko'rinishi ich qotish va qabziyatdir. Bu simptom chaqaloqlarda ko'p rivojlangan bo'ladi. Ich qotish aganglionar zonaning uzunligiga, qanday ovqatlanishga va ichaklarning moslanish kompensatsiya xususiyatiga bog'liq. Qisqa aganglionar segment bo'lsa, mekoniy, keyinchalik axlat o'tmaslik chaqaloqlarda 1–3 kungacha davom etadi va huqnadan keyin yengillik bilan ich keladi. Agar aganglionar zona uzun bo'lsa, ichak tutilish ko'rinishlari chaqaloqlarda juda chuqur o'tadi. Bu kasallikda chaqaloqning emizikli davrda ichi qotishi deyarli kuzatilmaydi yoki qiyinchiliksiz, konservativ dori vositalarini qo'llash bilan bu holat ma'lum muddatda sezilmaydi.



24-rasm. Girshprung kasalligi lokalizatsiyasi (sxema).

Chaqaloqqa qo'shimcha ovqat berilganda axlat quyuqlashib, ichakning kompensator holati kamayadi, bu esa ich qotish alomatining kuchayishiga olib keladi. Katta yoshdagi bolalarda esa, ich qotish alomati o'zgarib turib, u kunlik parvarishga, parhezga va konservativ davolash usullariga bog'liq bo'ladi. Ba'zi holatlarda ich qotish 3–7 kun davom etishi mumkin. Konservativ usullar hamma vaqt ham ichakning to'liq tuzalishiga yordam beravermaydi. Ko'pincha bu holat ichakda axlatning qattiqlashishiga va keyinchalik axlat toshlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Ba'zan katta axlat toshlar qo'qqisdan bemorni tekshirilganda qorin bo'shlig'i o'smasi degan noto'g'ri tashxis qo'yishga sabab bo'ladi va natijada bu holat obturatsion ichak tutilishiga olib keladi.

Girshprung kasalligining asosiy ikkinchi klinik belgisi, bu meteorizm, ya'ni qorinning dam bo'lishidir. Bunda axlat va gazlarning

surunkali to'xtab qolishi natijasida yo'g'on ichakning yuqori sohasi kattalashib, bu tashqaridan, qorin konfiguratsiyasining kattalashishiga olib keladi. Bu holat boshqachasiga «qurbaqa qorin» deb ataladi, ya'ni kindik qoringa qo'shilib ketib, pastga qarab, osilib turadi. Kattalashgan yo'g'on ichakning qorin bo'shlig'ida u yoki bu tomonga surilishi qorin devorining asimmetrik ko'rinishiga olib keladi. Paypaslaganda shishgan joyda ichak, ba'zan axlat bilan to'lgan bo'lsa qattiqroq (o'simtaga o'xshab), ba'zan xamirsimon, ya'ni barmoq bilan bosganda qorin devorida iz qolish kuzatiladi. Paypaslash jarayoni, ba'zan peristaltikaning kuchayishiga olib keladi. Surunkali axlat to'xtashi hisobiga, yaxshi parvarish qilinmagan bemorlarda ikkinchi kamqonlik, disbakterioz kasalligi va uning o'sib rivojlanishdan orqada qolish alomatlari kuzatiladi. Ba'zan o'ta kechiktirilgan holatlarda esa, ko'krak qafasining deformatsiyalanishiga va bu bemorning surunkali bronxit va zotiljam kasalliklariga tez chalinishiga olib keladi. Ich qotish, kuchli intoksikatsiya va ich tutilishi bemorda qusish alomatini paydo qiladi. Bu, asosan, emizikli bolalarda ko'p kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalar ichak tutilganda yoki buralganda qayt qiladilar. Bunda qusish, qorin og'rig'i bilan bir vaqtda davom etib, ich tutilishi yoki yo'g'on ichakning yorilishi tufayli paydo bo'lgan peritonit natijasida yuzaga keladi. Ko'pincha kasallikning surunkali davom etishi disbakterioz va ichak devorining yallig'lanishi, ichak shilliq pardasida yara paydo bo'lishiga, chaqaloq va kichik yoshdagi bolalarda ich ketishga (paradoksal) olib kelib, ko'pincha bemor o'limiga sabab bo'ladi.

So'ngi yillarda, Girshprung kasalligi o'z klinik ko'rinishini o'zgartirib, bemorda yengilroq kechadigan bo'ldi. Ammo surunkali ich qotish holati kasallikning hozir ham eng asosiy klinik belgisidir. Bu kasallik klinik holatining har xil kechishini yengil, o'rta og'ir va og'ir yoki o'tkir, o'rta o'tkir va surunkali kabi turlarga bo'lgan.

Girshprung kasalligida simptomlarning tez o'zgaruvchanligi va turini emas, balki bu simptomlarning qay darajada og'ir-yengilligini darajalar bilan belgilaydilar (A. I. Lyonyushkin, 1987). Kasallikning klinik belgilari uch guruhga bo'linadi:

1. Erta paydo bo'ladigan belgilar: ich qotish, qorinning dam bo'lishi va qorinning kattalashish alomatlari (25-rasm).



25-rasm. Girshprung kasalligida bemor ko'rinishi.

2. Kech paydo bo'ladigan belgilar: kamqonlik, o'sishdan orqada qolish, gipetrofiya, ko'krak qafasining deformat-siyasi, tosh-axlat paydo bo'lishi.

3. Asorat belgisi: qusish, qorin og'ri-g'i, paradoksal ich ketish.

Bu holatlar kasallarni operatsiyaga tayyorlashda katta ahamiyat kasb etadi. Klinik belgilarning kechishi (A. I. Lyon-yushkin, 1987) uch darajaga bo'linadi: kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya.

1. Kompensatsiya darajasi. Kasal-likning birinchi kunida chaqaloqlar sog'lom bolalardan farq qilmaydi. Ba'-zan ich kelishning tutilishi, qorinning

dam bo'lishi, qusish bilan bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Bu axlat yengil klizmadan keyin o'tadi va keyinchalik bu holat ancha sezilarli davom etadi. Ich qotish belgisi qo'shimcha yoki sun'iy ovqatlantirishdan keyin ancha davom etib, og'irroq kechadi. O'ta yaxshi parvarish va o'z vaqtida qilingan huqnalar bunday hollarda ich kelishini mo'tadillashtiradi.

2. Subkompensatsiya darajasi. Bu kompensatsiya va dekom-pensatsiya stadiyalarining oraliq turi bo'lib, bunda klinik belgilar aniq ko'zga tashlanadi; kasallikning umumiy holati asta-sekin astoydil tus-ga kiradi va sifonli huqna qilishga to'g'ri keladi. Bundan tashqari, bu holatlarda ikkilamchi belgilar kasallikning qanday parvarishiga qarab u yoki bu tomonga siljib turishi mumkin.

3. Dekompensatsiya darajasi. Bunda klinik belgilar o'tkir va surunkali holatlarga bo'linadi, o'tkir dekompensatsiya holati chaqaloq tug'ilgandan keyin darhol ichak tutilishining *pastki formasi* tariqasida ko'rinadi: mekoniya deyarli bo'lmaydi, gaz chiqmasdan qorin dam bo'ladi. Kuchli konservativ davolash, ya'ni sifonli huqna bu xurujni pasaytirib, subkompensatsiya holatiga olib kelishi mumkin.

Girshprung kasalligining klinik ko'rinishi ko'p jihatdan agang-lionar zonaning uzunligiga bog'liq. Kompensator stadiyasi kasallik-

ning – rektal turiga, subkompensatsiya va dekompensatsiya darajalari, rektosigmoid, subtotal va total turlariga to‘g‘ri keladi. Bunday proporsiya doim to‘g‘ri kelavermaydi. Bular asosan kasalga parvarish, parhez va ichaklarni tozalash bilan ma‘lum ko‘rinishda u yoki bu stadiya holatida namoyon bo‘ladi.

Diagnostikasi. Tashxis, asosan, anamnez, barmoq bilan to‘g‘ri ichakni tekshirish, rentgenologik, funksional va gistokimyoviy tekshirishlar asosida qo‘yiladi. Anamnezda asosan ich qotish vaqti qachondan boshlab paydo bo‘lgani va h.k. to‘g‘risida so‘raladi. Barmoq bilan to‘g‘ri ichakni tekshirishda bu kasallikka xos belgi: to‘g‘ri ichak ampulasining bo‘sh bo‘lishi, ichki sfinkter tonusining oshganligi aniqlanib, buning yuqoriligi qay darajada aganglionar zona uzunligi bilan bog‘liq bo‘ladi.

Rentgen diagnostikada bu kasallikka xos belgi irrigografiyada toraygan zona va uning ustki qismida (*suprastenotik*) ichakning voronkasimon kengayishidir. Bu holatning aniq ko‘rinishi kasallikning anatomic va klinik turlariga ham ko‘p jihatdan bog‘liq bo‘ladi (26-a va b rasmlar).



26-a va b rasmlar.
Irrigogramma.
Toraygan-aganglionar soha va suprastenotik kengayishining ko‘rinishi.

Chaqaloqlarda bu klinik belgilar, aganglionar zonaning juda qisqa turlarida irrigografiya doim ham tashxis qo‘yish uchun to‘liq ma‘lumot bermaydi. Shuning uchun bunday holatda funksional va gistokimyoviy tekshirishlar o‘tkazish lozim. Funksional diagnostikaga quyidagilar kiradi:

1. To‘g‘ri ichak faoliyatini aniqlash uchun (tinch turganda va sfinkterni qisqartirgan vaqtda) profilometriya usuli.

2. Ichki va tashqi sfinkter elektromiografiyasini aniqlash.
3. Ichki va tashqi sfinkter apparatining motor funksiyasini aniqlash.
4. Orqa chiqaruv teshigi, to'g'ri ichak va yo'g'on ichak refleksometriyasini aniqlash. Bu tekshirishlar natijasida Girshprung kasalligida teskari rektoanal tormoz refleksi hisobiga to'g'ri ichak bosimining oshishi, ichki sfinkter apparatining qisqarish qayta amplitudasi va to'g'ri ichak motorik harakatining aritmiyasi kuzatiladi.

Gistokimyoviy diagnostikada to'qimadagi antixolinesteraza (AXE) faolligi va suk-sinatdegidrogenaza soni oshganligi aniqlanadi. Buning uchun aganglionar zonaning bir necha joyidan biopsiyaga to'qima olinib tekshiriladi. Girshprung kasalligida AXE faolligining 2–3 marta (parasimpatik nerv tolalar va ichakning shilliq parda mushaklarida) oshgani ko'riladi.

Differensial diagnostikasi. Bu kasallikni mekoniy probkasi yoki ichak tutilishi, yo'g'on ichak yoki orqa chiqaruv teshigi stenozi, disbakterioz, megakolon va boshqa kasalliklar bilan qiyoslanadi.

Davolash. Girshprung kasalligi faqat operativ yo'l bilan davolanadi. Ammo bu masalani yechishda bir necha taktik muammolar hozirgi kungacha munozara bo'lib turibdi. Bular quyidagicha:

- tez va radikal operativ davolash;
- kolostoma qo'yib operatsiya qilish;
- konservativ davolash.

Konservativ davolash usullari. Ich yurishini yaxshilaydigan parhez taomlar, gimnastika, fizioterapiya, tozalovchi va sifonli huqnalar.

Operativ davolash usullari.

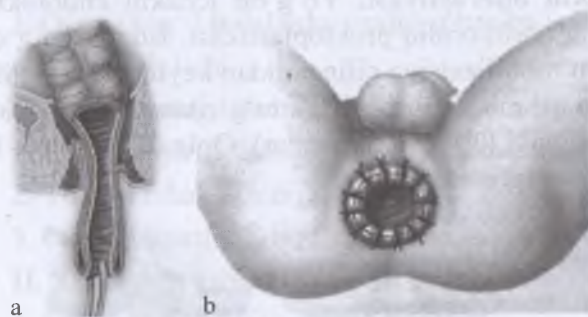
1. Palliativ operatsiya – kolostomiya.
2. Radikal operatsiyalar mohiyati: gemikolonektomiya, qorin-oralik proktoplastikasi. Proktoplastika bajarilishiga qarab quyidagi operatsiyalar va ularning modifikatsiyalari bajariladi: *Svenson – Isakov, Dyumel – Bairov, Soave – Lyonyushkin va Rebayn* qorin-oralik proktoplastik operatsiyalari.

Kolostoma Girshprung kasalligining quyidagi hollarida qo'yiladi:

- dekompensatsiya bosqichida (o'tkir ichak tutilishi) agar konservativ tadbirlar yordam bermasa;
- sifonli huqna paytida shokka o'xshash reaksiya bo'lganda;

- radikal operatsiyada, agar anastomozga ishonch bo‘lmasa;
- operatsiyadan keyin, agar anastomoz ochilib ketib, bemorning ahvoli og‘irlashganda;
- ko‘p marta yo‘g‘on ichakda va oraliq sohasida radikal yoki plastik operatsiyalar qilinganda.

Svenson–Isakov operatsiyasi yoki qorin-oraliq rektosigmoid ektomiya. Bunda yo‘g‘on ichakning oxirgi qismi mobilizatsiya qilinib, ichakning aganglionar zona (toraygan) va kengaygan qismi rezeksiya qilinadi, ichakni pastga tushirib oraliq sohaga invaginatsiya qilinib, to‘g‘ri ichak (4–5 sm orqa chiqaruv teshigidan yuqorida rezeksiya qilingan) bilan anastomoz qilinadi (27-rasm).

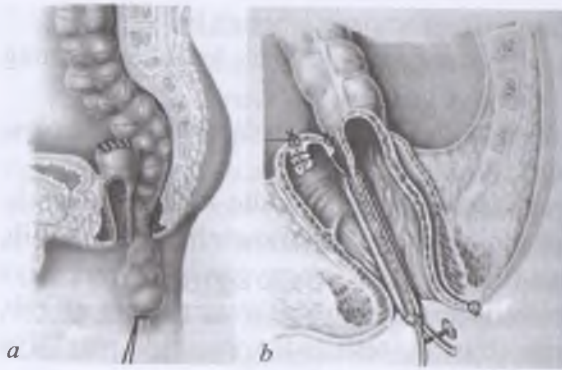


27-a va b rasmlar.
a) ichakni pastga tushirib oraliq sohaga invaginatsiya qilinib; b) to‘g‘ri ichak (4–5 sm orqa chiqaruv teshigidan yuqorida rezeksiya qilingan) bilan anastomoz qilinadi.

Dyuamel–Bairov operatsiyasi – retrorektal, transanal ichakning pastga tushirilishidir. Bunda ichakni mobilizatsiya qilgandan keyin, to‘g‘ri ichak qo‘yib rezeksiya qilinadi va mobilizatsiya qilingan ichak to‘g‘ri ichakning orqasi va dumg‘aza suyak orasidan tushirilib, orqa chiqaruv teshigidan chiqariladi (28-a va b rasmlar). To‘g‘ri ichak va tushirilgan ichak devoriga tikuvsiz anastomoz hosil qiluvchi qisqich qo‘yiladi. 10–15 kunda qisqich turgan joyi uzilib tushib, to‘g‘ri ichak ampulasi paydo bo‘ladi (28–29-rasmlar).



28-a va b rasmlar.
a) retrorektal;
b) transanal ichakning pastga tushirishi.



29-a va b rasmlar. a) mobilizatsiya qilingan ichak to'g'ri ichakning orqasi va dumg'aza suyak orasidan tushirilib, orqa chiqaruv teshigidan chiqariladi; b) to'g'ri ichak va tushirilgan ichak devoriga tikuvsiz anastomoz hosil qiluvchi qisqich qo'yiladi.

Soave–Lyonyushkin operatsiyasi. Yo'g'on ichakni endorektal anastomozsiz tushirish qorin-oraliq proktoplastikasi. Bunda yo'g'on ichakning oxirgi qismi mobilizatsiya qilinganidan keyin to'g'ri ichak sohasi demokuzatsiya qilinib, oraliq sohaga to'g'rilanadi va 5–6 sm qoldirilib rezeksiya qilinadi (30-a va b rasmlar). Qolgan ichak 10–15 kundan keyin anastomoz qilinadi.



30-rasm. Yo'g'on ichakning oxirgi qismi mobilizatsiya qilinganidan keyin to'g'ri ichak sohasi demokuzatsiya qilinib oraliq sohaga to'g'rilanadi va 5–6 sm qoldirilib rezeksiya qilinadi.

Anorektal tug'ma nuqsonlar

Anorektal (orqa chiqarish teshigi va to'g'ri ichakka oid) tug'ma nuqsonlari ko'pincha bolalik yoshida uchrab turadigan tug'ma kasallikdir. Kasallikning kelib, chiqishi, asosan, homilaning dastlabki oylarida normal embriogeneznining buzilishi hisobiga paydo bo'ladigan murakkab patologik o'zgarishlar natijasidir.

Tasnifi. Hozirgi vaqtgacha 50 dan ortiq anorektal tug'ma nuqsonlar tasnifi ma'lum bo'lib, bularning ichida amaliy jarrohlar ichida ko'p qo'llaniladigani A. I. Lyonyushkin tasnifidir.

I. Atreziyalar.

A. Kloaka turlari:

1. Siydik qopiga tegishli.
2. Diloqqa (qinga) tegishli.

B. Atreziyaning oqmali turlari:

1. O'g'il bolalarda: qovuq, uretra va oraliqqa ochilishi.
2. Qiz bolalarda: bachadon, qin, qin dahliziga ochilishi.
3. Qiz va o'g'il bolalarda: oraliq sohasiga (yorg'oq va tashqi jinsiy a'zolariga) ochilishi.

C. Atreziyaning oqmasiz turlari:

1. Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichak atreziyasi.
2. To'g'ri ichak atreziyasi.
3. Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi.

II. Tug'ma torayishlar.

1. Orqa chiqaruv teshigi torayishi.
2. To'g'ri ichakning torayishi.
3. Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichakning torayishi.

III. Me'yoriy orqa chiqaruv teshigi bo'lgan holda tug'ma oq-malar.

1. Qiz bolalar jinsiy a'zolariga (qin, qin dahliziga).
2. O'g'il bolalarda siydik chiqaruv yo'llariga (qovuq va uretraga).
3. Qiz va o'g'il bolalarda oqmaning oraliq sohasiga ochilishi.

IV. Orqa chiqaruv teshigi ektopiyasi.

1. Oraliq sohasiga (o'g'il va qiz bolalarda).
2. Qinga yaqin joydagi ektopiya.

V. Oraliq sohasining tug'ma ayrilishi.

Quyida keltirilgan tasnif deyarli hamma tug'ma nuqsonlarni o'z ichiga oladi.

Atreziyalar. Atreziyalar butun anorektal nuqsonlarning 70–85 % ini tashkil qilib, klinik belgilari atreziyalarning turiga bog‘liq.

Oqmasiz atreziya.

Klinikasi va diagnostikasi. Chaqaloq tug‘ilganidan keyin dastlab umumiy holati qoniqarli bo‘ladi. Keyinchalik 10–12 soatdan keyin chaqaloq bezovtalanib chinqira boshlaydi, uyquzi buziladi. Sutkaning oxirlariga borib ichak tutilishi belgilari yuzaga chiqa boshlaydi: bunda qorin shisha boshlaydi, avval me‘da, keyinchalik o‘t suyuqligini qusadi, chaqaloq emmaydi. Chaqaloqqa agar yordam ko‘rsatilmasa, eksikoz va toksikoz belgilari kuchaya borib, qusish jarayonida aspiratsion zotiljamga yoki ichak kattalashib yorilishi natijasida ikkilamchi peritonitga asoratlanib, bemor hayotdan ko‘z yumishi ham mumkin.

Bemorga tashxis qo‘yish uchun oraliq sohasini profilaktik ko‘zdan kechirib tekshirish va mekoniy chiqishiga e‘tibor berish kerak. Bunday holda atreziyalar birinchi ko‘rishdan ko‘zga tashlanadi. Keyinchalik uning turi, ya‘ni orqa chiqaruv teshigi sohasidami, to‘g‘ri ichak sohasidami va uning chuqurligi, yuqori yoki pastligi (2–2,5 sm gacha) tekshirishlar natijasida aniqlanadi.

Orqa chiqaruv teshigi membranali atreziyasi. Bu atreziyalarning eng yengil turi bo‘lib, bunda orqa chiqaruv teshigi sohasida xiraroq membrana borligi, uning sal deformatsiyalanganligi aniqlanadi. Bu membranali atreziya chaqaloq kuchanganda do‘ppayib, mekoniy xira ko‘rinadi. Paypaslaganda teri ostida yumshoq konsistensiyali mekoniy aniqlanadi.

Davolash. Xirurgik yo‘li bilan (qisqich) membrana ochiladi, orqa chiqaruv teshigi atreziyasi kengaytirilib, anus hosil qilinadi. Anus atreziyasi ham past atreziya turiga kirib, ko‘rganda chandiqli joyi bo‘lib, bir oz torayganroq bo‘ladi.

Klinikasi. Chaqaloq bezovta bo‘lganda, yig‘laganda bo‘rtmasada, paypaslab ko‘rilganda yumshoq, kuchanganda mekoniya va ichak bosimi seziladi. Shunga qaramasdan, Vangesten usuli bo‘yicha anus sohasiga tanga qo‘yib rentgen qilinib, oraliq masofa aniqlanadi (31-rasm).

Davolash. Oraliq proktoplastikasi qilinib, ichak pastga tushiriladi va anus hosil qilinadi.

To'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasi. Bu yuqori forma atreziyalariga kirib, bunda oraliq sohasining yaxshi rivojlanmaganligi, kichik hajmdaligi va dum suyagi, hatto dumg'aza suyagi-ning o'smaganligi ham qayd qilinadi. Anus sohasida teri silliq bo'lib ko'rinadi. Vangensten usuli bo'yicha rentgen qilinganda aniq yuqori (2,5 sm) atreziyaning formasi aniqlanadi (31-rasm).



a



b

31-a va b rasmlar.

Vangensten usulida
invertogramma. Anus
sohasiga tanga qo'yib,
rentgen qilinishi,
atreziya
turining aniqlanishi:
a) pastki atreziya;
b) yuqori atreziya.

Aniq tashxis qo'yishda punksiya, Peller–Sitkovskiy sinamasi qo'llanadi. Bo'sh shprints ninasi anus sohasiga suqilib, chamasi 2 sm chuqurlikdan shprints orqali havo so'riladi. Bunda gaz yoki mekoniya bo'lishi bilan nina belgi qilinib, tortib olinadi va atreziya uzunligi aniqlanadi. A. I. Lyonyushkin sinamasi bo'yicha shprints ga kontrast modda olinib, nina anus sohasiga sanchiladi, gaz yoki mekoniy paydo bo'lganida kontrast modda yuboriladi va rentgen qilinib, ichak konturi va atreziya turi aniqlanadi.

Davolash. Operativ yo'l bilan qorin-oraliq proktoplastikasi qilinadi.

Qizlarda jinsiy a'zolarga ochilgan oraliq atreziyalar. Qin orqa devoriga, qinga kirish joyida, diloqning uchiga va bachadonga ochilishi mumkin. Klinik belgilari oqmaning qay sohaga ochilishiga, uning diametriga va chaqaloqning umumiy parvarishiga bog'liq. Asosiy belgilari, agar oqma qisqa va keng bo'lsa, diloqqa kirish joyidan mekoniy yoki gaz chiqishi kuzatiladi. Keyinchalik chaqaloq sun'iy ovqatlantirilganda, axlatning chiqishi qiyinlashib, ba'zan huqna qilishga to'g'ri keladi.

Agar oqma qinga ochilgan bo'lsa (31-rasm), bunda doim mekoniy yoki axlat to'g'ri ichakdan chiqishi hisobiga, qinda va siydik yo'l-

larida yallig'lanish alomatlarini paydo qilishi qorin bo'shlig'iga infeksiya tushib, yallig'lanish (peritonit) kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bunda tez axlat to'planishi va chaqaloqni uyda parvarish qilish imkoniyati yo'qligi sababli, axlatli intoksikatsiya tez rivojlanib, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Oqma teshigi ko'riladi va uning joyiga qarab (qizlik pardadan yuqorida qinga tegishli, qizlik pardadan pastda qin dahliziga tegishli oqma) tashxis qo'yiladi. Agar rektovestibulyar oqma bo'lsa, tashqi jinsiy a'zolarida o'zgarish bo'lmaydi. Aksariyat rektovaginal oqmada esa tashqi a'zolar deformatsiyalanib, infantilizm belgilari tariqasida ko'rinadi.

Davolash. Rektovestibulyar oqmani bartaraf qilishda oraliq proktoplastika (Stoun, Benson va Penya) usullari bilan oqma bartaraf qilinib, ichak o'z joyiga tushiriladi va anus shakllantiriladi.

O'g'il bolalarda ichak oqmalarining tug'ma siydik chiqarish a'zolariga (siydik pufagi va siydik chiqarish kanali) ochilishi kam uchraydi, ularning asosiy klinik belgilari siyish vaqtida siydik bilan birga havo va axlatning chiqishidir. Agar oqma siydik pufagi bilan aloqador bo'lsa, siyish jarayonida siydik doim axlat bilan aralashgan holda chiqadi (ba'zan oxirida gaz chiqishi mumkin). Oqma uretraga ochilgan bo'lsa, dastlab axlat aralashgan siydik paydo bo'lib, keyinchalik toza siydik chiqadi. Gaz uretra orqali ba'zan siyish jarayoni bo'lmaganda ham chiqishi mumkin.

Diagnostikasi. Bu xil patologiyalar kechimi ancha qiyinroq bo'lib, ko'pincha juda ingichka oqma yo'li ba'zi bir holatlarda (axlat tiqilganda yoki shilliqlar bilan to'lganda) klinik belgisiz kechishi mumkin. Shuning uchun bunday nuqsonlarni aniqlashda qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalanish zarur. Chaqaloqlarni Vangensten-Kakovich usuli bilan rentgen qilganimizda gaz ichak va siydik pufagi sohalarida aniqlanadi (32-rasm). Uretraning oqmasi keng bo'lsa, kateterizatsiya qilganda kateter to'g'ri ichakka oqma orqali tushadi. Bundan tashqari, uretrotsistografiya usulini qo'llash tashxis qo'yishda katta o'rin tutadi.

Davolash. Agar oqma siydik pufagiga ochilgan bo'lsa, vaqtinchalik sigmastoma yoki radikal operatsiya (qorin-oraliq proktoplastikasi) qilinib oqma bartaraf qilinadi va ichak oraliq sohaga tushirilib, orqa chiqaruv teshigi hosil qilinadi. Oqma agar uretraga

ochilgan bo'lsa, bunda oraliq proktoplastika operatsiyasi qilinib, atreziya bartaraf etiladi, ichak oraliq sohaga tushirilib, anus hosil qilinadi.

Oqmaning oraliq sohasiga ochilishi o'g'il va qiz bolalar o'rtasida bir xil uchraydi. Bunda oqmaning tashqi teshigi oraliq sohaga ochilib, undan axlat oz miqdorda chiqib turadi. Bunda tashxis qo'yish qiyin bulmaydi, ya'ni oqma teshigi orqali metal kateter suqib, oqmaning yo'li bemalol aniqlanadi. Bunday hollarda oqmaning bu turini anus ektopiyasidan farq qilish alohida o'rin tutadi.

Davolash. Oraliq proktoplastikasi bilan oqma bartaraf etiladi, anus hosil qilinadi (Solomon-Lyonyushkin usuli).

Atreziyaning kloakal shakli. Bu og'ir atreziyaning bir turi bo'lib, bunda urogenital sinus, oqma orqali atreziyalangan to'g'ri ichak bilan qo'shiladi. Bunday chaqaloqda anus bo'lmaydi. Jinsiy a'zosidan siydik va axlat chiqib turadi, ya'ni kloaka vazifasini bajaradi. Ushbu nuqsonning bir necha anatomik turi farq qilinadi. Nuqsonlar, asosan, rentgenologik, kontrast eritmalar bilan tekshirish hisobiga aniqlanadi.

Davolash. Laparoskopiya qilinib, ichki jinsiy a'zolaridan biopsiya olinadi, jinsiy xromosomalar aniqlanib, bolaning jinsi aniqlanganidan keyin, bir necha plastik oraliq operatsiyalar bilan yetishmagan a'zolar anatomik shakli tiklanib, normal holga keltiriladi.

Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichakning tug'ma torayishi. Tug'ma nuqsonlar ichida bu tug'ma torayish 10–15 % ni tashkil etadi. Bu orqa chiqaruv teshigi sohasida, to'g'ri ichak sohasida alohida bo'lib uchraydi. Torayishi membrana shaklida teridan yoki shilliq pardadan, ba'zan esa qattiq fibroz halqadan iborat bo'lib, bir necha mm dan 2–4 sm gacha boradi.

Klinika si. Chaqaloq tug'ilgandan keyin tug'ma torayishi juda qisqa bo'lsa, dastlab aniqlash qiyin bo'ladi, chunki bunda kasallikning



32-rasm. Anus atreziyasi, rektouretral oqma. Sistouretrografiya.

aniq belgilari yaqqol bo'lmaydi. Agar torayishi ma'lum bir masofada rivojlangan bo'lsa, birinchi kundan boshlab torayish hisobiga chaqaloq bezovtalanib, qiynalib lentasimon shaklda axlat chiqaradi (defekatsiya), chaqaloq ulg'ayib qo'shimcha ovqatlanganidan keyin, bu ko'rinish yana avj olib, chaqaloqning ichi qotadi va chaqaloq qiynalib, defekatsiya sodir qiladi. Bu ko'rinish katta yoshdagi bolalarda juda rivojlangan bo'lib, ikkilamchi megakolon kabi ichaklar kengayishiga olib keladi. Kasallikning diagnostikasi uncha qiyin bo'lmaydi.

Nuqsonni tashxislash bemor ota-onasining shikoyati, anamnez, bemorni ko'rish va barmoq bilan orqa chiqaruv teshigini tekshirish natijalariga ko'ra qo'yiladi. Agar tor soha juda yuqorida bo'lsa, rektoromonoskop bilan ko'riladi. Irrigografiya orqali torayish sohasining qancha chuqurlikda joylashganligini va uzunligini aniqlash mumkin.

Differensial tashxisi. Oraliq oqmasi, presakral kista, teratoma va Girshprung kasalligi bilan qilinadi.

Davolash. Dastlab buj bilan ichak kengaytiriladi. Agar 1–1,5 oyda bu tadbir foyda bermasa, operativ yo'l orqali kengaytiriladi. Operatsiyani tanlash torayish joyiga va xususiyatiga bog'liq. Ichakning tor joyi yumshoq va keng bo'lmasa operativ yo'l bilan avval uzunasiga kesilib, keyin ko'ndalangiga tiqiladi. Ichakning tor qismi 2,5 sm gacha bo'lsa, aylanasiga kesilib, sfinkterlarga jarohat yetkazilmasdan oraliq proktoplastikasi qilinadi, maksimal, tor joy pastga tushirilib kesib tashlanadi va ichak devori teriga tikiladi. Agar tor zona anus va to'g'ri ichak sohasida bo'lsa kombinatsiyalangan proktoplastika bajariladi. Tor joy 3–4 sm chuqurlikda bo'lsa, Soave usuli bo'yicha qorin-oraliq proktoplastikasi qilinadi.

Qolgan anorektal oqma turlari va kasalliklari yuqorida ko'rib o'tilgan kasallik klinikasiga o'xshaganligi va aniqlash usuli turlari bir xil bo'lgani uchun biz qolgan kasalliklarga to'liq to'xtalib o'tmaslikni lozim topdik.

Qorin-oraliq proktoplastikasi operatsiyasidan keyingi davolash usullari – bu stimullovchi davo; dietoterapiya; tos mushaklarini mustahkamlovchi-davolovchi huqna; disbakterioz biokorreksiyasi; metabolit terapiya; vitaminoterapiya; immunostimulyatsiya; periferik nerv oxirlari trofikasini stimullovchi sinusoid modulirlangan toklar; intrarektal dorsonval; impuls magnitoterapiya.

JIGAR, O'T YO'LLARI VA ME'DA OSTI BEZINING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Portal gipertenziya sindromi. Zamonaviy tibbiyotning dolzarb masalalaridan biri portal gipertenziya sindromi hisoblanadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, so'nggi yillarda, dunyo mamlakatlarida portal gipertenziya bilan asoratlangan jigar sirrozi sonining tobora oshib borayotganligi qayd qilinmoqda.

Portal gipertenziyaning xatarli asoratlari qatoriga qizilo'ngachdan profuz qon oqishi, astit (istisqo) va o'tkir jigar yetishmovchiligi kiradi. Qizilo'ngachdan qon oqishda o'lim 80–90 % ga, kasallik dekompensatsiyasida esa 100 % ga yetadi. Shunday qilib, portal gipertenziya muammosini o'rganishning dolzarbligi shak-shubhasizdir. Bu masalalarni faqat jarrohlargina emas, balki boshqa har qanday ixtisoslikdagi mutaxassislar ham bilishi shart.

Portal gipertenziya atamasi klinik amaliyotga XX asrning 50-yillarida ingliz jarrohi Mak Indoe tomonidan kiritilgan. Portal gipertenziya sindromi zamonaviy nuqtayi nazardan butun organizmning – qopqa (darvoza) qon aylanish havzasi (1-d rasm), yurak-tomir sistemasi, nafas olish a'zolari, jigar, buyraklar va boshqa a'zolar kasalligidir.

U portal sistemada turli kasalliklar sababli qon oqimi qiyinlashganda paydo bo'ladigan klinik o'zgarishlar yig'indisi (portal bosim ortishi, splenomegaliya bilan gipersplenizm, qizilo'ngach va me'da venalarining varikozi kengayib, ulardan qon oqishi, qorinning old devori va gemorroidal venalarning kengayib ketishi, shuningdek istisqo) bilan ta'riflanadi. Bu sindrom bolalarda tug'ma va orttirilgan jigar kasalliklari asorati sifatida uchraydi (M. M. Aliyev, 1990).

Portal gipertenziyaning taklif etilgan ko'p sonli tasniflari orasida M. D. Patsiora (1984) tasnifi amaliyotda keng qo'llaniladi.



1-d rasm. Porta hosil qiladigan qontomirlari.

Portal gipertenziya tasnifi.

1. Portal qon aylanishining jigar usti blokadası:

- yurakdan bo‘ladigan jigar sirrozi;
- Kiari kasalligi (jigar venalari trombozi).

Baddi–Kiari sindromi, pastki kovak venaning jigar venalari sathidagi trombozi, uning jigar venalaridan yuqoridagi stenozi yoki obliteratsiyasi, o‘smalardan, chandiqlardan bosilishi.

2. Portal qon aylanishining jigar ichidagi blokadası:

- turli formadagi jigar sirrozlari (portal, postgepatit, biliar, aralash);
- jigar o‘smalari (tomir, parazitlar, bezsimon);
- jigar fibrozi (portal, chandiqli, shikastlar va mahalliy yallig‘lanish jarayonlaridan keyin).

3. Portal qon aylanishining jigar osti blokadası:

- darvoza vena yoki tarmoqlarining tug‘ma stenozi yoki atreziyasi;
- darvoza vena yoki tarmoqlarining flebosklerozı, obliteratsiyasi, trombozi;
- darvoza vena yoki tarmoqlarining chandiqlar, o‘smalar, infiltratlardan bosilishi.

4. Portal qon aylanishi blokadasining aralash turi:

- jigar sirrozi darvoza vena trombozi bilan birga (birlamchi jigar sirrozi, darvoza vena trombozi asorati);
- darvoza vena trombozi jigar sirrozi bilan (darvoza vena trombozi asorati sifatidagi portal sirroz).

Portal gipertenziyaning jigar ichi turi. 70–80 % hollarda portal gipertenziya jigar sirrozi (yoki jigar fibrozi) zaminida jigar ichi blokadasiga bog‘liq bo‘ladi.

Ko‘pchilik mutaxassislar Gavana (1956) tasnifi asos qilib olingan quyidagi tasnifni afzal deb bilishadi:

Morfologik o‘zgarishlarga ko‘ra:

A. Portal (septal)

B. Postgepatit

C. Biliar; jigardan tashqaridagi obstruksiya bilan va obstruksiyasiz

D. Aralash

Kechishi bo‘yicha: faol, nafaol faza.

A. Avj olib boradigan (faol, nafaol)

B. Barqaror

C. Regressiyali

Kasallik bosqichlari bo'yicha:

A. Boshlang'ich

B. Shakllanib bo'lgan sirroz

C. Atrofik (o'tib ketgan) sirroz

Jigar funksional holati bo'yicha:

A. Yengil (*kompensatsiya*)

B. O'rtacha og'ir (*subkompensatsiya*)

C. Og'ir darajali (*dekompensatsiya*)

Portal gipertenziyada jigarining ko'rinishi



2-rasm. Sog'lom jigarining ko'rinishi.



3-rasm. Fibrozga uchragan jigarining ko'rinishi.



4-rasm. Sirrozga uchragan jigarining ko'rinishi.



5-rasm. Jigar o'smasining ko'rinishi.

Portal gipertenziyaning jigardan tashqari turi. Polietiologik kasallik, uning asosida portal sistema rivojlanishining tug'ma nuqsonlari, trombozi yoki flebosklerozi, tomirlarning boshidan oxirigacha turli sathlardan o'tkazuvchanligining buzilishi yotadi. Yosh bolalarda uchraydigan portal gipertenziya sabablaridan 80 % ini rivojlanishdagi tug'ma nuqsonlar tashkil etadi.

To'siqdan pastda joylashgan tomirlarda qon bosimining ortib bori-shi, jigar ichidagi tomirlarda esa normal bosim bo'lishi jigar osti portal gipertenziyasiga xosdir. Bunday hollarda, kasallikning boshlang'ich davridayoq kollateral tomirlar keng rivoj topib, asosan, me'da va qizilo'ngach tomirlari orqali portokaval shuntlanish kuzatiladi. Shu bilan bir vaqtda porto-portal shuntlar ham ochilib, jigarni qisman bo'lsada portal qon bilan ta'minlab turadi. Shuntlar kengaygan sari kavernoza konglomeratlar hosil bo'ladi va holat darvoza venasining angiomatoz transformatsiyasi deb ataladi. Bu turdagi bemorlarning 85 % qizilo'ngach varikoz venalaridan katta qon yo'qotishi mumkin.

K l i n i k a s i. Portal gipertenziyaning klinik manzarasi turli-tuman va ko'p jihatdan birlamchi kasallik hamda jigardagi jarayonga qo'shilgan blokadaga bog'liq. Bolalarda, ko'pincha jigardan tashqari portal gipertenziya kuzatiladi. Surunkali faol gepatitning klinik ko'rinishida ko'proq nevrologik va dispeptik o'zgarishlar ko'zga tashlanadi. Bunga sekin-asta darmonsizlik, tez holsizlanish, injiqlik, uyquning buzilishi va meteorizm qo'shiladi. Surunkali gepatit sirrozga o'ta borgach teri quruqligi, mayda tomirlardan hosil bo'lgan yulduzchalar, kaftning qizarishi, barmoqlarining nog'ora tayoqchasining o'zgarishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Jigar sirrozning doimiy simptomlaridan biri gepatosplenomegaliya bo'lib, bu holat deyarli 90–95 % bemorlarda kuzatiladi. Jigar chetlari dumaloqlashib, qattiqlashadi va yuzasida g'adir-budur bo'rtmachalar paypaslanadi. Keyinchalik qorin devori teri osti tomirlari kengayib, astit va shishlar paydo bo'ladi. Jigar osti portal gipertenziyasi bo'lgan hollarda faqat 2–3 yoshgacha bo'lgan bolalardagina gepatomegaliya kuzatilishi mumkin. Astit sirrozdagiga nisbatan kam uchraydi, odatda ko'p qon yo'qotishdan keyin paydo bo'lishi mumkin. Anemiya va gipoproteinemiya yo'qotilishi bilan asit ham so'rilib ketadi.

D i a g n o s t i k a s i. Portal gipertenziyalı bemorlarda o'tkaziladigan tashxislash tadbirlari 3 bosqichga bo'linadi:

I bosqich – umumiy klinik tekshirishlar bosqichi, kasallik anamnezini yig'ish, bemorni ko'zdan kechirish, jigar va taloq o'lchamlarini palpator hamda perkutor aniqlash, qorin aylanasi tekshirish.

II bosqich – ixtisoslashgan, statsionar bosqich, laboratoriya tahlili (leykopeniya, kamqonlik, trombositopeniya aniqlanadi), biokimyoviy

tekshiruvlar (gipo-disproteinemiya, giperbilirubinemiya, fermentlar faolligining oshishi va b.), EKG, radioizotop skanerlash, jigar, taloq, qopqa vena exografiyasi, qizilo'ngach, me'da rentgenografiyasi va gastrofibroskopiya, jigar punktsion biopsiyasi, rektoromanoskopiya, laparoskopiya, splenoportografiya, splenomonometriya bilan kompyuter tomografiyasi va h.k.

III bosqich – tekshirishning operatsiya ichi bosqichi; qorin bo'shlig'i organlarini taftish qilish, jigarni paypaslash, shoshilinch biopsiya qilish, portografiya va portomonometriya o'tkazish.

Portal gipertenziya tashxisini qo'yishda jigardagi qon tomirlarning exografiyada kamligi, qopqa vena diametri, taloq o'lchamlarining kattalashgani, ezofagogastrofibroskopiya qizilo'ngach va me'daning kardial qismida venalar varikoz kengayishi borligi, ezofagit belgilari aniqlanishi, splenomonometriyada portal bosimining 1,86 dan 3,72 kPa ga qadar baland bo'lishi, splenoportografiyada «butalgan daraxt» hamda portal venaning bukilib qolganligini aniqlash katta ahamiyat kasb etadi.

Bolalarda portal gipertenziyada jigar funksiyasi faoliyatini baholashda A. F. Blyuger (1978) usulidan foydalaniladi va quyidagi uch bosqichi farqlanadi:

I. Kompensatsiya – zo'riqtiruvchi sinamalardan keyin o'zgarishlar aniqlanishi.

II. Subkompensatsiya – holsizlik, dispepsiya, oriqlash, yengil sariqlik, shish, gipovitaminoz, endokrin o'zgarishlar.

- Umumiy bilirubin 85,5 mkmol/l;
- ALT va AST 200 shartli birlikkacha (ed...);
- Timol sinamasi 40 shartli birlikkacha (ed...);
- Albuminlar 40 % gacha kamaygan;
- Sulema sinamasi 50 % gacha kamaygan.

III. Dekompensatsiya – holdan qolish, dispepsiya, oriqlab ketish, intensiv sariqligi, shishlar, astit, gemorragik diatezlar, subfebril harorat.

- Umumiy bilirubin – 85,5 mkmol/l dan ko'p;
- ALT va AST 200 (ed.) shartli birlikdan ko'p;
- Timol sinamasi – 40 (ed.) shartli birlikdan ko'p;
- Albuminlar 40 % dan kamaygan;

- Sulema sinamasi 50 % dan kamaygan;
- Qon ivish faktorlari (II + V + VII) 200 % dan kam.

D a v o l a s h. Surunkali gepatit va jigar sirrozining farmakoterapiyasi yetarlicha yaxshi ishlab chiqilgan bo'lib, tegishli qo'llanmalarda batafsil yoritilgan. Bunday bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash esa hanuzgacha murakkab va dolzarb hisoblanadi.

M. D. Patsiora (1984) portal gipertenziyada qo'llanadigan barcha jarrohlik muolajalarini besh guruhga bo'ladi:

1. Astit suyuqligini qorin bo'shlig'idan chiqarishga qaratilgan operatsiyalar (son teri osti venasi bilan anastomoz, peritoneovenoz shunt va b).

2. Portal sistemadan suyuqlik oqib ketadigan yangi usul yaratishga qaratilgan operatsiyalar (omentopeksiya, omento-gepatodiafragmopeksiya, Talm operatsiyasi, portokaval anastomozlar).

3. Portal sistemaga qon oqib kelishini kamaytirishga qaratilgan operatsiyalar (splenektomiya, taloq stvoli arteriyalarini bog'lash, arteriyalarni rentgenoendovaskulyar usulda okklyuziya qilish).

4. Me'da va qizilo'ngach venalarining portal sistema venalari bilan aloqasini to'xtatishga qaratilgan operatsiyalar (me'daning proksimal bo'limi va qizilo'ngachning uchdan bir pastki qismi rezeksiyasi, Tanner operatsiyasi, me'da va qizilo'ngach venalarini bog'lash va b).

5. Jigar regeneratsiyasini va jigar ichidagi arterial qon aylanishini kuchaytirishga qaratilgan operatsiyalar (jigarni qisman rezeksiya qilish, jigar yuzasini elektrodia-termokoagulyatsiya qilish, jigar arteriyasi nevrotomiyasi, arteriportal anastomozlar (9-rasm). So'nggi paytlarda olib borilayotgan izlanishlar portal gipertenziya hollarida splenektomiya muolajasini asossiz ekanligini ko'rsatmoqda. Bu borada taloqni saqlab qoluvchi xirurgik muolajalar (taloqni qisman rezeksiya qilish, taloq arteriyasini bog'lash yoki endovaskulyar okklyuziya qilish, qontomir anastomozlarini qo'yishda taloqni saqlab qolish – yonbosh splenorenal anastomoz) katta ahamiyatga ega. Ayniqsa taloqni saqlagan holda distal splenorenal anastomoz qo'yish, portal bosimni kamaytirib, jigarning arterial qon bilan ta'minlanishini yaxshilaydi. Shuning uchun, Olmoniya va Ispaniya xirurglari bu muolajani sirrozning oldini olish maqsadida surunkali gepatitlarda ham qo'llashni tavsiya etishadi. Sirroz rivojlangan bemorlarda to'g'ridan to'g'ri

portokaval va mezenterikaval anastomoz qo'llash, deportalizatsiyaning kuchayishiga va bu o'z navbatida jigar yetishmovchiligining rivojlanishi hamda ensefalopatiyaga olib borishi mumkinligini yodda tutish lozim.

Jigar osti blokadasini davolashda splenorenal va kavamezenterial anastomozlar qo'yish yagona va radikal usul hisoblanadi (10-a va b rasmlar). So'nggi yillarda, ichki bo'yinturuq venadan olingan autotransplantant yordamida «N»simon mezenterikokaval anastomoz qo'yish bolalarda yaxshi natija bermoqda. Qontomir anastomozlar qo'yish mumkin bo'lmagan hollarda (kichik diametr, fleboskleroz – flebit va b) portal sistemani gastroezofageal tarmoqning «qonaydigan» nozik joylaridan turli sathda ajratish operatsiyalarini amalga oshirish lozim.

Portal gipertenziyaning xatarli asoratlari

- Qizilo'ngachdan profuz qon oqishi.
- Astit (istisqo).
- O'tkir jigar yetishmovchiligi kiradi.
- Qizilo'ngachdan qon oqishda o'lim 80–90 % ga.
- Kasallik dekompensatsiyasida esa 100 % ga etadi.

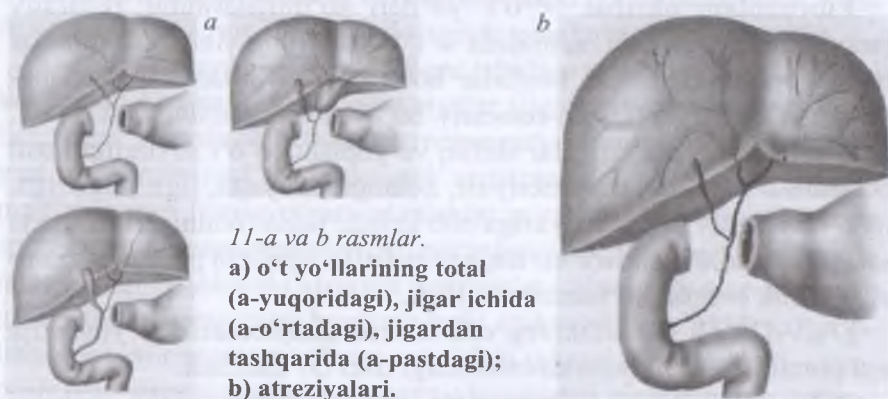
Fibroxolangiokistoz – o't yo'llari to'qimalarining reparativ jarayonining buzilishi natijasida o't yo'llarining fibroz to'qimalar bilan qoplanishi, kistoz hosilalar hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik irsiy autosom-retsessiv bo'lib, avloddan avlodga o'tadi. O't yo'llaridagi o'zgarishlar shilliq va yopishqoq o't suyuqligi hosil bo'lishi, o't yo'llari obstruksiyasi, xolangiopatiyaga, jigar fibroziga, jigar ichi portal gipertenziyasiga olib keladi. Kasallikning erta davrida sariqlik sindromi ustuvor bo'lib, keyinchalik jigar ichi portal gipertenziya klinik belgilarini namoyon qiladi.

Davolash. Kasallikning erta davrda simptomatik, keyinchalik esa portal gipertenziyani davolashdagi usul qo'llaniladi.

Biliar (o't yo'llari) atreziyalari – chaqaloqlarda sariqlik sindromi bilan namoyon bo'ladigan o't yo'llarining obstruksiyasidir. Etiologiyasi to'liq aniqlanmagan bo'lsada, lekin o't yo'llarining turlicha uzunlikdagi obstruksiya bo'lishi ta'kidlanadi. O't yo'llari atreziyalarini kelib chiqishiga har xil genezli virusli hepatitlar muhim o'rin tutib, o't yo'llarini shakllanishiga ta'sir qiladi. Haqiqiy atreziya, ya'ni o't yo'llari shakllani-

shi tug'ma buzilishi juda kam uchraydi. Chaqaloqlarda mexanik sariqlik bilan kechadigan ko'pgina kasalliklarni chaqaloqlar xolangiopatiyasi deyishadi. Ushbu kasalliklar patogenezida homila rivojlanish davrida, onasining qornida yallig'lanish jarayoni kechganligi bilan izohlashadi. Yallig'lanish ko'pincha virus etiologiyali bo'ladi. Gepatotsitlar ta'sirlanishi – yallig'lanishi, o't yo'llari endoteliysi homila rivojlanishi davrida ta'sirlanishi o't yo'llarining keyinchalik gipoplaziyasiga, stenoziga yoki to'liq bekilishiga olib keladi. O't yo'llari to'liq bekilishi yoki qisman bekilishi kuzatiladi. O't yo'llarining jigar ichida, jigardan tashqarida yoki total atreziyasi farqlanadi (11-a va b rasmlar).

Klinikasi. Chaqaloq hayotining 3–4 kundan paydo bo'luvchi va progressiv ravishda o'suvchi sariqlik sindromi bilan namoyon bo'ladi. Sariqlik intensiv davo choralariga qaramasdan kuchayib, yashil-qo'ng'ir tusga kira boshlaydi. Axlati tug'ilganidan rangsiz, siydigi to'q pivo rangli. 4–5 haftalik bo'lganida qorni va jigari kattalashadi, so'ngra taloq kattalashishi kuzatiladi. 5–6 oylarda borib qorin old devori teri osti venalari kengayishi kuzatiladi. Astit paydo bo'ladi, gemorragik holatlar yuzaga keladi, biliar sirroz rivojlanib, bemorlar 1 yoshga yetmasidan vafot etadi.



Qiyosiy tashxis – asosan, chaqaloqlarda sariqlik sindromi bilan namoyon bo'ladigan kasallik va sindromlar bilan qilinadi. Davomli fiziologik sariqlik sindromi, gemolitik sariqlik, sitomegalovirusli infeksiyada jigar jarohatlanishi, toksoplazmoz, tug'ma sifilis, noma'lum sababli tug'ma gepatit bilan o't yo'llarining shilliqli va o'tli tiqin-

lar bilan bekilib qolishi hollaridan farqlash talab etiladi. Davomli fiziologik sariqlik sindromida chaqaloqlarda axlat rangi intensiv ravishda quyuq sariq holda bo'lib, siydik to'q sariq rangda bo'ladi. Qonda bilirubin konsentratsiyasi biroz ko'tarilgan, asosan, erkin – bog'lanmagan fraksiya hisobidan, o't yo'llari atreziyasida esa qonda bog'langan – to'g'ri fraksiyasi ko'p bo'ladi. Undan tashqari, davomli fiziologik sariqlik sindromida sariqlik asta-sekinlik bilan kamayib boradi, o't yo'llari atreziyasida esa sariqlik intensiv o'sib boradi.

Gemolitik sariqlikda xuddi fiziologik sariqlikda kuzatilganidek qonda bilirubin konsentratsiyasi biroz ko'tarilgan, asosan, erkin–bog'lanmagan fraksiya hisobidan bo'lib, rezus konflikt yoki AVO tizimli konflikt borligi aniqlanadi. Ba'zida intensiv sariqlik namoyon bo'lib, qon almashlab quyilmaganda yadroli sariqlik yuzaga kelishi mumkin.

Sitomegalovirusli infeksiyada jigar jarohatlanishi, toksoplazmoz, tug'ma sifilis, noma'lum sababli tug'ma gepatit bilan qiyosiy tashxislashda serologik tekshirishlar muhim o'rin tutadi. O't yo'llarining shilliqli va o'tli tiqinlar bilan bekilib qolishi hollaridan o't yo'llarining atreziyasini farqlash qiyinchilik tug'diradi, chunki ushbu holatlarning klinik belgilari deyarli bir bo'lib, o't yo'llari atreziyasidagidek qonda bilirubin bog'langan to'g'ri fraksiyasi ko'p bo'ladi. Qiyosiy tashxislash uchun magniy sulfatning 25 % eritmasidan 5 ml dan 3 mahal ichish yoki o'n ikki barmoqli ichakka tushirilgan zond orqali 2–3 kun yuborish tavsiya etiladi. O't yo'llarining magniy sulfat eritmasi ta'sirida qisqarishi o't yoki shilliqli tiqinlarni chiqishiga va bemorning ahvoli yaxshilanishiga olib keladi.

O't yo'llari atreziyalarining operatsiyadan oldin shaklini aniqlash juda murakkab bo'lib, UTT, rentgenologik va laporoskopik tekshirish, biopsiya o'tkazishni talab etadi.

Davolash. O't yo'llari atreziyalarini davolash faqat operatsiya yo'li bilan bo'lib, operativ davoni chaqaloq 1,5–2 oylik bo'lguncha bajarish kerak. Tashqi o't yo'llari atreziyalarining umumiy o't yoki jigar yo'llaridagi atreziyalarida Ru usulida gepatiko yoki xoledoxoyeyunoanastomoz bajariladi (12-a va b rasmlar). O't yo'llarining to'liq gipoplaziyasi yoki atreziyasida darvoza soha fibroz plastinkasi shiliniib, Kasai usulida portoenterostomiya qo'yiladi (13-a va b rasmlar).

Prognoz. Kasallikni o'zi va davosi juda jiddiy hisoblanib, gepatit va sirrozni davom etishi bemor hayotiga doimo xavf solib turadi.



12-a va b rasmlar.
Tashqi o't yo'llari atreziyalarida o't qopi yoki jigar yo'llaridagi atreziyalarida Ru usulida xoletsisto- (a), gepatiko- yoki yeyunoanastomoz (b).



13-a va b rasmlar.
O't yo'llarining to'liq gipoplaziyasi yoki atreziyasida darvoza soha fibroz plastinkasi shililib, Kasai usulida portoenterostomiya qo'yish.

O't yo'llari tug'ma kistalari – joylashuviga qarab jigardan tashqarida, jigar ichida va aralash bo'lishi mumkin (10–11 rasmlar). O't yo'llarining tug'ma kistalari birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Birlamchi kistalar o't yo'llarining devori yupqalashuvi yoki mushak qavatining bo'lmasligi va uning o'rnini biriktiruvchi to'qima egallashi bilan xarakterlanadi.

Oshqozon osti bezi tug'ma kasalliklari – **halqasimon pancreas, kistofibroz** – halqasimon (*annular pancreas*) oshqozon osti bezi, oshqozon-ichak trakti anomaliyalarining 3 % ini tashkil etadi. Ushbu rivojlanish nuqsoni embrional rivojlanishning 4–6 haftalarida ushbu a'zoning ventral va dorzal qismlarining yaxshi birikmay qolishi natijasida yuzaga keladi. Halqasimon (*annular pancreas*) oshqozon osti bezining bir necha anatomik turini farqlash mumkin. Ularning asosiy mohiyati – o'n ikki barmoqli ichak pastga o'rmalovchi qismini o'rab, uning o'tkazuvchanligini butunlay yoki qisman buzadi.

Klinik jihatdan ushbu holat tug'ma duodenal (*yuqori ichak tutilishi klinikasiga qaralsin*) ichak tutilishi klinik belgilarini namoyon etishi bilan yoki katta yoshdagi bolalarda qisman, surunkali ichak tutilishi, duodenostaz belgilarini namoyon qilish bilan kechadi. Yuqori ichak tutilishi chaqaloq hayotining birinchi kunlaridan namoyon bo'lsa, surunkali duodenal ichak tutilishini gumon qilish murakkab, qisman retsidivlanuvchi ichak tutilish belgilari namoyon bo'lganda endoskopik tekshirish yo'li bilan asoslash mumkin. Bunda duodenum toraygan qismi borligi, unda qizarish belgilari bo'lishi kuzatiladi.

Davolash – operativ duodenoyeyuno, duodenogastro, duodenoduodeno – anastomoz qo'yish, siquvchi halqani kengaytirish operatsiyalari tavsiya etiladi. Oshqozon osti bezi kistofibrozi *pancreas* tug'ma kasalliklaridan biri hisoblanadi, bunda shilliq ishlovchi chiqaruv yo'llari tug'ma berk bo'lishi yoki kistoz kengayib ketishi natijasida pancreas sekretor faoliyati to'liq yoki qisman buziladi. Natijada oshqozon-ichak traktiga oshqozon osti bezi shirasi to'liq yetkazib berilmaydi. Chaqaloqlarda ushbu holat mekoniy hosil bo'lishiga ta'sir qiladi mekoniyning yonbosh ichak terminal qismiga tiqilib qolishi kuzatiladi va tug'ma pastki (obturatsion) ichak tutilishi klinikasi yuzaga keladi, adabiyotlarda Mekoneal Ileus nomi bilan berilgan.

BUYRAK VA SIYDIK YO'LLARI TUG'MA NUQSONLARI

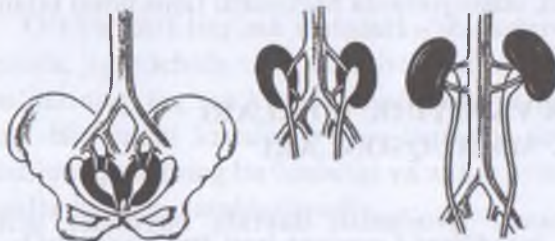
Embriologiya. Embrional rivojlanish davrida buyraklar uch bosqichli rivojlanish jarayonini o'taydi: pronefroz (A), mezonefroz (B) (birlamchi buyrak) va metanefroz (doimiy buyrak – O) (1-rasm).

Buyraklar rivojlanishi bir-biri tomon intiluvchi-birikuvchi ikkita embrional to'qima do'mboqlaridan hosil bo'ladi. Buyraklarning ekskretor qismi – siydik yo'llari, kosachalar, jomcha, yig'uvchi to'g'ri kanalcha-kalavachalar mezonefroz irmog'idan (Volfov irmog'i) hosil bo'ladi. Buyraklarning sekretor qismi – kalavachalar, egri-bug'ri kalavachalar, metanefrogen doimiy buyrak to'qimalaridan hosil bo'ladi.



1-rasm. Ayiruv tizimi embriogenezi (sxema).

Doimiy-so'nggi buyraklar juft a'zo hisoblanib, promontorium joylashgan bo'lib, keyingi rivojlanish jarayonida chanoq sohasidan kranial yo'nalishda o'rmalab, ko'krak bel sohasini egallaydi, sekretor va ekskretor qismlarining birlashuvi kuzatilib, piramidasimon tuzilish kasb etadi. Embrional rivojlanishning buzilishi natijasida turli shakldagi rivojlanish aplaziya, ageneziya, distopiya, birlashuv anomaliyalari kuzatiladi. Embrional rivojlanishning 4-haftasida nefrogen do'mboqning pastki qismi dag'allashib, 2–3 dumg'aza sohasida metanefroz hosil bo'ladi. 5-haftalarga kelib mezonefral irmoqning kloaka bilan birlashgan joyida birlamchi siydik yo'llari rivojlana boshlaydi. Ushbu hosilalar kranial yo'nalishda metanefroz tomonga harakatlanib, umurtqa pog'onasining XII ko'krak va IV bel sohasiga yetib boradi va buyrak usti bezlari bilan birlashadi (2-rasm). Buyraklarning kranial yo'nalishdagi migratsiya vaqtida u yonbosh, dumg'aza va aorta tomirlardan qon bilan ta'minlanadi, buyraklar aylanishi rotatsiyalanaadi va buyrak darvozasi medial yo'nalish kasb etadi.



2-rasm. Ayiruv tizimi embriogenezi. Buyraklar yuqoriga chiqishi (sxema).

Yuqori siydik chiqarish yo'llarining tug'ma nuqsonlari – bolalarda uchraydigan tug'ma nuqsonlar orasida nisbatan ko'p uchraydi. Statistika ma'lumotlariga qaraganda kasallik umumiy anomaliyalar orasida 37,0 % ni tashkil qiladi (N. A. Lopatkin, A. V. Lyulko, 1988). Ularning kelib chiqishida siydik chiqarish yo'llari sistemasi embriogenezining haddan tashqari murakkabligi asosiy rol o'ynaydi. Ma'lumki, buyrak rivojlanish vaqtida ontofilogenetik nuqtayi nazardan uch davrdan o'tadi:

– pronefroz-boshlang‘ich bosqich, ya‘ni buyrak paydo bo‘lishidan oldingi davr;

– mezonefroz, ya‘ni birlamchi buyrak davri;

– metanefroz-shakllanish davri.

Turli ekzo va endogen salbiy omillar ta‘sirida o‘z me‘yorida kechishi mumkin bo‘lgan embriogenez buzilishi tufayli siydik chiqarish yo‘llari tizimida tug‘ma nuqsonlar kuzatilishi mumkin.

Buyrak soni patologiyasi. Buyrak aplaziya (ageneziya)si (3-rasm). Odatda, hech qanday klinik belgilar namoyon bo‘lmaydi. Ko‘pincha ikkinchi buyrak patologiyasi bilan tekshirish paytida yoki qandaydir boshqa kasallik natijasida tasviriyl rentgen bajarilganida aniqlanadi. Aniq tashxis qo‘yish uchun esa xromosistioskopiya, ekskretor urografiya, retropnevmooperitoneum hamda ultratovush tekshirishlari o‘tkaziladi. Odatda, buyrak aplaziyasida kontrlateral buyrak gipertrofiyasi kuzatiladi. Mana shu gipertrofiyalı buyrak o‘z funksiyasini me‘yorida bajarayotgan bo‘lsa, buyrak yetishmovchiligi kuzatilmaydi. Agar u biron-bir kasallikka duchor bo‘lsa, tegishli simptomlar tezda namoyon bo‘ladi. Bunda oligoanuriya o‘ziga xos belgilardan biri bo‘lib hisoblanadi. Shuni hisobga olib, ikkinchi buyrak bor yoki yo‘qligini bilmasdan turib, hech qachon nefrektomiya qilish mumkin emas.

Ikki tomonlama buyrak aplaziya-si juda kamdan kam uchraydigan hol bo‘lib, odatda bola chala yoki o‘lik tug‘iladi yoki bir necha kun yashaydi. Shuning uchun bu xildagi patologiya-ning klinik jihatdan ahamiyati unchalik katta emas.

Buyrakning ikkilanishi eng ko‘p uchraydigan patologik holatdir. Bir va ikki tomonlama ikkilanish farq qilinadi. Buyrak ikkilanishida ikkala segment bitta fibroz kapsulaga ega bo‘lib, buyrakda ikkita jom mavjud bo‘ladi. Deyarli yuqori segment gipoplaziv holatda bo‘lib, unda



3-rasm. Buyrak angiografiyasi. Chap buyrak sohasida qontomirlar aniqlanmaydi. Chap buyrak ageneziyasi.

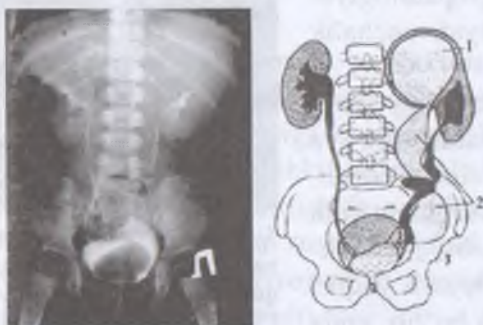
bitta kosacha, ayrim hollarda esa ikkita kosacha bo'lishi mumkin. Uning kosachasi kalta siydik nayi orqali yoki pastki buyrak jomiga yoki uning siydik nayiga tutashish hollari kuzatiladi. Yuqori segmentning siydik nayi pastki segment siydik nayiga tutashsa, buyrakning qisman ikkilanishi deyiladi. Agar segmentlarning siydik naylari qovuqqa mustaqil ochilsa, to'liq buyrak ikkilanishi (4–5-rasmlar) deb yuritiladi. Ayrim hollarda pastki segment gipoplaziya holatida bo'lishi mumkin.

Umuman, gipoplaziv rivojlangan buyrak morfofunktsional jihatdan nuqsonli bo'lganligidan urodinamik o'zgarishlar ro'y berib, surunkali yallig'lanishga sabab bo'ladi. Bu ikkilangan buyrakka xos sifatlardir.

Klinikasi va diagnostikasi. Ikkilangan buyrakka xos bo'lgan klinik simptomlar ilk bosqichlarda ro'y-rost namoyon bo'lavermaydi. Maktab yoshidagi bolalar hech sababsiz tana harorating ko'tarilishi (subfebril), keyinchalik esa bel sohasida sim-sim og'riq bo'layotganidan shikoyat qilishlari mumkin. Ayrim hollarda esa ularni biqin sohasida sanchiqli og'riq ham bezovta qilib turadi.



4-rasm. Buyraklar ikkilanishi, ekskretor urografiya (sxema).



5-rasm. Buyrak to'liq ikkilanishi, ureterotsele. Ekskretor urografiya (sxema).

Ikkilangan buyrakning gipoplaziv segmentida surunkali piyelonefritga uchragan hollarda uning o'tkirlashuvida dizuriya, leykotsituriya, ba'zan mikro yoki makrogematuriya kuzatiladi. Proteinuriya bo'lishi ham ehtimoldan xoli emas. Kasallikka tashxis qo'shish uchun ekskretor va infuzion urografiya qo'llanadi.

Davolash. Kasallikning klinik belgilari bo'lmasa hech qanday muolaja talab qilinmaydi. Agar ikkilangan qismining birida gidronefroz, piyelonefrit, buyrak-tosh kasalligi qo'shilgan bo'lsa, shu kasalliklarga xos davo o'tkaziladi. Agar ikkilangan buyrakni olib tashlash talab qilinadigan patologiya bo'lsa, geminefroektomiya-patologik jarayonga uchragan va ikkilangan buyraklarning biri olib tashlanadi, agar ikkalasi ham kuchli zararlangan bo'lsa, u paytda nefroektomiya bajariladi.

Qo'shimcha uchinchi buyrak. Bu kasallik juda kam uchraydi. Qo'shimcha buyrak ayrim qontomiridan oziqlanadi, uning o'ziga tegishli siydik nayi ham bor. U buyrakning pastida joylashgan bo'lib, gohida chanoq sohasiga ham tushishi mumkin. Uning o'lchamlari har xil, ko'pincha kichik bo'ladi. Ba'zan uning siydik nayi qovuqqa emas, balki a'zolarga ham ochiladi. Qo'shimcha buyrak ekskretor urografiya va buyrak angiografiyasi yordamida diagnostika qilinadi.

Davolash. Bemor qaysi kasallik bilan og'rigan bo'lsa kerakli muolajalar qilinadi. Gidronefroz, litiaz, piyelonefrit, o'sma bo'lgan hollarda nefrektomiya bajariladi.

Buyrak o'lchami patologiyasi. Buyrak gipoplaziyasi. Bu buyrak o'lchamining kichikligidir. U me'yoriy gistologik tuzilishga ega, funksiyasining buzilish belgilari ham yo'q. Ko'pincha bir tomonlama bo'ladi. Tashxis, asosan, ekskretor urografiya aniqlanadi (6-rasm).

Rentgenda uning o'lchamlari, jomi kichik ko'rinib, u uchburchak yoki ampula shaklida bo'ladi. Bir tomonlama gipoplaziya faqat asoratlari bo'lgan taqdirdagina davolanadi. Agar ikkinchi buyrak yaxshi ishlayotgan bo'lsa, gipoplaziyaga uchragan buyrak olib tashlanadi.



6-rasm. Chap buyrak gipoplaziyasi.

Buyrak joylashuvi patologiyasi. Organizmda joylashganligiga ko'ra buyrakning ko'krak distopiyasi, bel distopiyasi, yonbosh distopiyasi, tos distopiyasi va almashma distopiyalar tafovut etiladi (7, 8–9-rasmlar). Bu patologiyaaning asosiy sababi, birlamchi buyrak rivojlanishida uning chanoq sohasidan bel tomon siljish jarayonining buzilishidir.

Ko'krak distopiyasi kam uchraydi, odatda, to'satdan aniqlanadi. Ko'krak qafasi rentgen yoki flyuorografiya qilinganida diafragma ustida soya borligi qayd qilinadi. Bu holda o'sma yoki exinokokkoz tashxisi qo'yiladi. Biroq, ekskretor uroografiya bajarilganida haqiqiy hol aniqlanadi. Ba'zan bu xastalik diafragma relaksatsiyasi bilan birgalikda uchraydi. Ko'krak distopiyasida siydik nayi odatdagidan uzun bo'lib, qontomirlari ham shox tomirning yuqorisidan boshlanadi. Yonbosh distopiyasida buyrak yonbosh chuqurchasida joylashadi (7-rasm). Bu holda buyrakning nerv chigallari va qo'shni a'zolarga ta'siridan qorinda og'riq bo'lishi mumkin. Qorin paypaslanganda yonbosh sohasida o'smasimon hosila borligi aniqlanadi. Bu og'riq bemor harakat qilganda yoki yuk ko'targanida uni ko'proq bezovta qiladi. Tashxis, asosan, ekskretor uroografiya yordamida qo'yiladi. Bel distopiyasida buyrak odatdagi topografik holatdan pastroqda joylashgan bo'lib, ko'pincha nefroptoz yoki buyrak o'smasi bilan chalkashtiriladi. Bunda bel sohasida og'riq paydo bo'ladi. Chanoq distopiyasida buyrak chanoq chuqurligida joylashadi (8-rasm). O'g'il bolalarda to'g'ri ichak bilan qovuq orasida, qizlarda esa bachadon bilan to'g'ri ichak orasida joylashadi. Qo'shni a'zolarga bosilishidan og'riq va shu a'zolar funksiyasining buzilishi bilan klinik manzarasini namoyon qiladi. Anus teshigidan barmoq bilan tekshirilganda to'g'ri ichak old devori tomonda qattiq muhitli o'smasimon hosilani paypaslash mumkin. Ekskretor uroografiya, ayrim hollarda retrograd piyelografiya ham qo'llanadi.

Kesishma distopiya juda kam uchraydi. Bu bir buyrakning o'rta chiziqdan qarama-qarshi tomonga o'tib, ikkala buyrakning ham bir tomonda bo'lib qolishidir (9-rasm). Ko'pincha ikkala buyrakning birlashishi ko'rinishida bo'ladi.



7-rasm. Yonbosh distopiyasi.



8-rasm. Chanoq distopiyasi.

Xastalik ekskretor urografiya yordamida aniqlanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, distopiyaga uchragan buyrakda piyelonefrit va gidronefroz ko'proq aniqlanadi. Bu paytda shu kasalliklarga oid belgilar paydo bo'ladi. Buyrak distopiyasini buyrak o'smasi va nefroptozidan farqlashga to'g'ri keladi. Ekskretor yoki retrograd urogrammada nefroptozda siydik yo'lining egri-bugriligi, nisbatan uzunligi qayd etiladi (10-rasm). Nefroptozda buyrak hatto qovurg'a ostigacha siljiydi, distopiyada esa bu holat kuzatilmaydi.

Nefroptozdan farqli o'laroq, buyrak angiografiyasida buyrak qontomirlari kalta bo'ladi. Buyrak distopiyasi qanchalik past joylashgan bo'lsa, uning rotatsiya darajasi ham shunchalik kuchli bo'ladi.

D a v o l a s h. Distopiyaga uchragan buyrakni davolashga hojat yo'q. Muolaja, asosan, asoratlarga qaratilgan bo'lib, ko'pincha konservativ usul qo'llanadi. Nefrolitiaz, gidronefroz, o'sma va boshqa asoratlar rivojlangan bo'lsa, tegishli ravishda operatsiya bajariladi. Buyrak morfostrukturasi va uning joylashuvi o'ziga xos bo'lganligini operatsiya vaqtida, albatta inobatga olish kerak.



9-rasm.

Kesishma distopiya



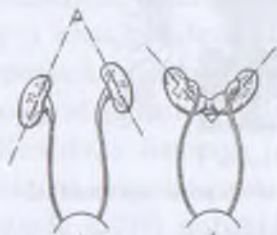
10-rasm.

Retrograd urogrammasi

Buyraklarning bir-biriga nisbatan joylashuvi. Cho'michsimon buyrak. Juda ham kam uchraydi. Bunda buyraklar medial yuza-

lari bo'ylab bir-biri bilan birlashib, promontorium yoki tos sohasida joylashadi (11-rasm). S-simon yoki L-simon buyraklarda bir buyrakning yuqori pallasi ikkinchi buyrakning pastki pallasi bilan birlashadi (12–13-rasmlar). Birinchi shakldagi buyrakda bir buyrakning jom-siydik yo'li segmenti medial, ikkinchi shakldagisida esa bu segment lateral tomonga qaragan bo'ladi. Agar buyrakning faqat pastki yoki yuqori pallalari bir-biri bilan birikib qolgan bo'lsa, bunga taqasimon buyrak deyiladi va uning amaliy ahamiyati ancha katta. Taqasimon buyrakning ko'pdan ko'p tomirlari bo'lgani uchun u kamharakat va odatda shoxtomir hamda pastki kovak vena oldida yotadi. Uning asosiy klinik belgisi qorin sohasida og'riq bo'lishidir. Bu og'riq bola orqaga qattiq enkayganida, ayniqsa, kuchayadi va bu *Rovzing simptomi* deyiladi. Qorinni paypaslab ko'rganda umurtqa pog'onasining ikkala tomonida qattiq muhitga ega o'smasimon hosila borligini payqash mumkin. Ba'zan taqasimon buyrakning birlashgan qismi bo'yin pastki kovak venani bosib qo'yganligidan unda gipertenziya holatlari paydo bo'lib, oyoqlar shishi, hatto astit ham paydo bo'lishi ehtimoldan holi emas. Taqasimon buyrak, ko'pincha gidronefrozga uchraydi, piyelonefrit rivojlanishi, tosh paydo bo'lishi, ba'zan nefrogen gipertoniya sabab bo'lishi mumkin. Tashxisni aniqlashda ekskretor urografiya va radioizotop usullar qo'l keladi. Tomirlar arxitektonikasini o'rganish uchun buyrak angiografiyasini bajarish lozim.

D a v o l a s h. Agar bemorni kuchli og'riq bezovta qilsa, operatsiya qilinadi. Bunda istmotomiya (bo'yin sohasini kesib, buyraklarni ajratish) qo'llanadi. Agar gidronefroz rivojlangan yoki tosh paydo bo'lgan bo'lsa, tegishli operatsiya muolajalari ham bajariladi.



11-rasm. Taqasimon.



12-rasm. L-simon.



13-rasm. S-simon.

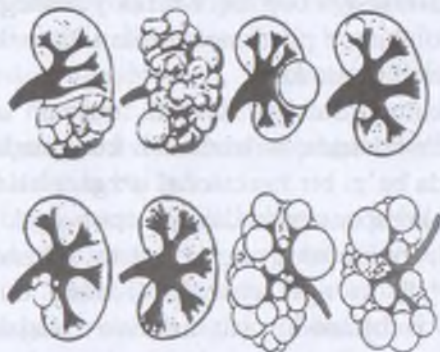
Buyrak strukturalari patologiyasi. Buyrak displaziyasi. Uning quyidagi ikki turi farqlanadi: rudimentar buyrak va pakana buyrak.

Rudimentar buyrakda buyrak embrion davrining ilk bosqichlarida o'z rivojini to'xtatadi. Bunda buyrak o'rnida 1–3 sm yoki undan ham kichik o'lchamli sklerotik to'qima borligi aniqlanadi. Gistologik tekshirishda esa kalavacha qoldiqlari va oz miqdorda siydik naychalari aniqlanadi.

Pakana buyrakda esa uning o'lchamlari (2–3 sm gacha) kichik bo'lib, parenximasida kalavachalar soni ancha qisqargan, biroq oraliq to'qima ancha yaxshi rivojlangan. Pakana buyrak ko'pincha nefrogen gipertoniya bilan asoratlanadi.

Multikistoz buyrak. Juda kam uchraydi. Ko'pincha bir tomonlama bo'lib, buyrak to'qimasi o'rniga turli kistalar (pufaklar) kuza-tilib, siydik nayi obliteratedsiyalangan yoki uning distal qismi umuman bo'lmaydi (14-rasm).

Buyrak strukturalari anomaliyalari, asosan, aortografiya yordamida aniqlanadi. Bunda buyrak tomirlari yoki nefrogramma bo'lmaydi. Multikistoz bir tomonlama bo'lsa, nefroektomiya o'tkaziladi, ikki tomonlama bo'lsa, bola tug'ilishining dastlabki kunlaridayoq nobud bo'ladi.



14-rasm. Buyrak kistoz anomaliyalari (sxema).

Buyrakning kistoz kasalliklari – buyrakning tug'ma kasalliklari orasida eng og'iri hisoblanadi. Chunki u ikki tomonlama uchrashi mumkin. **Buyrak polekistozi** 95 % shikastlanishda ham uning shilliq qavatidan kapillyar qon ketishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda ikki tomon-

lama bo'lib, ko'pincha naslga oid kasallik hisoblanadi (14-rasm). Bunda buyrak parenximasining o'rnini turli kattalikdagi pufakchalar egallaydi. Buyrakning tashqi ko'rinishi xuddi uzum shingiliga o'xshash bo'ladi. Ba'zan buyrak kattalashgan, ayrim bemorlarda esa uning hajmi o'zgarmagan, hatto kichiklashgan bo'lishi ham mumkin. Polekistozlar uch guruhga bo'linadi: glomerulyar, tubulyar va ekskretor. Glomerulyar polekistozda pufaklar buyrak naychalarini tizimi bilan tutashmaydi. Shuning uchun pufaklar hamma vaqt bir o'lchamda qolaveradi. Bunda buyrak faoliyati tezda buziladi va o'lim ro'y beradi.

Tubulyar polekistozda pufaklar qil naychalar bilan, ekskretor polekistozda esa yig'uvchi naychalar bilan tutashgan bo'ladi. Shuning uchun ularning o'lchamlari vaqt o'tishi bilan tobora kattalashaveradi. Ilk bor kichik pufakchalar buyrakning mag'iz va po'stloq qavatlarida joylashadi, ular orasida esa o'zgarmagan buyrak parenximasi yotadi. Demak, dastlab buyrak hajmi o'z me'yorida bo'ladi. Bolalar yoshi kattalashgan sari pufakchalar ham kattalashaveradi va bundan buyrak parenximasi qisiladi, deformatsiyalanadi. Ikkilamchi kasalliklar buyrak polekistozi asorati sifatida tez-tez uchraydi.

K l i n i k a s i. Asosan, pufaklarning buyrak parenximasiga ko'rsatayotgan ta'sir darajasiga bog'liq. Kichik yoshdagi bolalarda kasallik og'ir o'tadi. Polekistoz piyelonefrit bilan asoratlangan, uremiya va anuriya yuzaga kelishi mumkin.

1-bosqich — kompensatsiya davrida buyrak sohasida sim-sim og'riq bo'lib, kuchsizlanish, holsizlanish kuzatiladi. Buyrak funksiyasi tekshirilganida ba'zi bir funksional o'zgarishlar aniqlanadi.

2-bosqich — subkompensatsiya davrida esa buyrak sohasidagi og'riq davom etaveradi, bemorning og'zi qurib, chanqaydi, tez charchaydi, boshi og'rib ko'ngli ayniydi. Odatda, bu belgilar buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi va arteriya bosimining oshishiga bog'liq.

3-bosqich — dekompensatsiya davrida ko'ngil aynishi doimiy bo'lib, bemor tez-tez qusadi. Bosh og'rig'i, chanqash, umumiy holsizlik kuchayadi. Buyrakning filtratsiya va konsentratsiya xususiyatlari ancha pasaygan bo'lib, qonda mochevina va kreatinin miqdori oshadi. Agar piyelonefrit qo'shilsa, unga xos belgilar yuzaga keladi.

Diagnostikasi. Ko'pincha buyrakning kattalashgani aniqlanadi. Ekskretor urogrammada buyrak kattalashgan, buyrak jomi va kosachalari tortilib, shakli doirasimon, o'roqsimon ravishda uzaygan bo'ladi, bu pufakchalar ularni bosib qo'yganligining belgilaridir. Odatda, buyrak jomi buyrak ichida joylashgan bo'ladi. Buyrak polekistozi odatda Vilms o'smasi bilan farqlanadi. Polekistoz ikki tomonlama uchrasa, Vilms o'smasi bir tomonlama bo'ladi. Ekskretor urografiya esa buyrak o'zining topografik joyini o'zgartiradi, hamda uning kosachalarida o'roqsimon, aylanasimon o'zgarishlar bo'lmaydi.

Davolash. Buyrak polekistozi konservativ usulda davolanadi. Eng avvalo, polekistoz oqibatida kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarning paydo bo'lmashlik chorasini ko'rish zarur. Ayrim hollarda operatsiya qilishga ham to'g'ri keladi. Bunda pufaklar punksiya qilinib, suyuqlik olib tashlanadi, ba'zan esa bu operatsiya omentorevaskulyarizatsiya (buyrakni ildizidan ajratilmagan charvi bilan o'rash) bilan birgalikda bajariladi.

Buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda esa oqibat yaxshi emas. Bu hollarda gemodializ qilinadi. Donor buyragini ham ko'chirib o'tkazsa bo'ladi.

Multilakunar pufak. Buyrak multilakunar pufagi bir tomonlama bo'lib, o'lchamlari ancha katta va ko'p kameralidir. Pufak odatda buyrak jomi bilan tutashmaydi, kamerali pufaklar ham bir-biri bilan tutashmaydi. Pufaklar buyrakning bir qismida uchrab, odatda buyrakning qolgan qismlari zararlanmagan bo'ladi, shu sababli normal funksional holatda bo'ladi.

Klinikasi. Uzoq vaqt klinik belgisiz o'tishi mumkin. Ba'zan dispanser tekshiruvi vaqtlarida yoki turli sabablar tufayli qorin sohasi paypaslanganda to'satdan aniqlanadi. Bu o'simta yumshoq muhitga ega bo'lib, paypaslagan mahalda og'riqsiz bo'ladi. Ekskretor urografiya esa buyrakning hajmi kattalashgan, kosachalari o'z joyidan ichkari tomonga siljigan. Laboratoriya tekshirishlari o'zgarishsiz bo'lishi mumkin. Bu xastalikni Vilms o'smasidan ajratish ancha qiyin. Shu tufayli ko'pgina holatlarda to'g'ri tashxis operatsiya paytida qo'yiladi. Komp'yuter tomografiya va ultratovush tashxisni aniqlashga yordam beradi.

Davolash. Multilakunar pufak olib tashlanadi.

Buyrak jomi va siydik yo'llari norasoliklari

Jomning buyrakdan nobop – buralib yoki yuqoridan chiqishi, piyelouretral segmentda turli klapanlarning bo'lishi, teshigi-stenozi, tug'ma embrional tortmoqlar bilan bosilib qolishi buyrak jomida uchraydigan nuqsonlardir. Bunda buyrak jomi va kosachalari kengayadi, buyrak parenximasi ikkilamchi atrofiyaga uchraydi. Bu tug'ma gidronefroz deb ataladi. Siydik yo'llarining tug'ma ikkilanishi, veziko-ureteral reflyuks, siydik yo'li teshigi ektopiyasi, ureterotsele bular barchasi siydik yo'llari anomaliyalaridir.

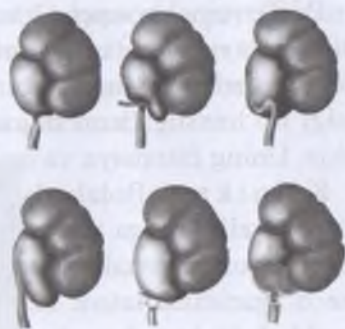
Gidronefroz. Piyelouretral segmentda tug'ma to'siq bo'lishidan urodinamika buzilib, buyrak jomi va kosachalari progressiv kengayishi va buyrak funksiyasining susayib borishi bilan kechadigan tug'ma kasallikdir. Agar kasallik vaqtida davolanmasa, buyrak parenximasining ikkilamchi atrofiyaga uchrashi muqarrar. Gidronefroz bolalar orasida ko'p tarqalgan. U yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham, katta yoshdagi bolalarda ham uchraydi. Uning bu sifati piyelouretral segmentdagi to'siqning rivojlanish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Gidronefrozning asosiy sabablari quyidagilardan iborat (15-rasm):

- 1) piyelouretral segmentda stenoz bo'lishi;
- 2) piyelouretral segmentning aberrant tomir bilan tashqaridan bosilishi;
- 3) siydik yo'li buyrak jomining yuqori qismida buralib qolishi;
- 4) siydik yo'li buyrak jomining yuqori qismidan boshlanishi, va buralib qolishi;
- 5) piyelouretral segmentning embrional tortmoq bilan tashqaridan bosilib qolishi;
- 6) piyelouretral segmentda klapan bo'lishi.

Odatda, siydik yo'li buyrak jomining yuqori qismida boshlangan patologiyasini ekskretor urografiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Boshqa turdagilarni esa operatsiya paytida bilish mumkin. V. S. Karpenko tomonidan tavsiya qilingan (1980) gidronefrozning tasnifiga asoslanib, uning klinik kechishi 4 bosqichga bo'linadi.

I Boshlanish bosqichi. Buyrak jomi va kosachalarida giperkineziya holati kuzatilib, uning faoliyati hali buzilmagan bo'ladi. Buyrak sohasida sim-sim og'riq bo'lib, goh-gohida u kuchayishi mumkin. Ekskretor urografiya kontrast modda buyrakda 3–5 daqiqada paydo bo'ladi. Kosachalar uch qanotli bargga o'xshaydi, jom kattalashgan. Buyrak kalavachalarida filtratsiya funksiyasi hamda buyrakdan qon o'tish jarayoni



15-rasm. Tug'ma gidronefroz sabablari (sxema).

biroz sustlashgan. Biroq, shuni ta'kidlash kerakki, bolaning yoshi qancha kichik bo'lsa, buyrak jomining buyrak ichida joylashgan hollari ham shunchalik ko'p uchraydi. Demak, kattalardan farqli o'laroq, bolalarda gidronefrozning birinchi bosqichida buyrak jomi emas, balki uning kosachalari kengayadi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalar qayerida og'riq bo'layotganini ayta olmaydilar. Ko'pincha esa buyrak ichidagi bosim muntazam ravishda oshib turganligi uchun, buyrak shu holatga moslashadi moslashadi. Bunda og'riq bo'lmaydi. Shuning uchun yosh bolalarda og'riq belgisi katta ahamiyatga ega emas.

II Rivojlangan bosqich. Jom va kosachalar segmentida giperkineziya kuzatiladi va buyrak sohasida vaqti-vaqti bilan og'riq kuchayadi. Buyrakning chayqatish belgisi chaqirilishi mumkin. Ekskretor urografiya kontrast modda buyrakda 25–30 daqiqalarda paydo bo'ladi. Kosachalar kattalashgan, bir-biri bilan qo'shilgan. Ularning bargga o'xshashligi umuman yo'qolgan. Buyrak jomi ham kattalashgan. Buyrak kalavachalarida filtratsiya jarayoni $32,01 \pm 1,2 \text{ ml}$ dan pasaygan. Buyrakning siydikni zichlash qobiliyati ham susaygan.

III Asoratlangan bosqich. Siydik yo'llari diskineziyasi, uning yuqori qismida gipokineziyasi, piyelonefrit vujudga kelib, buyrakning faoliyati o'ta sustlashadi. Kosachalar va jomdan qon oqa boshlashi ham mumkin. Ekskretor urografiya kontrast modda 60–90 daqiqalarda paydo bo'ladi. Kosachalar kattalashgan va yumaloqlashgan. Buyrak jomi cho'zilgan sharga o'xshaydi.

IV Terminal bosqich. Jom va kosachalar segmentida atoniya qayd etiladi. Buyrak o'z faoliyatini to'la yoki deyarli to'la yo'qotgan. Aseptik gidronefroзда (agar u bir tomonlama bo'lsa) hech qanday klinik belgi bo'lmasligi ham mumkin. Buyrak kattalashgan, biroq yuzasi tekis. Uning filtratsiya va reabsorbsiya qobiliyati o'ta sustlashgan.

K l i n i k a s i. Bolalarda gidronefroznining klinikasi haddan tashqari ko'p qirrali. O'ziga xos patognomik simptom yo'q. Klinik belgilari gidronefroznining shakli va bosqichga bog'liq. Ko'p hollarda gidronefrozo'zgarishlar latent bo'lib, ko'pincha uni o'z vaqtida aniqlash mushkul. Gidronefroznining asosiy belgilari:

1. Og'riq. U har xil bo'lib, ba'zan doimiy uvishib turuvchi xislatga ega. Ayrim hollarda sanchiqqa ham aylanishi mumkin. Og'riqning kuchli yoki kuchsiz bo'lishi buyrak jomining qanchalik kattalashganiga bog'liq emas. Aksincha, buyrak jomi qancha kattalashgan bo'lsa, og'riq ham shunchalik kuchsiz bo'ladi.

2. Buyrak sohasidagi shish yoki o'smasimon hosila. Odatda, kasallik bexosdan aniqlanadi. Bunda buyrakning tashqi qismi silliq bo'lib, paypaslanganda elastiklik muhitiga ega, ayrim bemorlarda esa buyrakning joyidan biroz siljishini, perkussiyada suyuqlik borligini osonlik bilan bilsa bo'ladi. Biroq bu belgi ancha kech vaqtlarda aniqlanadi.

3. Siydikdagi o'zgarishlar. Birinchi navbatda mikrogematuriya aniqlanadi. Bu uzoq vaqt davom etishi mumkin. Patogenetik mexanizmi hali yetarlicha aniq emas. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda esa leykotsituriya kuzatiladi.

D i a g n o s t i k a s i. Ayrim hollarda gidronefrosga tashxis qo'yish bir-muncha qiyin. Biroq sinchiklab yig'ilgan anamnez, siydik analizi natijalari, bemorni qarab ko'rish gidronefrosga gumon tug'diradi. Ekskretor tekshirishdan keyin ayon bo'ladi. Tasviriy urogrammada faqat buyrak soyasi kattalashganligini ko'rish mumkin bo'lsa, ekskretor urografiya uning jom-kosachalar sistemasi qanchalik darajada o'zgarishga uchraganligi aniqlanadi (16-a; b rasmlar).

Q i y o s i y d i a g n o s t i k a s i. Gidronefrozni ko'pgina urologik kasalliklar, ya'ni nefrolitiaz, nefroptozdan farqlashga to'g'ri keladi. Nefrolitiazdan farqlash uchun tasviriy urogramma qilish kifoya. Bunda tosh soyasi ko'rinadi. Agar rentgenokонтраст tosh bo'lsa, u eks-

krektor urografiya da aniq ko'rinadi. Bunda buyrakning piyelouretral segmenti aniq bilinadi, tosh bor joyda esa kontrast bilan to'lmagan «ochiq» yuza aniqlanadi. Nefroptoza da esa ekskretor urografiya da uning anatomik ko'rinishi o'zgarishdan qolaveradi.



16-a va b rasmlar. a) Ekskretor urografiya; b) Chap tomonlama gidronefroz.

Ko'pgina hollarda gidronefrozni Vilms o'smasidan farqlashga to'g'ri keladi. O'smaning boshlanish davrida buyrak funksiyasi buzilmagan bo'ladi. Shu tufayli ekskretor urogrammada gidronefrozga xos bo'lgan jom va kosachalarning kattalashgani kuzatilmaydi, aksincha, buyrak kosachalari qisilib, surilib, o'zining topografiyasini o'zgartirgan bo'ladi. Buyrak o'smasida buyrak qattiq konsistensiyaga ega va uning yuzasi notekis bo'ladi.

Davolash. Gidronefroz, asosan, Politan–Ledbetter usulida davolanadi. Bolalarda rekonstruktiv-plastik operatsiya usullari qo'llanadi. Hozirgi paytda Andersen–Yan Kucherning rekonstruktiv-plastik operatsiyasi qo'llanilmoqda. Bunda gidronefrozga sabab bo'lgan joy (skleroz, stenoz, klapan va b.) kesib olib tashlanadi va siydik yo'li kesilgan uchidan uzunasiga 1,0 sm atrofida qirqilib, keyin buyrak jomiga anastomoz qilinadi. Hatto radioizotop renografiya da ham buyrak funksiyasi aniqlanmagan taqdirda plastik operatsiya usulini qo'llash lozim. Chunki bolalar buyragining kompensator mexanizmi ancha kuchli bo'ladi. Biroq buyrak parenximasi haddan tashqari noziklashib, buyrak suv to'ldirilgan xaltachaga o'xshab qolgan hollarda nefroektomiya bajariladi.

Siydik naylari ikkilanishi (17-rasm). Siydik naylarining tug'ma ikkilanishi ko'pincha buyrak aplaziyasi yoki gipoplaziyasi hamda buyraklar ikkilanishi bilan birgalikda uchraydi. Uretraning ikkilani-

shi to'liq, ya'ni buyrakdan to qovuqqacha qo'shaloq, qisman siydik nayi faqat yuqori yoki pastki qismlarida ikkita bo'lishi mumkin. Bu nuqsonning ham bir yoki ikki tomonlamasi farq qilinadi. Bir tomonlama nuqsonlar soni 76 % ikki tomonlamasi esa 24 % ni tashkil qiladi. Uretraning to'liq ikkilanishi ko'pincha buyrak jomining ham ikkilanishi bilan birgalikda uchraydi. Ikkilangan siydik naylari bir-biriga parallel joylashgan bo'lib, ayrim hollarda bir-biri bilan kesishadi va har qaysisi alohida bo'lib qovuqqa ochiladi. Bunda Veygert-Mayer qonuni kuzatiladi, ya'ni yuqori jomdan keluvchi siydik nayining teshigi pastki jomdan keluvchi siydik nayidan pastda ochiladi. Ikkilangan uretralarning uzunligi bir-biridan farq qiladi. Ularning peristaltikasi ham bir-biriga nisbatan asinxron bo'lib, bu sifat keyinchalik siydik nayining kengayishiga sabab bo'ladi. Siydik nayining to'liq ikkilanishida veziko-uretral refleksi ham ko'p uchraydi. Chunki siydik nayining qovuqqa ochilish teshigining yuqoridagi intramural qismi kattaroq. Xuddi mana shu xususiyat pastda joylashgan buyrakning ko'proq yallig'lanishga uchrashiga sabab bo'ladi.



17-rasm. Siydik nayi ikkilanishlari (sxema).

Siydik naylari ikkilanishida o'zi-ga xos klinik belgilar kuzatilmaydi. Qachonki asoratlar qo'shilsa, xuddi shu asoratga xos belgilar kuzatiladi. Tana haroratining ko'tarilishi, ammo uning qisqa muddat davom etishi 64,8 % bemorlarda uchraydi. Og'riq sindromi 52,6 % hollarda kuzatilib, buyrak sohasida aniqlanadi. Ayrim hollarda og'riq qorin sohasida kuzatiladi. Agar og'riq o'ng tomonda bo'lsa, buni appenditsitdan farqlashga to'g'ri keladi. Bemorlarda dizuriya 41,2 % holda uchraydi. Ayrim bemorlarda siydikni tuta olmaslik qayd etiladi. Bu hol ilmiy manbalarga ko'ra, 16,3 % ni tashkil qiladi.

Uretraning ikkilanganini aniqlashda ekskretor urografiya asosiy usul bo'lib hisoblanadi. Buyrakning funksional holati susayganda infuziya urografiya bajariladi. Asosiy rentgen belgilari quyidagilar:

– buyrakning pastki qismida uning yuqori kosachasining bo'lmashligi;

- kosacha deformatsiyasi;
- ikkita jom va ikki siydik nayining bo'lishi.

Sistoskopiya da agar siydik nayi to'liq ikkilangan bo'lsa, qovuqda ikkita uretra teshigi borligi aniqlanadi. Miksiya sistouretrografiyasida esa veziko-ureteral refluks kuzatilishi mumkin. Uretraning ikkilanishi tasodifan aniqlangan bo'lsa, uni davolashning hojati yo'q. Biroq bemor ambulatoriya sharoitida pediater kuzatuv ostida bo'lishi shart. Bolaning ota-onasi bunday nuqson borligidan ogohlantirishi maqsadga muvofiq. Qandaydir bir belgi paydo bo'lsa, uni tezda urologga ko'rsatish zarur. Tekshirishda piyelonefrit aniqlangan, biroq urodinamika deyarli buzilmaganligi sezilsa, konservativ davo choralarini ko'rish darkor. Agar konservativ davo kor qilmasa, faqat shundagina operatsiya muammosi hal etiladi.

Siydik nayi teshigi ektopiyasi. Siydik nayi teshigi qovuqqa ochilmay, balki uretraning orqa qismiga, qin tubiga yoki dahliziga, to'g'ri ichakka, bachadonga ochilishi mumkin. Siydik nayi ektopiyasi odatda siydik nayi ikkilanishi bilan birgalikda kuzatiladi, ko'pincha yuqori jomdan boshlangan siydik nayi teshigi ektopiyaga uchraydi.

Klinikasi. Siydik nayi ektopiyasi qin tubi yoki dahliziga, o'g'il bolalarda orqa uretraga ochilganda bolaning o'zi siyishi bilan birga doimiy siydik tuta olmaslik kuzatiladi. Qovuqqa tutashgan siydik nayidan ajralgan siydik qovuqda to'planadi va vaqti-vaqti bilan tashqariga chiqariladi, ektopiya bo'lgan teshikdan esa siydik doimiy ravishda tashqariga ajraladi. Odatda, siydik nayi ektopiyasiga uchragan buyrakda gidronefroz rivojlanadi yoki unga infeksiya yuqadi.

Diagnostikasi. Klinik manzarasini e'tiborga olish lozim. Sistoskopiyada qovuqning tegishli tarafida siydik nayi teshigi bo'lmaydi. Bu xromosistoskopiya da juda aniq bilinadi. Tomirga indigokarmin yuborib, so'ngra qin dahlizi yoki uretra sinchiklab kuzatiladi va undan siyish jarayonidan xoli bo'lgan rangli siydikning chiqishi tashxisni tasdiqlaydi. Ekskretor urografiya esa yuqori siydik chiqarish naylarining ikkilanganini ko'rsatib, tashxisning yana bir bor to'g'riligini tasdiqlaydi.

Davolash. Operatsiya yo'li bilan davolanadi. Agar buyrakning funksiyasi me'yorida bo'lsa, ureterosistoanastomoz, agarda siydik

nayi ikkilangan bo'lsa, ureteroanastomoz bajariladi. Gidronefroz yoki piyelonefritning kechki bosqichlari rivojlangan bo'lsa, u vaqtda nefroektomiya qilinadi.

Uretrosele – siydik nayi intramural qismi barcha qavatlarining qovuq ichiga xuddi churrasimon bo'rtib chiqishi. Uretrosele tashqaridan qovuq shilliq qavati bilan qoplangan bo'lsa, ichkaridan esa siydik nayi shilliq qavati bilan yopilgan. Ular orasida mushak va biriktiruvchi qavatlar bor. Uretrosele bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

Belgilari. Belda og'riq bo'lib, dizuriya va gematuriya kuzatiladi. Asosan, sistoskopiya aniqlanadi. Ekskretor urografiya esa qovuqda kontrastga to'lmagan nuqson ko'zga tashlanadi, pastki tarafida dilyatatsiya aniqlanadi, xuddi ilon boshiga o'xshash siydik nayi ko'rinadi.

Davolash. Qovuq ochilib, ureterosele kesib olib tashlanadi.

Ureterogidronefroz. Siydik nayi, veziko-uretral, uretra sohalarida tug'ma yoki orttirilgan to'siq natijasida urokinamikaning buzilishi, siydikning dimlanib borishi, ureter va buyrak kosacha-jomchalarining kengayib ketishiga ureterogidronefroz deyiladi. Urokinamikaga to'siq siydik qopidan yuqorida bo'lsa, supra, siydik qopidan pastda bo'lsa infravezikal obstruksiya deyiladi. Ekskretor urografiya, kompyuter tomografiya va ultratovush tekshirish natijalarida aniqlanadi (18-rasm). Uning sabablarini qisman ko'rib chiqamiz:



18-a; b rasmlar. Ekskretor urogramma.
a) – bir tomonlama;
b) ikki tomonlama ureterogidronefroz.

Qovuq-siydik nayi reflyuksi – siydikning qovuqdan siydik yo'llariga qaytib chiqishi (19-rasm). Veziko-uretral segmentda tugallanmagan embriogenez veziko-uretral reflyuksning kelib chiqishida

asosiy rol o'ynaydi. Bundan tashqari, qovuq bo'yni kontrakturasi, uretra orqa qismi klapani, uretera stenozi ham veziko-uretera reflyuksiga sabab bo'lishi mumkin. Bu nuqson ko'pincha piyelonefrit xurujiga va ureterogidronefrozga sabab bo'ladi. Veziko-ureteral reflyuksning beshta darajasi tafovut etiladi:

1-daraja – kontrast modda siydik nayining distal qismigacha chiqadi.

2-daraja – kontrast modda bilan siydik nayi, buyrak jomi va kosachalari to'ladi.

3-daraja – siydik nayi, buyrak jomi hamda kosachalari ozgina kengayib, buyrak kosachalari gumbazi yumaloqlashadi.

4-daraja – siydik nayi kengayib, egri-bugrilashadi hamda buyrak jomi kosachalari deformatsiyalanadi.

5-daraja – ureterogidronefroz rivojlanib, buyrak parenximasi yupqalashadi.

K l i n i k a s i. Xos klinik belgilar kuzatilmaydi. Xastalik, ko'pincha asorat paydo bo'lgandagina aniqlanadi. Bolalar siyganda bel sohasida og'riq sezadilar, tez-tez siyish kuzatiladi. Siydik tahlilida leykotsituriya, mikrogematuriya, ba'zida makrogematuriya kuzatiladi.

D i a g n o s t i k a s i. Miksion sistouretrografiya bajariladi. Kontrast moddaning siydik nayiga chiqishi va uning buyrak kosachalari va jomida ko'rinishi tashxisni tasdiqlaydi.

D a v o l a s h. Konservativ davolashga harakat qilinadi, chunki bola ulg'aygani bilan veziko-uretral segment nuqsoni yetilib, rivojlanishi va reflyuks yo'qolishi mumkin. Uroantiseptiklar, elektrostimulyatsiya, shifobaxsh giyohlar bilan davolash muhim ahamiyatga molik bo'lib, reflyuksning 1–3 darajalarida 70–80 % gacha yordam beradi. Konservativ muolajalar samarasiz bo'lganida Greguar operatsiyasi qo'llaniladi. Greguar operatsiyasi – siydik yo'lining qovuqqa tutashgan joyidan proksimal tomonga qovuqning seroz va mushak qavatlari qirqib, kengaytirib, tarnov yasaladi va shu tarnovga siydik nayi joylashtirilib, uning ustidan mushak va seroz qavatlar tikiladi.

Reflyuksning 4- va 5-darajalarida Politan–Lidbetter bo'yicha ureterotsistoanastamoz bajariladi. Siydik nayining distal qismi kesib olib tashlanib, qovuq keng ochilib, 3–4 sm uzunlikda shilliq qavat ostidan yasalgan tunneldan o'tkaziladi.



19-rasm. Miksion urografiya. Qovuq-siydik nayi reflyuksi (sxema).

Ikki tomonlama siydik nayi reflyukslarida Koen operatsiyasi qilindi. Siydik nayining distal qismi kesib olib tashlanib, qovuq ochilib, naylar qovuq ichiga chiqarilib, qarama-qarshi tomonlarga o'tkazilib, tikiladi va yangi siydik yo'llari teshiklari hosil qilinadi.

Operatsiyadan so'ng bemorlar urolog va nefrolog nazoratida bo'ladi.

Infravezikal obstruksiya – qovuq bo'yni yoki siydik chiqarish kanalidagi to'siq bo'lishi infravezikal obstruksiya deyiladi. Uning natijasida urodinamika buzilishi, qovuq-siydik nayi reflyuksi va ikki tomonlama ureterogidronefroz rivojlanishi tushuniladi. Ushbu termin yig'ma bo'lib, ko'p kasalliklar, shu jumladan, qovuq bo'yni kontrakturasi (Marion kasalligi), uretra orqa qismining klapani, urug'do'mboqchasining gipertrofiyasi, siydik chiqarish kanali stenoz va obliteratsiyasini infravezikal obstruksiyaning o'zida aks ettiradi.

Klinika si. Bu kasalliklarning klinik belgilari deyarli bir xil. Asosiy belgisi qiynalib siyish bo'lib, ba'zan u bola tug'ilgan kundan boshlab, tobora kuchayaveradi va siydik tutilib, keyin esa paradoksial ishuriyaga olib keladi. Dastlab detruzor kuchi bilan obstruksiya uchastkasidan siydik tashqariga chiqariladi. Keyinchalik esa detruzor gipertrofiyasi uning gipotoniyasi bilan almashinadi va, nihoyat, atoniya rivojlanadi. Qovuqda siydik dimlanganidan so'ng siydik qovuqdan chiqishi uchun bola qorin mushaklarini taranglashtirib, haddan tashqari ko'p kuchanadi yoki qovuq usti sohasini qo'li bilan bosadi. Qovuqda siydikning dimlanishi sistit, piyelonefrit, qovuq-siydik yo'li reflyuksi, ureterogidronefroz yoki soxta divertikullar bo'lishiga olib keladi. Bolaning rangi oqarib, o'sishdan orqada qoladi. Paypaslab ko'rganda esa uning qovug'i katta bo'lib, bemalol qo'lga unmaydi. Paradoksial ishuriya ko'rinishida siydik tutilishi qayd etiladi. Surunka-

li buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi, rentgenda ikki tomonlama ureterogidronefroz aniqlanadi.

Uretra strikturalari (stenozlari) shilliq qavat gipertrofiyasi yoki uretra devori to'qimalari biriktiruvchi – fibroz to'qima hosil qilishi natijasida yuzaga keladi.

Diagnostikasi. Qovuq bo'yni kontrakturasida qo'llangan usullardan foydalaniladi. Uretra stenozlari darajasiga qarab naychalar ham, metall kateterlar ham, bujlar ham qovuqqa o'tishiga ma'lum qiyinchilik tug'diradi. Agar uchi to'mtoq boshli buj bilan uretradan qovuqqa kirilganda va uni qayta chiqarish paytida uretraning orqa qismida qarshilik yoki to'siq borligini payqash mumkin.

Davolash. Operatsiya yo'li bilan davolanadi. Katta yoshdagi bolalarda stenoz transuretral elektrozeksiyasi qilinadi. Kichik yoshdagilarda esa operatsiya yo'li bilan stenoz olib tashlanadi yoki oraliqdan borilib, uretra stenozini bilan birgalikda kesib olib tashlanadi.

Siydik chiqaruv kanali qopqoqlari (klapanlari)

Uretraning tug'ma klapanlari. Ikki tomoni ham shilliq qavat bilan qoplangan va uretra ichida joylashgan hosilalardir. Ularning quyidagi uch xili farqlanadi:

1. Kosachasimon ko'rinishga ega va urug' bo'rtiqchasidan pastda joylashgan xili.

2. Urug' bo'rtiqchasidan qovuq bo'yniga qadar tortilgan va dahanasimon xili.

3. Urug' bo'rtiqchasidan pastda yoki yuqorida joylashgan hamda ko'ndalang diafragma ko'rinishidagi xili.

Klinikasi. Infravezikal obstruksiya kabi bo'ladi.

Diagnostikasi. Qovuq bo'yni kontrakturasida qo'llangan usullardan foydalaniladi. Uretra klapanlarida naychalar ham, metall kateterlar ham, bujlar ham qovuqqa bemalol o'taveradi. Agar uchi to'mtoq boshli buj bilan uretradan qovuqqa kirilganda va uni qayta chiqarish paytida uretraning orqa qismida qarshilik yoki to'siq borligini payqash mumkin.

Davolash. Operatsiya yo'li bilan davolanadi. Katta yoshdagi bolalarda klapan transuretral elektrozeksiyasi qilinadi. Kichik yoshdagilarda esa operatsiya yo'li bilan klapan olib tashlanadi yoki oraliqdan borilib, uretra klapan bilan birgalikda kesib, olib tashlanadi.

Infravezikal obstruksiya urug' do'ngchasi gipertrofiyasi – shilliq qavat gipertrofiyasi yoki uretra devori to'qimalari biriktiruvchi – fibroz to'qima hosil qilishi natijasida yuzaga keladi.

Klinikasi. Infravezikal obstruksiyaadagidek bo'ladi.

Diagnostikasi. Qovuq bo'yni kontrakturasida qo'llangan usullardan foydalaniladi. Uretra stenozlari darajasiga qarab naychalar ham, metall kateterlar ham, bujlar ham qovuqqa o'tishiga ma'lum qiyinchilik tug'diradi. Agar uchi to'mtoq boshli buj bilan uretradan qovuqqa kirilganda va uni qayta chiqarish paytida uretraning orqa qismida qarshilik yoki to'siq borligini kuzatish mumkin.

Infravezikal obstruksiya: Leto uchburchagining shilliq parda gipertrofiyasi, megatrigonum.

Leto uchburchagining shilliq parda hosil qiluvchi hosilalar giperplaziya sifatida namoyon bo'ladi. Ba'zan u, hatto uretraning ichini to'liq yopib qo'yishi mumkin.

Klinikasi. Xuddi infravezikal obstruksiya bo'lgani kabi namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, ereksiya paytida og'riq seziladi.

Diagnostikasi. Sistouretrografiya va uretrografiya uretraning orqa qismida nuqson aniqlanadi. Shuningdek, qovuq kateterizatsiya qilinayotganda uretraning orqa qismida to'siq borligi seziladi, kateterlash yoki bujlashdan keyin qon ketishining kamayishi yoki ko'payishi kuzatiladi.

Davolash. Endouretral yoki oraliq bilan leto uchburchagining shilliq pardasi rezeksiya qilinadi.

Qovuq bo'yni kontrakturasi. Marion kasalligi.

Qovuq bo'yni fibroelastozi.

Qovuq bo'yni shilliq osti va mushak qavatlarida fibroz to'qimasi rivojlanishidan kelib chiqadi. Kasallikning kechishida ikki davr farq qilinadi:

1. Siyishning qiyinligi oz-moz bilinadi, qoldiq siydik yo'q, buyrak

funksiyalari buzilmagan, vaqti-vaqti bilan leykotsituriya kuzatiladi.

2. Siyish jarayoni ancha qiyin kechadi, bola kuchanadi, qoldiq siydik paydo bo‘ladi, piyelonefrit belgilari kuzatilib, buyrak funksiyalari ham izdan chiqib boshlaydi.

Diagnosticasi. O‘ziga xos qiyin taraflari bor. Urofloumetriya sistomanometriya bilan birgalikda bajarilsa, tashxisni aniqlash oson bo‘ladi. Sistouretrografiya esa qovuq tag qismining yuqoriga ko‘tarilganligi va devorlarning trabekulali bo‘lishi hamda siydik chiqarish kanalining yetarli ravishda kontrast bilan to‘lmasligi qayd etiladi. Ko‘pincha aniq tashxis operatsiya paytida qo‘yiladi.

Davolash. Yengil hollarda uretrani bujlash va antibakterial dorilar berish o‘z ta’sirini ko‘rsatadi. Og‘ir hollarda esa qovuq bo‘ynida U yoki Y shaklida plastika bajariladi.

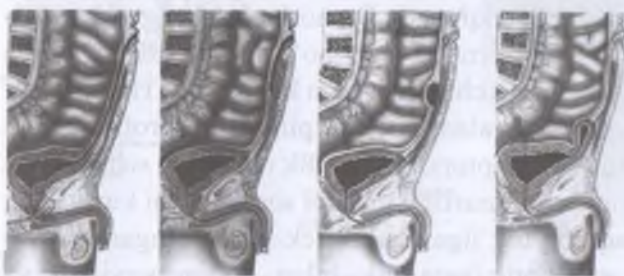
Siydik irmog‘i – uraxus bitmasligi. Ular quyidagi shakllarga bo‘linadi (20-rasm):

A. To‘liq bitmaslik – kindik to‘liq oqmasi, siydik kindikdan oqadi;

B. Kindik noto‘liq, oqmasi kindik tomon bitmagan, vaqti-vaqti bilan hidli ajratma chiqib turadi. Qorinda og‘riq bo‘lishi mumkin;

D. Uraxus kistasi qorin old devori sohasida o‘smasimon hosila paypaslanadi, bemorni bezovta qilmaydi, tekshiruv vaqtida aniqlanadi.

Qovuq divertikuli – bemorni bezovta qilmaydi, urologik tekshiruv vaqtida aniqlanadi.



20-rasm. Siydik
irmog‘i-uraxus
bitmasligi shakllari
(sxema).

Qovuq ekstrofiyasi – qovuq old devori hamda uning ustini qoplab turuvchi qorin old devorining bo‘lmasligi qovuq ekstrofiyasi deb ataladi. Bu nuqson nisbatan kam uchraydi (har 4000 ta tug‘ilgan bolaga 1 ekstrofiya) va eng og‘ir tug‘ma nuqsonlardan hisoblanadi. O‘g‘il bolalarda qizlarga nisbatan 3 baravar ko‘p kuzatiladi. Qovuq

ekstrofiyasi har doim total epispadiya bilan birgalikda qayd etiladi. Ushbu xastalikning patogenezi shu vaqtgacha to'liq aniqlanmagan.

Klinikasi. Qovuq usti sohasida u yoki bu kattalikda bo'lgan o'smasimon hosilani ko'rish mumkin. Bu hosilaning rangi qip-qizil bo'lib, u qovuq orqa devorining bo'rtib chiqishidan hosil bo'ladi (21–22-rasmlar).



21-rasm. Total epispadiya va siydik qopi ekstrofiyasi (qiz bolada).



22-rasm. Total epispadiya va siydik qopi ekstrofiyasi (o'g'il bolada).

Biroz shikastlanishda ham uning shilliq qavatidan kapillyar qon ketishi kuzatiladi. Hosilaning pastki qismida ikkita kichkina teshik bo'lib, u odatda siydik nayining teshiklaridir. Bu teshiklardan har doim siydik ajralib turadi. Vaqt o'tgan sayin hosila devorida qo'shimcha to'qima o'saveradi, elastikligi tobora yo'qolaveradi. Shilliq qavat yuzasida papillomatoz shish aniqlanadi. Bemorlar kuchanganda, yig'laganda qovuq devori yana ham ko'proq bo'rtib chiqadi, bu holda siydik naylari teshigidan siydik chiqarish ham kuchayadi. Hosila atrof terisi chaqalanadi (materatsiyalanadi). Ko'pincha ekstrofiya bilan birga tug'ma chov churrasi, kriptorxizm, siydik chiqarish sistemasida turli nuqsonlar, qov simfizi bitmasligi, tug'ma son chiqishi kuzatiladi.

Davolash. Chaqaloq tug'ilgan zahoti ekstrofiyalangan qovuqning shilliq qavati antiseptik suyuqlik bilan obdon yuviladi va sterillangan salftka bilan yopilib, jarrohlik bo'limiga o'tkazilishi zarur. Agar unda operatsiyaga boshqa moneliklar bo'lmasa, kichik chillasi chiqmasdan turib, operatsiya qilinadi. Bunda shilliq qavati teridan ajratib qirqilgan (qovuq devori), siydik naylari kateterlangan holda bir-biriga olib kelinib tikiladi. Simfizni keltirib tikish qovuq

devorlarining taranglashuvisiz bir-biriga tikilishini ta'minlaydi. Qovuq shilliq qavatining papillomatoz o'zgarishi – bu operatsiyani bajarishga bo'lgan katta mone'likdir. Agar bolaning kichik chillasi chiqmasdan turib, bu operatsiya bajarilmasa, u vaqtda bajariladigan quyidagi operatsiyalar 4 guruhga bo'linadi:

1. Rekonstruktiv-plastik operatsiyalar. Qovuq old devori va qorin devori nuqsonini mahalliy to'qima yoki plastik materiallar yordamida tiklashni ko'zda tutadi.

2. Sistosigmoanastomoz – qovuq bilan sigmasimon ichak o'rtasida tutashma hosil qilish (24-rasm). Bu operatsiyadan keyin siydik anal teshik orqali ajraladi.

3. Yangidan qovuq paydo qilish. Buning uchun to'g'ri ichakdan qovuq shakllantiriladi. Hozirgi paytda asoratlari ko'pligidan bu operatsiya deyarli qo'llanilmaydi.

4. Siydik yo'llarini sigmasimon ichakka antireflyuks mexanizm vositasida ulash. Chaqaloqlik davrida operatsiya qilinsa va imkon boricha kasalning o'z qovug'idan nuqsonni tiklash operatsiyasi bajarilsa, natija ancha yaxshi bo'ladi.



24-rasm.
Sistosigmoanastomoz
(sxema).



25-rasm.
Qovuq
divertikuli.
Sistogramma.

Agar sistosigmoanastomoz bajarilsa, ichakka siydik tushishidan va uning qayta organizmga so'rilishidan giperxloremik atsidoz rivojlanadi. Bu esa suv-tuz almashinuvini sozlashni taqozo etadi. Vaqt o'tishi bilan siydik ta'siridan ichak shilliq qavati ortiqcha shilimshiq ishlab chiqaruvchi qavat bilan qoplanishidan siydikning qayta so'rilishi kamayadi va natijada elektrolitlar almashinuvini sozlashga hojat qolmaydi. Sistosig-

moanastomoz bo'lgan bolalarni vaqti-vaqti bilan ekskretor urografiya qilib turish hamda piyelonefritning oldini oluvchi chora-tadbirlarni o'z vaqtida ko'rish zarur.

Qovuq divertikuli – Klinik jihatdan deyarli bezovta qilmaydi. Boshqa sabab bilan urologik tekshirishda aniqlanadi (25-rasm).

QORIN OLD DEVORI, QORINPARDA O'SIMTASINING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Kindik churrasi – kindik halqasi aponevrozining to'liq bitmasligi natijasida paydo bo'lib, qorin parda bo'rtib chiqadi, churra xaltasini hosil qiladi, churra ichida charvi, ichak qovuzlog'i bo'ladi. Yumaloq yoki oval shaklda, kattalashgan kindikka o'xshaydi. Asosan, erta yoshdagi bolalarda uchraydi.

Davolash. 4–5 yoshlargacha o'zi bitishi mumkin, 5 yoshdan so'ng o'zi davolanishiga umid yo'q. Operativ davolanib, churra xaltasi olinib, aponevroz tikib, bekitiladi.

Qorin oq chizig'i churralari. O'rta chiziq bo'ylab kindik va xanjarsimon o'siq orasida joylashgan aponevrozning turli defektlari natijasida yuzaga keladi. Asosan, katta yoshdagi bolalarda uchraydi. To'sh suyagi xanjarsimon o'sig'idan kindikgacha bo'lgan oraliqda joylashib, paraumblikal va epigastral churralarga bo'linadi. Qorin old devori churralari ichidagi salmog'i 1 % ni tashkil qilib, ko'pincha 2–3 yoshdan keyin aniqlanadi. Churra qisilishi juda kam hollarda uchraydi.

Davolash. Operativ yo'l bilan churra xaltasi olinib, nuqson bartaraf etiladi.

Embrional – kindik tizimchasi churralari yoki omfalotsele.

Embrional rivojlanish jarayonida fiziologik embrional churra bosqichida ichaklar qorin bo'shlig'idan tashqariga qisman yoki to'liq qolishi natijasida har o'lchamli embrional–kindik tizimchasi churralari (*omfalotsele*) paydo bo'ladi.

Qiyinchilik tug'dirmaydi, amnion, varton quyqasiga o'ralgan ichak qovuzloqlari kindik halqasidan tashqarida turganligi ko'rinadi (1–2-rasmlar). Kindik halqasi kengligi va churra xaltasi kattaligiga qarab embrional churralar quyidagilarga bo'linadi:

- kichik – 5 sm gacha;
- oʻrta – 10 sm gacha;
- katta – 10 sm dan katta.



1-rasm. Kichik oʻlchamli embrional churra.



2-rasm. Katta oʻlchamli embrional churra.

Davolash – operativ, kichik oʻlchamli, asoratlanmagan embrional churralar bemor hayotining birinchi kunlaridayoq operatsiya qilinadi.

Asoratlangan, katta hajmli embrional churralar churra xaltasi antiseptiklar bilan ishlov berilib, embrional churralarni ventral churraga aylanishiga, yaʼni embrional epitelizatsiyalanishiga erishiladi. Operativ davo imkoni boʻlmasa, maʼlum muddatga konservativ muolajalar olib borilib, va katta hajmli embrional churralar bemor yoshi kattaroq boʻlganida, bir yoki bir necha bosqichda (Gross–Shuster bosqichli usuli) operatsiya qilinadi hamda ichak qovuzloqlari qorin boʻshligʻiga toʻgʻrilanadi (3-rasm).

3-rasm. Gross–Shuster bosqichli usulida davolash sxemasi.



4-rasm. Gastroshezis.

Gastroshezis.

Taʼrifi: Kindik yonidan, qorin oʻng old devori defektidan qorin-pardaga oʻralmagan holda qorin boʻshligʻi aʼzolarining tashqariga chiqishiga aytiladi. Gastroshezisda omfalotsedan farqli oʻlaroq aʼzolari oʻrab turuvchi parda, churra xaltasi varaqlari boʻlmaydi, qorin devorida-gi nuqson aynan qorin markaziga toʻgʻri kelmaydi (4-rasm).

Chov va chov-yorg' oq churrallari.

Churra (*hernia*) – qorin bo'shlig'i a'zolarining qorinpardaga o'ralib qorin old devoridagi tabiiy yoki orttirilgan teshiklar orqali chiqishiga aytiladi.

Chov kanali orqali churra mahsulotlarining chov, chov-yorg' oq soha teri ostiga chiqishiga chov va chov-yorg' oq churrallari deb aytiladi. Bolalarda eng ko'p tarqalgan xirurgik kasalliklardan biri hisoblanadi. Bemorlarda o'ng tomonlama churra ko'proq uchraydi, o'g'il bolalarda qiz bolalarga nisbatan 2–3 bora ko'proq kuzatiladi. Churra, ko'pincha tug'ma bo'lib, qorin bo'shlig'idan tuxumchani yorg'oqqa tushish jarayonida hosil bo'ladigan qorinparda vaginal o'sig'i bitmasligi sababli hosil bo'ladi, vaginal o'sig' 75 % hollarda bola tug'ilgan vaqtda to'liq obliteratsiyaga uchraydi. Qolgan hollarda o'sig'ning to'liq yoki qisman bitishi kuzatiladi. Churra xaltasi chov kanali ichidan o'tganligi sababli tug'ma churralar qiyshiq hisoblanadi. Orttirilgan chov churrallari bolalarda nisbatan kam uchraydi. Jismoniy zo'riqish yoki qorin old devori sust rivojlangan bolalarda ortirilgan churralar hosil bo'lishi mumkin. Shuning uchun bolalarda uchraydigan hamma churralar tug'ma bo'lib, chov kanali bo'ylab tushadi va doimo qiyshiq bo'ladi. Bolalarda to'g'ri churralar juda kam, istisno tariqasida bo'lishi mumkin. Churralar, asosan, ikkichov va chov-yorg' oq turida bo'ladi. Shundan chov-yorg' oq churralar chov yo'liga funikulyar va tuxumga testikulyar bo'ladi. Chov qin o'simtasining yuqori va o'rta qismining ochilishi hisobiga funikulyar churra ko'p uchraydi. Testikulyar churrada qorinparda o'simtasi butunligicha ochilishi hisobiga paydo bo'ladi va u tuxum churra qopida birga deb, ba'zan xato baholanadi, holbuki u seroz parda bilan ajralgan bo'lib uning ichiga taqalib turadi. Bolalarda churra hosilasi ingichka ichak qovuzlog'ini, katta yoshlarda esa charvini tashkil qiladi. Qiz bolalarda esa, ko'pincha tuxumdon va uning nayi, ba'zan sigmasimon ichakda bo'lishi mumkin. Ba'zan yo'g'on ichak charvisi uzun bo'lganligi uchun ko'richak chiqib qolishi mumkin. Bu holat churra qopi orqa devorining yo'qligi uchun sirpanuvchi churra bo'lib kechadi.

Tug'ma chov churrallari.

Qorinparda vaginal varag'ining bitmasligi va chov kanali keng - gayganligi tufayli qorin bo'shlig'i a'zolari (ichak qovuzloqlari,

charvi qismi) chov sohasida boʻrtib chiqadi. Ularning ikki xil, yaʼni chov (funikulyar churra) va chov-yorgʻoq (testikulyar churra) turlari mavjud (5-a va b rasmlar). Tugʻma chov, chov-yorgʻoq churralari «qiyshiq» churra hisoblanadi. Churra hosil boʻlishining asosiy sababi, qorin ichi va qorin devori orasidagi dinamik bosimning buzilishidir.



5-a va b rasmlar. a) chov;
b) chov-yorgʻoq churralari.

Churralar quyidagi elementlardan iborat: churra darvozasi, churra xaltasi, churra mahsuloti (ichak, charvi yoki qorin boʻshligʻida har qanday aʼzo boʻlishi mumkin).

Qisilmagan chov churra klinikasi. Bemorni churra bezovta qilmaydi, chov sohasida shish, palpatsiyada yumshoq konsistensiyali hosila paypaslanadi. Chov kanali tashqi darvozasi kengligi aniqlanadi. Qorin boʻshligʻiga toʻgʻrilaganda ichaklarni «juqurlab» tovush chiqarib, qorin boʻshligʻiga ketishi kuzatiladi. «Yoʻtalda qoʻlga urilish» simptomi musbat boʻladi.

Chov va chov-yorgʻoq churralari klinik belgilariga qarab:

- toʻgʻrilanadigan (churra mahsuloti yengil chiqib–kiradigan);
- toʻgʻrilanmaydigan (churra xaltasi devoriga churra mahsuloti chandiqli yopishgan);
- qisilgan (churra mahsuloti churra darvozasi sohasida qisilib, qon va limfa aylanishi buziladi va toʻqimalar nekrozi xavfi ortib boradi) churralarga boʻlinadi.

Chov va chov-yorgʻoq churralari qisilish mexanizmiga qarab: elastik, axlatli, qisman (ichak devori, siydik qopi devori – Rixter qisilish) Retrograd qisilish (*hernia Maydl*) yoki W-simon qisilish. Bunda ichak qovuzlogʻi tutqichi bilan birga qorin boʻshligʻi ichida qisilib, nekrozlanadi. Mekkel divertikuli qisilishi – Littre churrasi deyiladi.

Davolash prinsiplari. Churralarni davolash – operativ, yaʼni radikal ravishda churra xaltasini olib tashlash hisoblanadi. Chov

kanali old devorini mustahkamlashga qaratilgan plastik muolajalar, bolalarda unchalik muhim ahamiyatga ega emas. Bolalarda chov kanali old devorini mustahkamlash uchun Ru-Krasnobayev, Martinov usullari qo'llaniladi.

QORINPARDASI VAGINAL O'SIG'I BEKILISH ANOMALIYALARI

Vaginal o'simtasining obliteratedsiyalanmaganligi bu nuqsonning asosiy sababchisidir. Agar vaginal o'simtasining terminal qismi obliteratsiya bo'lmay qolsa, gidrosele – istisqo kelib chiqadi (6-rasm). Proksimal qismining bekilib ketmasligidan esa urug' tizimchasining yuqori qismida suyuqlik to'planishi funikosele yoki urug' tizimchasi istisqosi deb aytiladi. Agar obliteratsiya urug'don va urug' tizimchasining bor bo'yicha ro'y bermagan bo'lsa, bunday holat qorin bo'shlig'i bilan bog'langan, ya'ni tutashgan bo'ladi (7-rasm). Bu tutashgan urug'don istisqosi yoki gidrofunikulosele deb ataladi. Vaginal o'simtasining o'rtasida obliteratsiya kuzatilmasligidan urug' tizimchasi kistasi vujudga keladi (8-rasm). Gidrosele va funikuloselening kelib chiqishiga qin o'simtasi pardasi so'rish qobiliyatining pasayishi hamda chov kanali sohasidagi limfa tomirlarining yaxshi rivojlanmaganligi sabab bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarda gidrosele urug'don shikastlanishidan ham kelib chiqadi.



6-rasm.
Tutashmagan
istisqo.



7-rasm.
Tutashgan istisqo.



8-rasm.
Urug' tizimchasi
kistasi.

Klinikasi. Gidrozele bir tomonlama bo'lsa, yorg'oqning shu tarafi kattalashadi. U oval shaklda kattalashgan bo'lib, yuzasi silliq bo'ladi. Yorg'oq terisi taranglashtirilib qaralsa, hosilaning biroz ko'kimtir rangga ega ekanligi ko'rinadi. Gidroselening pastki qutbida urug'donni paypaslash mumkin.

Gidroselening yana taranglashgan va taranglashmagan xillari ham mavjud. Taranglashgan xilida hosila ichida moyakni paypaslab bo'lmaydi va hosilaning muhiti ancha qattiq. Bu esa urug'donning tezda atrofiyalanishiga sabab bo'ladi. Uning taranglashmagan xilida esa hosilaning muhiti elastik bo'lib, uning ichida joylashgan urug'donni bimalol paypaslash mumkin. Gidroselening tutashgan xilida hosila juda elastik bo'lib, u barmoqlar orasiga olinsa, suyuqlik yuqoriga ko'tarilib, qorin bo'shlig'iga ketadi va o'smasimon hosiladan asar ham qolmaydi. Faqat yorg'oq terisi ozgina shalvirab qoladi, xolos. Agar yorg'oq qo'yib yuborilsa, yuqoridan suyuqlik asta-sekin oqib tushishi hisobiga hosila yana paydo bo'ladi. Urug'tizimchasi kistasida chov kanalining pastida qattiq muhitli o'smasimon hosila qo'lga unnaydi. U odatda og'rimaydi va yon tomonlarga ko'proq siljiydi.

Qiyosiy diagnostikasi. Gidroseleni churradan farqlash kerak. Churrada ko'kimtir rangli hosila kuzatilmaydi, qo'l bilan paypaslaganda ichak muhitini payqash mumkin. Qo'lni qorin bo'shlig'iga kiritilganda esa ichak ichidagi havoning qurillashi aniqlanadi. Agar churra ichida charvi bo'lsa, diqqat bilan qaralsa quyidagi manzarani kuzatish mumkin: hosila qorin bo'shlig'iga kiritilganidan keyin chov sohasi avval do'ppayadi va hosila asta-sekinlik bilan yorg'oqqa tushadi; agarda tutashuvchi gidrosele bo'lsa, bunday do'ppayish yorg'oq tubidan boshlanadi, chunki suyuqlik yuqoridan oqib tushib, yorg'oq pastida to'planadi. Gohida siqilgan chov churrasi bilan urug'tizimchasi kistasini farqlash nihoyatda qiyin bo'ladi. Chunki urug'tizimchasi kistasi chov kanalining ichki teshigi to'g'risida bo'lsa, bola yig'laganida, kuchanganida qorin bo'shlig'ida bosim oshishi hisobiga urug'tizimchasi kistasi chov kanalidan tashqariga chiqadi va xuddi siqilib qolgan churrani eslatadi. U holda farqlashning iloji bo'lmasa, tashxis siqilgan churra foydasiga hal qilinadi va operatsiya o'tkaziladi.

Davolash. Jarrohlik yo‘li bilan davolanadi. Operatsiya bemor 3 yoshdan oshgandan so‘ng olib boriladi. Tutashmagan gidroseleda Vinkelman usulidagi operatsiya qilinadi. Bunda urug‘don qin o‘simtasi pardasini kesib, pardani urug‘don atrofidan ajratgan holda ag‘dariladi va choklanadi. Funikuloseleda esa kistani atrof to‘qimadan ajratib, kesib olib tashlanadi. Tutashgan gidrotseleda Ross operatsiyasi bajariladi. Nukka kistasi – qiz bolalarda chov kanaliga bachadon boylami tutashgan, agar shu yerda qorin parda qismi suyuqlik bilan chiqsa, u Nukki kistasi deyiladi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari urug‘ yo‘li kistasidan deyarli farq qilmaydi.

TASHQI JINSIY A‘ZOLARNING NUQSONLARI

Tuxumchalar va qorinparda vaginal o‘simtasi embriogenezi. Tuxumchalar embrional rivojlanishning 4–6 haftasida qorinpardaning ortida bel sohasida shakllanib, asta-sekinlik bilan yorg‘oqqa qarab intiladi, ular o‘z yo‘lida qorinparda ortig‘i, ya‘ni Gunter chandig‘i ortidan keladi. Qorin old devorini chov sohasida teshib o‘tib, chov kanalini hosil qiladi. Chaqaloq tug‘ilganida tuxumchalar yorg‘oqda bo‘lishi lozim. Qorinparda ortig‘i – Gunter chandig‘i o‘zi bilan qorinparda varaqlarini olib tushadi, ushbu varaqlar qorinparda qin-vaginal o‘sig‘i deb yuritiladi. Tuxumchalar o‘z yo‘lidan adashishi – tuxumchalar ektopiyasiga, yo‘lda turub qolishi – kriptorxizmga, tuxumchalar rivojlanishdan ortda qolishi – gipoplaziya, bo‘lmasligiga – ageneziya yoki aplaziya sabab bo‘ladi. Vaginal o‘sig‘ bitmasligi natijasida esa gidrosele yoki chov churrallari kelib chiqadi.



1-rasm. Tuxumchalar embrional rivojlanishi davrida yorg‘oqqa qarab intilishi.

Anorxizm – jinsiy tuxumchalarning embrional rivojlanish davridan bo‘lmasligi. Chaqaloq tug‘ilganidan so‘ng ham tuxumchalarning yorg‘oqda, tushish yo‘llarida umuman bo‘lmasligi anorxizm deyiladi. Anorxizm ko‘pincha ikki yoki bir tomonlama buyraklar ageneziasini yoki aplaziasini bilan keladi. Yorg‘oqda tuxumchalar aniqlanmaydi, bemorda endokrin

o'zgarishlar bo'lishi mumkin, endokrin garmonlar bilan davolashga harakat qilinadi.

Monorxizm – yorg'oqda yagona tuxumchaning bo'lishi, bir tomonlama tuxumcha aplaziyasi, ageneziyasi, davolanmagan kriptorxizm-da kuzatiladi. Yagona tuxumcha ko'p hollarda vikar gipertorfiyaga uchraydi. Monorxizm hosil bo'lishiga buyraklar va jinsiy bezlarning birlamchi embrional shakllanishi davridagi o'zgarishlar sabab bo'ladi.

Poliorxizm – yorg'oqda ikkidan ortiq tuxumcha aniqlanadi. Bemorni bezovta qilmaydi.

Tuxumcha gipoplaziyasi kriptorxizm bilan birgalikda uchraydi. Ikki tomonlama gipoplaziya holatida endokrin o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlar adipozogenital semirishdan aziyat chekadi, jinsiy rivojlanishdan orqada qoladi. Endokrinolog bilan birgalikda davolanadi.

Moyak ektopiyalari. Tuxumcha qorin ortidan yorg'oqqa tushish jarayonida o'z yo'lidan adashib, yorg'oqqa tushmasa, qov, son, chov yoki oraliq sohalarida aniqlansa tuxumcha ektopiyasi deyiladi (2-rasm).

Davolash – operativ ya'ni tuxumchani yorg'oqqa tushirish.

Kriptorxizm – yunoncha so'zidan olingan bo'lib, *yashiringan urug'don* degan ma'noni anglatadi. Bu kasallikda bir yoki ikkala urug'don antenatal davrda yorg'oqqa tushmay, qorin bo'shlig'i yoki chov kanalida tutilib qoladi. Ko'proq urug'donning chov kanalida tutilib qolish hollari uchraydi. Kriptorxizmning quyidagi turlari farqlanadi:

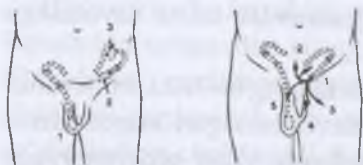
- 1) bel sohasi kriptorxizmi;
- 2) qorin sohasi kriptorxizmi;
- 3) chov kanali kriptorxizmi;
- 4) chov kriptorxizmi (3-rasm).

Et iopatogenezi. Bu nuqsonning kelib chiqishi to'g'risida ko'pgina nazariyalar mavjud. Ularning orasida quyidagi nazariyalar ko'pchilik mutaxassislar tomonidan tan olingan:

1. Mexanik nazariya. Urug'donning ushlanib qolishi uning rivojlanishidagi jarayonida atrof to'qimalar bilan bo'lgan o'zaro aloqaning buzilishiga bog'liq. Uning yorg'oqqa tushish yo'li chandiqlar bilan bekilib qolishi mumkin.



2-rasm. Oraliq ektopiyasi.



3-rasm. Kriptorxizmning turlari (sxema).

2. Endokrin nazariya. Bu nazariyaga binoan, gipofiz stimulyatsiyasiga urug'donlar to'g'ri javob bera olmaydi.

3. Genetik nazariya. Ayrim olimlar tomonidan genetik omillardan kriptorxizmning kelib chiqishidagi ahamiyati tan olingan. Yuqoridagilardan ke-

lib chiqib, kriptorxizm polietilogik xususiyatga ega ekanligini aytish mumkin.

Klinikasi. Kriptorxizm bir va ikki tomonlama farqlanadi. Bir tomonlama kriptorxizmida tegishli tomonning yorg'og'i yetarli ravishda rivojlanmagan va uning ichida urug'don qo'lga unnamaydi. Ikki tomonlama kriptorxizmida esa yorg'oqning ikki tarafi ham rivojlanmagan. Urug'don (urug'donlar) chov kanalida yoki chov kanali tashqi teshigi to'g'risida qo'lga unnashi mumkin. Agar urug'donlar qorin sohasida joylashgan bo'lsa, palpatsiyada umuman hech narsa sezilmaydi. Chov kanalida joylashgan urug'don kam harakat bo'lib, ozgina tortishi mumkin bo'lgan hosila tariqasida qo'lga unmaydi. 5–10 % bemorlarda kriptorxizm bilan birga endokrin funktsiya ham izdan chiqadi. Bu, ayniqsa, ikki tomonlama kriptorxizmida ko'proq kuzatiladi. 25 % bemorlarda esa chov churraasi uchraydi.

Davolash. Kriptorxizm patogenezi endokrin nazariyasi tarafdorlari bu xastalikni ilk bor konservativ usul – gormonlar yordamida davolashni, ko'pchilik klinitsistlar ham har bir bemorga xususiy yondashish lozimligini aytadilar. Umuman, kriptorxizmning ikki tomonlama bo'lishi, bir tomonlama bo'lgan holda ham endokrin buzilishlar bilan birgalikda uchrashi gormonal terapiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. Bunday hollarda bemorlarga gonadotropin xoriogeninini 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga 500–1000 DB (doza birligi), 10 yoshdan kattalarga esa 1500 DB da bir haftada ikki marotaba va bir oy davomida olib borish buyuriladi. Bu davolashdan ijobiy natija olinsa, muolaja kursi uch oydan keyin yana takrorlanadi. Agar ijobiy o'zgarish bo'lmasa, operatsiya qilish lozim.

Operatsiya ikki bosqichda o'tkaziladi. Birinchi bosqichda urug'don pastga tushirilib, yorg'oq devorchasiga fiksatsiyalanadi. Ikkinchi

bosqichda son fastsiyasiga mahkamlab qo'yiladi. Ikki bosqichlik operatsiyaga Bayl—Kitl operatsiyasi misol bo'ladi.

1-bosqichda urug'don yorg'oqqa tushiriladi va son soxasidagi fastsiyaga mahkamlanadi.

2-bosqichda esa uni son sohasidan ajratib, yorg'oqqa joylab, son va yorg'oqdagi teri jarohatlariga chok qo'yiladi. Sokolov usulida orxidopeksiya usuli amaliyotda keng qo'llaniladi, ushbu usulda urug'don yorg'oqqa tushirilgach, ipak ip bilan songa vaqtincha leykoplastir yordamida fiksatsiya qilinadi. Kriptorxizmni operatsiya yo'li bilan davolashda urug'donning shikastlanishlarga juda ham sezgir ekanligini inobatga olish lozim. Operatsiya paytida qo'pol harakatlar qilish natijasida urug' yo'li, qontomirlari jarohatlanishi mumkin.

Varikosele. Urug' tizimchasi vena tomirlarining kengayishi *varikosele* deb ataladi.

Et i o p a t o g e n e z i. Xastalik rivojlanishida urug'don venalarida bosimning ko'tarilishi hamda tomirlar tonusining pasayishi katta ahamiyatga ega. Urug' tizimchasi atrofi pardasining zaifligi ham varikoselega moyillik tug'diradi. Chap urug'don venasida bosim ko'tarilishining sababi, uning buyrak venasiga ma'lum burchak ostida qo'shilishi hamda buyrak venasining o'ziga xos torayishidir. Bu hol varikoselening chap tomonda uchrashiga sabab bo'ladi.

K l i n i k a s i. Rivojlanish darajasiga bog'liq. Boshlanish davrida shikoyatlar bo'lmaydi. Kasallik rivojlangan sari urug'don, urug' tizimchasi, chot orasi va chov kanali tomonlarida og'riq paydo bo'ladi. Yorg'oqdagi og'riq yuk ko'targanda kuchayadi. Qarab ko'rganda yorg'oq terisi va urug'don ko'proq osilganligi, teri ostidagi urug' tizimchasi venalari tugunlashganligi va kengayganligi aniqlanadi. Paypaslaganda urug' naychasi va uning vena tomiri qalinlashgan, chuvalchangsimon va xamirsimon ko'rinishda bo'ladi. Ayrim bemorlarda varikosele tomonida gidroselening boshlanish belgilari ham kuzatilib, chov kanalining tashqi teshigi birmuncha kengaygan bo'ladi. Varikosele rivojlanishiga ko'ra 3 darajaga bo'linadi:

1. Bunda urug' tizimchasi sohasida vena tomirlari kengaygan bo'ladi.
2. Bunday o'zgarish urug'don pastki qutbigacha yetadi.
3. Varikoz kengaygan vena tomiri konglomeratga aylanib, yorg'oq sohasini egallaydi.



4-rasm.
Varikotsellida
operativ davo
prinsipi.



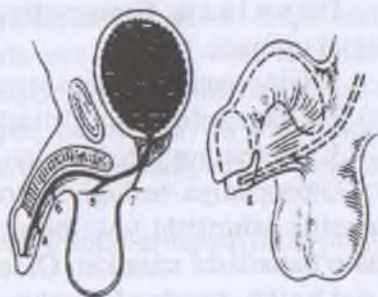
5-rasm. Angiografiya, tuxumcha
venalarining
kengayishi.

Davolash. Varikosele tufayli urug'don venalarida qon dimlanadi, natijada urug'donda trofik o'zgarishlar vujudga kelib, bu esa farzandsizlikka olib keladi. Shuning uchun varikoseleining ikkinchi bosqichida operatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Asosan, Ivanisevich operatsiyasi qo'llanadi (4-rasm). Bunday usulda operatsiya o'tkazilganda buyrakdan urug'donga qonning retrograd oqib keliishi to'xtaydi. Buning uchun urug'don venasi boylanadi.

Operatsiyada retsidiv 28 % gacha kuzatiladi. Bu, asosan, buyrak va urug'don orasidagi boshqa kichik venalarning bog'lanmay qolishi tufayli ro'y beradi. Shu sababli ham Palomo nafaqat urug'don venasi, balki urug'don arteriyasini ham bog'lashni taklif qilgan. Bu operatsiya ko'p hollarda gidrosele berishi, chunki qontomirlari bilan limfa tomirlari ham bog'lanishi mumkin. Shuning uchun A. P. Eroxin operatsiyadan oldin urug'don oqchil qavati tagiga 0,3–0,2 ml 0,4 % li indigokarmin yoki 0,5 % li Evans eritmalaridan yuborishni taklif qiladi. Shunday qilinganda arteriya va vena qontomirlari bilan birgalikda yo'nalgan limfa tomirlari ko'k rangda bo'lib, yaxshi ko'rinadi va ular chokka olinishdan istisno bo'ladi.

Gipospadiya. Gipospadiya o'g'il bolalarda tez-tez uchrab turadigan tug'ma nuqson bo'lib, qizlarda juda kam aniqlanadi. Keyingi yillardagi ma'lumotlarga ko'ra, tug'ilgan har 300 nafar chaqaloqning birida gipospadiya qayd etiladi. Gipospadiyada uretraning old devorining bo'lmasligi, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining qisman yoki olat volyar yuzasining turli joylarida bo'lishi kuzatiladi. Gipospadiya paydo bo'lishida embrion bilan ona o'rtasidagi gormonlar disbalansi katta ahamiyatga ega. Bu hol homiladorlikning boshlanish davrida ruhiy shikastlanishlar sababli aniqlanadi (6-rasm).

Tasnifi. Gipospadiyaning olat boshi; tana; tana-yorg'oq; yorg'oq va oraliq shakllari farq qilinadi. Bundan tashqari, kasallikning gipospadiyasiz gipospadiya deb ataluvchi turi ham mavjud, u ba'zan uretraning tug'ma kaltaligi deb ham yuritiladi (6-rasm).



6-rasm. Gipospadiya va uning turlari.

Klinikasi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi olat boshi cho'qqisida bo'lmay, olat toj egati yoki tanasining turli joyida hamda yorg'oq va oraliqda bo'lsa, bu gipospadiya, deb tushuniladi. Bunda uretra teshigining qay joyda joylashganligiga nisbatan shakli aniqlanadi. Shunisi muhimki, gipospadiya teshigidan to olat boshigacha xorda tortqisi va fibroz chandiqlar mavjud bo'lib, ular olatning volyar yuza tomonga egilishini ta'minlaydi. Shuning uchun gipospadiyaga uchragan olat xuddi vergulga yoki o'roqqa o'xshab egiladi. Yillar o'tishi bilan g'ovak tanalar o'saveradi, biroq xorda tortqisi va fibroz chandiqlar uzunligi o'zgarmasdan qolaveradi. Shu sababli ham olatning egikligi tobora ortaveradi. Mana shu egiklik tufayli gipospadiyaning yorg'oq, tana-yorg'oq va oraliq turlarida bolalar o'tirib siyishga majbur bo'ladi.

Gipospadiyaning olat boshi shaklida ko'pincha uretra tashqi teshigining stenozisi ham kuzatiladi. Vaqtida uni bartaraf qilmaslik natijasida yuqori siydik chiqarish yo'llari kengayishi hamda ureterogidronefroz rivojlanishi mumkin.

Gipospadiyaning oraliq shaklida bir yoki ikki tomonlama kriptorxizm ham qayd etiladi. Shuni alohida ta'kidlash kerakki, gipospadiyaning bu shaklida yorg'oq ham ikkiga bo'lingan bo'lib, ular katta hayo lablarini eslatadi. Bola tug'ilganda unga e'tibor bilan qaramaslik oqibatida ularning jinsi noto'g'ri belgilanadi va tarbiya ham shunga yarasha bo'ladi. Ba'zan, tashxisni to'g'ri qo'yish uchun jinsiy xromatinlar tekshiriladi, xromosomalar aniqlanadi va nihoyat, laparoskopiya yordamida tuxumdondan yoki urug'don bor yoki yo'qligi tekshiriladi.

Davolash. Gipospadiyani davolashda, asosan, uchta qoidaga amal qilinadi:

1. Gipospadiya teshigi stenozini bartaraf qilish.
2. Olat egriligini to'g'rilash.
3. Uretraning yetishmagan qismini tiklash.

Gipospadiya teshigi stenozini bartaraf qilish mustaqil ravishda amalga oshirilishi yoki birinchi bosqich operatsiya bilan birgalikda ham bajarilishi mumkin. Olatni to'g'rilash birinchi bosqich operatsiyasi bo'lib, bunda olat volyar yuzasidagi xorda tarmoqlari va fibroz chandiqlar olib tashlanib, olat egriligiga barham beriladi. Bu operatsiya bemorning 1–2 yoshida bajarilgani ma'qul. Ikkinchi bosqich operatsiyasi uretroplastika deb ataladi. Odatda, bu operatsiya bolaning 3–4 yoshlarida amalga oshiriladi. Albatta, bunda olatning rivojlanganlik darajasini hisobga olish kerak. Eng asosiysi, uretroplastika quyidagi talablarga javob berishi kerak:

1. Olat ereksiya bo'lganida u egik bo'lmasligi shart.
2. Uretraning tashqi teshigi olat boshida bo'lishi zarur.
3. Uretraning tashqi teshigi yetarli darajada keng bo'lib, siyishda siydik oqimining erkin chiqishini ta'minlash kerak.

Hozirgi paytda gipospadiyani bartaraf etishning 200 dan ortiq usullari mavjud. Amaliy jihatdan ko'proq Dyupley, Broun, Landerer usullari qo'llanilmoqda. Bir bosqichli operatsiya usullari (Xatson, Duket, Xorton–Devine, J. Beknazarov) ham joriy qilina boshlandi.

Epispadiya. Bunda siydik chiqarish kanalining dorsal devori yirtilib, olat g'ovak tanalari ham bir-biri bilan zich yopishmagan bo'ladi.

Tasnifi. O'g'il bolalarda quyidagicha: olat boshi epispadiyasi, tana epispadiyasi hamda total epispadiyasibo'ladi (7-rasm).



7-rasm.
Total
epispadiya.



8-rasm. Total epispadiya
va ekstrofiya.

Olat boshi epispadiyasida uretra yirtilib, dorsal devori faqat olat boshida bo'lmaydi, tana epispadiyasida esa bu hol olat tanasida kuzatiladi. Total epispadiyada siydik chiqarish kanalining barcha qismida uretraning dorsal devori bo'lmaydi, bu hol qovuq sfinkterida ham aniqlanishi mumkin. Shuning uchun total epispadiyada ko'pincha siydik tuta olmaslik ham qayd etiladi.

Qiz bolalarda esa: klitor, subsimfizar va total epispadiyalar farqlanadi.

Klinikasi. Asosan, epispadiya shakliga bog'liq. Olat boshi epispadiyasida siydik chiqarish kanalining teshigi olat boshi asosida joylashgan bo'lib, olat boshi ham yassilangan. Siyish jarayoni buzilmagan, lekin siydik turli tomonga sachraydi. Ereksiyada olat tanasi oz yoki ko'proq qorin tarafga egilgan bo'ladi.

Tana epispadiyasida uretra teshigi olat tanasida joylashgan bo'ladi. Qov suyaklari ham simfizdan uzoqlashgan, qorinning to'g'ri mushagi yo'q yoki kam rivojlangan bo'ladi. Olat ereksiyalanganida qorin tarafga ancha egiladi. Ayrim hollarda, bola kulganda yoki kuchanganda siydik tomchilaydi. Siyish paytida bola tizzasiga suyanadi (siydik sachramasligi uchun). Odatda, atrof terisi chaqalangan.

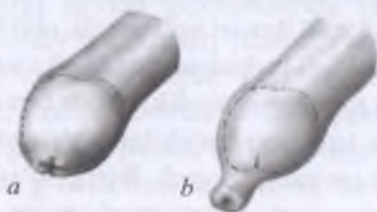
Total epispadiyada uretraning dorsal devori bo'lmaydi, olat haddan tashqari egilgan bo'ladi. Qov suyaklari birlashadigan simfiz sohasida dahansimon teshik bo'lib, undan to'xtovsiz siydik chiqib turadi. Ayrim hollarda qovuq shilliq qavati ham shu teshikdan ko'rinadi. Qov suyaklari orasidagi diastaza 8–12 sm gacha boradi. Bemor o'rdak yurish qilib yuradi. Yorg'oq rivojlanmagan, uning atrof va son terilari chaqalangan. Epispadiyaga duchor bo'lgan bemorlarda kriptorxizm, yuqori siydik yo'llari nuqsonlari ham kuzatiladi.

Epispadiyaning klitor shaklida klitor ikkiga bo'lingan bo'lib, uning ustida uretraning tashqi teshigi ochiladi. Siydik chiqarish jarayoni buzilmagan. Bu nuqsonning amaliy ahamiyati yo'q. Xastalikning subsimfizar shaklida esa klitor to'liq bo'lingan, katta va kichik hayo lablari o'rtasidagi old bitishma bo'lmaydi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi dahansimon bo'lib, qovuq sfinkteri ham qisman bo'lingan, shuning uchun ham siydik tuta olmaslik kuzatiladi. Simfiz ajralmaydi.

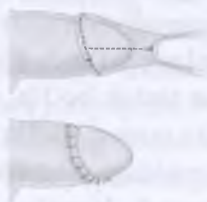
Total yoki retrosimfizar shaklida siydik kanali va qovuq bo'yni old segmenti bo'lmaydi. Uretra xuddi tarnovga o'xshaydi. Doimo siydik oqib turadi. Hayo lablari va simfiz to'liq ayrilgan, qorin to'g'ri mushagi ham bo'lingan bo'ladi.

Davolash. Epispadiyaning olat boshi va klitor turlarida davo tadbirlari ko'rilmaydi. Tana va total shaklidagi epispadiyalarni operatsiya qilish zarur. Agar siydik tuta olmaslik aniqlansa, eng avvalo, shu nuqsonni bartaraf etish lozim. Uretrani tiklashda Yung, Tirsh va Dyupley-Tirsh operatsiyalari bajariladi.

Fimoz. Olat kertmak teshigining torayishiga aytiladi. Bunda bemorlar siyishdan qiynalishadi. Odatda, kichik yoshdagi bolalarda (3–4 yoshgacha) kertmak gipertrofiya holatida bo'lib, u olat boshchasini to'liq yopib turadi. Kertmak olat boshchasi bilan nozik embrional sinexiya orqali yopishgan. Sinexiya smegma to'planishiga sabab bo'lib, smegma bunda mikroblar uchun tayyor oziq hisoblanadi. Shu sababli kichik yoshdagi bolalarda gigiena talablariga rioya qilinmasa, yallig'lanish – balanopostitga olib keladi. Natijada bu sohada ikkilamchi qo'shimcha to'qimalar paydo bo'lib, kertmak teshigi yanada torayadi.



9-a va b rasmlar. a) atrofik;
b) gipertrofik fimoz.



10-rasm. Sirkumseziya operatsiyasi.

Bolalar siyganda kertmak bo'shlig'i kengayadi, siydik esa ingichka oqimda chiqadi, ayrim bolalarda esa tomchilaydi. Olat boshi kertmak teshigidan tashqariga chiqmaydi. Oqibatda siyish jarayonida kertmak shishib bo'rtadi. Morfologik strukturasi qaraib gipertrofik va atrofik fimoz farq qilinadi (9-a va b rasmlar). Birinchisida kertmak haddan tashqari ko'p, ikkinchisida esa u olat boshchasiga yopishgan bo'ladi. Fimoz natijasida siyish buzilishi, siydik yo'llari yallig'lanishi (sistit, piyelonefrit) mumkin.

Davolash. Fiziologik fimoz bo'lsa, odatda bola bir yoshga kirguncha hech qanday davo talab qilinmaydi. Agar toj egati bo'ylab smegma to'planib qolgan bo'lsa, sinexiyani ehtiyotlik bilan olat boshidan ajratib, smegma olib tashlanadi va olat boshi sterillangan vazelin moyi bilan yog'lanib, yana o'zining joyiga qaytariladi. Shundan keyin 4–5 kun davomida olat boshini chiqarib, 0,1 % li kaliy permanganat eritmasi bilan vanna qilinadi. Vanna oxirida preputsial xaltachaga vazelin yog'i tomiziladi. Agar ushbu davolar o'z ta'sirini ko'rsatmasa va smegma yana to'planib, kertmak teshigi torayib qolaversa, kertmak kesib olib tashlanadi – sirkumseziya qilinadi (10-rasm).

Parafimoz. Kertmak teshigi torayganligi tufayli olat boshchasi-ning siqilib qolishi *parafimoz* deb yuritiladi (11-rasm). Bunda olat boshchasi shishib, siyish qiyinlashadi, og'riq paydo bo'ladi. Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, kertmakning siqib qo'ygan halqasi nekrozga uchrashi, hatto olat boshi chirib tushishi ham mumkin.



11-rasm. Parafimoz.



12-rasm.
Parafimozni
konservativ
va operativ
davolash.

Davolash. Konservativ davolanib, olat boshchasi to'g'rilashga harakat qilinadi (12-rasm, yuqori).

Konservativ muolajalar yordam bermasa, umumiy og'riqsizlantirish ostida shoshilinch sirkumseziya qilinadi (12-rasm, pastki).

Gematokolpos va gematometra

Gematokolpos balog'at yoshiga yetayotgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi. Qizlik hayo pardasida tabiiy teshik bo'lmasligi (*hymen imperforatus*) natijasida menstrual qonning qinda yoki bachadonda to'planib qolishi bilan xarakterlanadi (11-rasm). Gematometra – qin atreziyasida menstrual qonning bachadonga

yig'ilib qolishi. Qizlik pardasi (qini)ning to'liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin hech qanday klinik belgi namoyon qilmaydi. Menstruatsiya boshlanishi bilan menstrual qon qinda to'planib qoladi, bemorni bir necha kun qorinni pastki sohasida og'riq bezovta qilishi mumkin. Oradan bir qancha vaqt (1–2 oy) o'tgach bemorda yana qornida og'riq, ko'ngil aynishi, holsizlik, ba'zida qusish bezovta qiladi. Ushbu shikoyatlar uzviylik (siklli) bo'lib, har sikldan so'ng bemor ahvoli yomonlashadi. Natijada bemorni bolalar jarrohiga olib kelishadi. Ko'rganda umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, qorinni pastki sohasida yumshoq, elastik o'smasimon hosila paypaslanadi. Bimanual tekshirganda ham hosila aniqlanadi. Uning kattaligi va hajmi menstrual siklni qanchadan beri davom etayotganligi bilan bog'liq. Ultratovushli tekshirishda kichik chanoq sohasida hosila borligi aniqlanadi. Vizual tekshirganda hayo lablari orasidan bo'rtib turgan, qonga to'la qizlik pardasini ko'rish mumkin (13-rasm). Qin atreziyasida esa so'ngi holat kuzatilmaydi.



13-rasm.
Gematokolpos.



14-rasm. **Gematokolposda
hymenni xochsimon kesish.**

Davolash. Operativ – xochsimon kesib, qon chiqarib yuboriladi (14-rasm). Qin atreziyasida klinik belgilari gematokolposga o'xshash bo'ladi, operativ davosida esa murakkab mikroxirurgik – plastik operatsiyasini olib borish lozim.

II BOB. BOLALARDA O'TKIR XIRURGIK KASALLIKLAR

BOLALARDA KO'KRAK BO'SHLIG'INING TARANGLASHISH SINDROMI

O'pkaning bakterial destruksiyasi – o'pka va plevraning yiringli yemirilishi (destruksiyasi) bilan kechadigan, bemor hayoti uchun o'ta xavfli kasallik hisoblanadi. Kasallik natijasida o'lim 1,2 – 1,5 % ni tashkil etadi.

Etiologiyasi. Poleinfeksiyalar tomonidan qo'zg'atadigan kasallik hisoblanadi. Bolalar nafas a'zolarining o'tkir yiringli kasalliklari ichida ko'proq o'pkaning stafilokokkli zararlanishi kuzatiladi. Bu, asosan, yosh va bog'cha yoshidagi bolalarda, katta yoshdagi bolalarda esa nisbatan kam uchraydi. Keyingi o'n yil ichida chaqiruvchi-qo'zg'atuvchi sifatida *grammanfiy flora* o'rni ko'payib bormoqda (*yiring ko'k tayoqchasi, klebsiella, protey, ichak tayoqchasi, pnevmokokk va hokazo*).

Patogenezi. Qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarning yuqori virulentligi va patogenetik xususiyatlari kasallikning og'ir o'tishiga va o'pkadagi yiringli yallig'lanishning kuchayishiga ta'sir qilmasdan, umumiy organizmdagi patologik o'zgarishlarga va gemostazning og'ir buzilishiga olib keladi. Ko'p hollarda aerobronxogen yo'l bilan zararlanadi, lekin yiringli o'choqlar (*piodermiya, omfalit, otit, osteomiyelit va boshqalar*)dan qon orqali gematogen yo'l bilan ham infeksiya o'tishi mumkin.

Mikroorganizmdan zararlanishning muhim xususiyatlari quyidagilardan iborat:

1. O'pka parenximasini buzuvchi absessning nekrotik shaklida o'pka parenximasining periferiyasida plevra ostida yana markazda yiring yig'ilishi mumkin. O'pkaning mikroblari zararlanishida absessdan tashqari yana bulla kuzatiladi. Ularning paydo bo'lishi alveolalararo to'siqning

va sog' to'qimaning chegaralovchi sohasini bronxiolalardagi klapan mexanizmi natijasida buzilishi bilan tushuntiriladi. Ko'p hollarda, ular o'z-o'zidan yo'qolib ketadi, ba'zida orttirilgan kistaga aylanib qoladi.

2. Tez rivojlanadigan plevral asoratlar plevra bo'shlig'idagi subplevral yorilishi natijasida va plevral bo'shliqning aloqali-limfogen va gematogen yo'l bilan infeksiyalanishi natijasida kelib chiqadi. Bolalardagi plevral asoratlar 70 % ni, boshqa ma'lumotlarda esa 90 % ni tashkil qiladi. Bola qancha yosh bo'lsa, plevrada yiringli jarayonlar og'ir o'tadi va ko'p uchraydi (ayniqsa, 1 yoshli bolalarda).

3. Mikroorganizmdan zararlanish darrov sepsis holatiga o'tadi. Bu ko'p bemorlarda o'tkir nafas etishmovchiligi, markaziy va periferik gemodinamikani va metabolik buzilishni paydo qiladi. 1963-yilda S. L. Libov tomonidan birinchi marta o'pkaning Stafilokokkli destruksiya termini kiritilgan. Bu termin o'z o'rnida pnevmoniya guruhiga kiradi. Bu kasallikni ham terapevtik davolash muhim o'rinni egallaydi. Ayrim hollarda instrumental va xirurgik davolash olib boriladi.

Klassifikatsiya. O'pkaning bakterial destruksiya kelib chiqishi bo'yicha: birlamchi (*aerobronxogen*) va ikkilamchi (*gematogen*) bo'ladi (Yu. F. Isakov).

Klinik rentgenologik shakli bo'yicha:

1. Plevra asoratisiz o'pka ichi destruksiya:

a) absess; b) bulla.

2. Plevral asoratli destruksiya:

a) piotoraks (total, chegaralangan, ekssudativ) qoplovchi, fibrinozli qoplovchi (plashsimon);

b) piopnevmotoraks (taranglashgan, taranglashmagan, chegaralangan);

d) pnevmotoraks (taranglashgan, taranglashmagan, chegaralangan).

Kechishi bo'yicha: o'tkir, cho'zilgan va surunkali.

3. Surunkali turi.

a) surunkali absess;

b) surunkali empiema;

d) orttirilgan o'pka kistasi.

Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, birlamchi aerobronxogen zararlanish 80 % hollarda uchraydi. Ikkilamchi zararlanish chaqaloqlarda va emizikli bolalarda kuzatiladi. O'tkir destruksiya bilan turli yoshda

kasallanish mumkin. Absess va bulla holatidagi plevraning asoratsiz turi katta yoshdagi bemorlarda uchraydi. Plevra asorati orasida eng ko'p uchraydigan piopnevmotoraksning turli shakllaridir. O'tkir destruksiyaning asoratli turi 83 % hollarda uchraydi. Ikkinchi o'rinda piotoraks turadi, ba'zida piopnevmotoraks ham kuzatiladi. Surunkali empiema o'tkir destruksiyaning oqibati bo'lib, 4–5 % bemorlarda aniqlanadi.

O'tkir bakterial destruksiya

Klinikasi va diagnostikasi. Kasallik ko'p hollarda kataral belgilar bilan o'tkir boshlanadi. Tana haroratining ko'tarilishi, hansirash, kataral belgilar o'tkir respirator kasalliklarga, ya'ni bronxit bilan zotiljamga o'xshaydi. Lekin shuni bilish kerakki, bolalarning 1/3 qismida kasallikning boshlanishi yashirin sindromlar bilan kuzatiladi, ya'ni abdominal, neyrotoksik, astmoidli va renal.

Abdominal sindromlar (qayt qilish, qorindagi og'riq, ichaklar parezi, qabziyat) taxminan 15 % bolalarda kuzatiladi.

Neyrotoksikoz 5 % bolalarda, 12 % bemorlarda har doimgi simptomlaridan biri xurujli yo'tal hisoblanadi, ayrim hollarda, *astmoid* belgilari bo'ladi. Yiringlash jarayonining zo'rayishi yoki plevradagi asorat natijasida kuchayib boradigan zaharlanish va nafas buzilishi rivojlanadi. U yoki bu komponentning ko'rinishi kuchayib borishi o'pka va plevraning zararlanish shakliga bog'liq. Chaqaloq va emizikli bolalarda zaharlanish va nafas buzilishining tez rivojlanishi darhol bilinadi. O'pka ichi turida ko'p hollarda fizikal belgilar bemor ahvolidan og'irligi bilan to'g'ri kelmaydi va biroz nafas susayishi doimiy bo'lmagan xirillashlarga olib keladi. Plevradagi asoratlardan fizikal belgilar ancha kuchayadi, asosan, ekssudat yoki havo bo'l-ganda o'tkir destruksiyada periferik qondagi o'zgarishlar yiringli shamollashni ko'rsatadi va leykotsitoz (15–20 ming) bilan tugallanadi. Neytrofilning ko'rinishi bilan ko'p hollarda ECHT yuqori bo'ladi.

Kasallikning boshlanishi va ko'rinishi turli xil niqoblangan sindromlar tashxisini qiyinlashtiradi. Rentgenologik va instrumental tekshirish, asosan, hal qiluvchi obyektiv usullar hisoblanadi. Ko'krak qafasini tekshirishda eng qulay usul rentgen (vertikal holatda 2 proyeksiyada) qilish hisoblanadi. Bakterial destruktiv zotiljamga gumon qilishda

boshlang'ich qismlarda rentgen belgilarining (dog'lar) borligi gumon qilinadi. Bularga segmentlar guruhi yoki o'pka bo'lagini egallovchi keng infiltratlar kiradi. Yallig'lanishda infiltrat bosqichini ayrim mualliflar destruksiya oldi holati deb hisoblaydi. Ko'rsatilgan bosqichda yallig'lanish jarayoni qaytadi yoki absessli destruktiv bosqichga o'tadi. Bu holat ko'pincha o'tkazilgan muolajaga bog'liq bo'ladi. Destruksiyaning pufakchali shakli rentgen tasvirida bir yoki bir nechta havoli bo'shliq bilan ifodalanadi va u yupqa qobiqqa ega. Havoli hosilalar o'zining dinamikligi bilan ajralib turadi. Bular o'z o'lchamini o'zgartirish xususiyatiga ega. Kutilmaganda hosil bo'lib va tezda kichrayishi mumkin. Juda kam hollarda taranglashgan va plevrage yorilish asoratlari kuzatiladi. Bu turi klinik tomondan yaxshi hisoblanadi. Nafas yetishmovchiligining belgilari va toksikoz kam rivojlangan, perifokal infiltrativ o'zgarishlarga proporsional bo'lib boradi. Plevrada asorat bo'lmaganda rentgen tasvirida 3 xil ko'rinishda bo'ladi.

Absesslar suyuqlik bilan to'la bo'lishi mumkin va lobit shaklida butun bir bo'lak yoki segment bir xilda qoraygan bo'ladi. Asosan, absessda rentgen tasvirida bo'shliq, pastida va tepasida suyuqlik ko'rinadi. Absessning klinik ko'rinishida tana harorati yuqori bo'lib yiringlash davom etadi. Simptomlar absessning bronxlarga teshilish darajasiga qarab aniqlanadi. Yangi tug'ilgan va emizikli bolalarda absessning o'z-o'zidan teshilishi kam hollarda ko'rinadi. Shuning uchun bu yoshda absesslar yuqori darajali intoksikatsiya va chuqur nafas yetishmovchiligi bilan birga kechadi. Katta yoshdagi bolalarda absessning bronxlarga ochilishi to'la bo'lmasa ham, bularda doim ko'kyotal kuzatiladi. Nafas bo'g'ilishi uncha chuqur bo'lmaydi. Absessga to'la tashxis qo'yish uchun qo'shimcha tekshirish usullaridan biri diagnostik bronxoskopiya hisoblanadi. Bu usul faqat absess bo'lganligini tasdiqlab qolmasdan, uning shishi, qizargan qismi va undan ajralayotgan yiringli shilliq suyuqlikni aniqlab beradi.

Plevral destruksiya asoratlari eng xavfli hisoblanadi. Plevral asoratlar, ko'pincha yiringning o'pkadan plevra bo'shlig'iga hamda kontakt limfogen va gematogen yo'llar bilan infeksiya tushganda yuzaga keladi. Plevral asoratning eng zarur va doimiy belgisi nafas buzilishining kuchayib borishi hisoblanadi. Tez hansirash, bezovta bo'lish, emizikli bolalarda asfiksiya xurujigacha olib boradi. Nafas

xirillab aritmik bo'ladi, yordamchi mushaklar yordamida ishlaydi. Puls tezlashadi va kuchsiz to'liqlikda bo'ladi. Yuz qismida va teri yuzasida ter donachalari ko'rinadi.

Plevra ichi kuchlanishiga bronxo-plevral oqma klapan mexanizmi-ning yuzaga kelishi sabab bo'ladi. Bu holatning yuzaga kelishida fibrinlar va bronxning shilliq qavatidagi shishlar asosiy rol o'ynashi mumkin. Plevra bo'shlig'i taranglashganda bemor ahvolining og'irligi bir necha omillar bilan belgilanadi. O'pkaning qisilishi, o'tkir nafas etishmovchiligi, nafas maromi va chuqurligining buzilishi og'ir gipoksiya holatiga olib keladi, yurakka qon kelishining qiyinlashuvi (venalarning qisilishi hisobiga) bemor ahvolini og'irlashtiradi. Ko'ks oralig'ining siqilishi gipoksik holat hisoblanadi. Bular reflektor ravishda qon aylanishining buzilishiga olib keladi.

Total piotoraksda rentgen tasviri ham taranglashgan piopnevmotoraksdagidek bo'ladi. Bunda, avvalo, yiringli intoksikatsiya belgilari yuqoridir. Taranglashgan piopnevmotoraks va pnevmotoraks o'zining og'irligi bo'yicha ko'rsatilgan ikki turga nisbatan o'rtacha bo'ladi. Nafas va qon aylanishining buzilishi o'pkaning kollaps darajasiga proporsionaldir. Plevra asoratining qobiqli va chegaralangan turlarida bemorning umumiy ahvoli dastlab bir tekis bo'ladi. Nafas buzilishining rivojlanishi kuzatilmaydi. Bemor ahvolining og'irligi o'pkadagi yallig'lanish jarayonining kuchayishiga qarab aniqlanadi. Destruksiyaning plevral asoratiga tashxis qo'yishda asosiy qulayliklardan biri ko'krak qafasining rentgen tasvirida ko'rish va plevrani punktsiya qilishdir. Plevra asoratining eng ko'p uchraydigan turlaridan biri piopnevmotoraks hisoblanadi. Rentgen belgilariga qarab uning turlarini ajratish mumkin.

Taranglashgan piopnevmotoraks.

Rentgen tasvirida o'pka maydonining zararlangan qismi havo hisobiga yorilgan bo'ladi. Havoning tagida gorizontal tekislikda qoraygan qismi ko'rinadi (1-rasm). Bular sinuslarni to'ldirib turgan ekssudatlarning yig'indisi hisobiga bo'ladi. Ko'ks oralig'ining soyasi va yurak tezda qarama-qarshi tomonga suriladi va ko'ks oralig'i churrasini hosil qiladi. Ko'krak qafasining qovurg'alar orasidagi kengligi sog' tomonga nisbatan kasallangan tomonda kengaygan bo'ladi. Piopnevmotoraksning taranglashgan turi ko'ks oralig'ining suril-

masligi bilan farq qiladi. Chegaralangan piopnevmotoraksda rentgen tasviri havo bilan suyuqlikning joylashgan joyi va miqdoriga bog'liq bo'ladi. Bu holda ko'krak devori dorzal yoki ventral tomonga osilib turadi. Bir kamerali chegaralangan piopnevmotoraksda bir tekislikdagi bo'shliq ko'rinadi. Ko'p kameralida esa bunday bo'shliqdan 2-3 tasi har xil tekislikda bo'ladi (2-rasm).



1-rasm.
**Taranglashgan
piopnevmotoraks.**



2-rasm.
**Chegaralangan
piopnevmotoraks.**

Ayrim hollarda havo va suyuqlik bir-biridan chegaralangan chandiqlning soyasini ko'rish mumkin. Destruksiyaning plevral asorati kam hollarda suyuqlik yig'ilmasdan toza pnevmotoraks shaklida o'tadi. Bu shakli ham taranglashgan, taranglashmagan, chegaralangan turlarga bo'linadi. Piopnevmotoraksdan so'ng piotoraksda ham tez-tez uchrab turadigan shakllar bor.

Total piotoraksda rentgen orqali zararlangan ko'krak bo'shlig'ining kuchli qorayganligi va ko'ks oralig'ining tasviri bilan qo'shilib ketganini ko'rish mumkin. O'pka tasviri ko'rinmaydi, sinuslarni ham ajratib bo'lmaydi. Kasallangan tomonda qovurg'alar orasidagi kenglik kengaygan. Ko'ks oralig'ining soyasi ekssudat hisobiga sog' tomonga qarab suriladi (3-rasm).



3-rasm. Chap tomonlama
total piotoraks.



4-rasm. O'ng tomonlama
plashsimon piotoraks.

Chegaralangan piotoraks o'zining suyaklararo va diafragma ustida joylashishi (jadal zotiljam) bilan ifodalanadi. Qoplovchi piotoraksda butun o'pka maydonining tiniqligi pasayishi, ayniqsa, diafragmaning pastki qismida kuchliroq, o'pkaning yuqorigi qismida kuchsiz bo'ladi. Ayrim hollarda, to'g'ri rentgen tasvirida (o'mrov) aksilyar chizig'i bo'yicha suyaklararo qismida yig'ilgan ekssudat hisobiga kuchli qorayish ko'rinadi. Plashsimon piotoraks o'pkaning periferik qismiga tarqalgan, ayniqsa, pastki lateral qismidan kuchli qorayishi bilan farq qiladi (4-rasm).

Piopnevmotoraksda yoki pnevmotoraksda kam uchraydigan og'ir asoratlardan biri pnevmomediastinum hisoblanadi. Ayrim hollarda havo visseral plevradan o'tib, ko'ks oralig'iga o'tadi va a'zolarini o'rab oladi hamda bo'yinda, teri osti to'qimalarida, yuz qismida, ko'krak va qorin devorlarida kuzatiladi. Rentgen tasviri ko'ks oralig'idagi yig'ilgan havo miqdoriga bog'liq. Ular xuddi alohida-alohida qismlardagi yorishganlik ko'rinishida bo'ladi. Havo ko'p yig'ilgan hollarda esa ayrisimon bezni ham o'rab olib, yurakni surib qo'yadi. Plevral asoratning barcha turida ham diagnostik punksiya qilish zarur. Bu usul orqali ekssudatning turi, miqdori va kasallik qo'zg'atuvchining (bakteriologik tekshirishdan so'ng) hamda ishlab turgan bronxlardagi oqmani, o'pka tarangligini aniqlash mumkin. Punksiya qilingandan so'ng kengayganligi yoki undagi o'zgarishlarni aniqlash uchun rentgen tasvirini qaytarish zarur. Agar havo ko'p bo'lsa, bemorlarni orqasi bilan yotqizib, qo'ltiq osti yoki o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha 3–5 qovurg'alar orasidan punksiya qilish kerak. Piopnevmotoraks yoki pnevmotoraksda qo'ltiq osti yoki ko'krak chiziqlari bo'yicha 6–7 qovurg'alar orasidan punksiya qilinadi. Chegaralangan piotoraksda yoki pnevmotoraksda, avval, punksiya qilinadigan joyni rentgen ekrani oldida belgilab olish kerak. Plevraning har xil yiringli zararlangan turlarida o'pkaning tug'ma yiringlagan kistasi, diafragma churrasi, o'pkaning atelektazi, o'pkaning tug'ma bo'laklari emfizemasi, o'sma kasalliklari bilan solishtirishma tashxis qilinadi. O'pkaning katta taranglashgan yiringli kistasida nafas buzilishi va ko'ks a'zolari surilishining klinik ko'rinishi taranglashgan piopnevmotoraks ga o'xshab ketadi. Klinik ko'rsatkichiga qarab tashxis qo'yish qiyin. Eng aniq usul rentgenologik hisoblanadi. Yarim pozitsion yoritilganda atrofida

infiltrat bo'lmagan kista qobig'ining konturini ko'rish mumkin. Bu ish tomografiya yana ham aniq ko'rinadi. Piopnevmotoraksdan asosiy farqi kistada diafragmal sinuslar bo'sh bo'ladi. Periferiyada o'pka tasviri ko'rinadi. Piopnevmotoraksda esa sinuslar qoraygan bo'lib, o'pka tasviri ko'rinmaydi. Bir qancha hollarda piopnevmotoraks bilan o'pkaning katta absessini solishtirish qiyin. Umumiy belgilari tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya va nafas yetishmovchiligi hisoblanadi. O'pka absessi piopnevmotoraksdan farq qilib, o'pka to'qimasida perifokal infiltratsiya bilan absessning konturi aniq ko'rinadi. Sinus but bo'lib, ko'ks oralg'ining surilishi kuzatilmaydi yoki kam bo'ladi. Bemorni yon tomoni bilan yotqizib, suyuqlik sathini rentgenologik usulda aniqlash mumkin. Chegaralangan piopnevmotoraks bilan o'pka absessini taqqoslash ancha qiyin, bunda yarim pozitsion rentgenoskopiya katta ahamiyatga ega. Bu usul bilan o'pka ichidagi absessning joylashgan joyi, absessning konturini aniqlash mumkin. Ko'p hollarda diafragma churrasining klinikasini piopnevmotoraks deb o'ylash mumkin. Me'daning yoki ichak halqalarining ko'krak bo'shlig'iga surilishi bemorning umumiy ahvoli og'irlashishiga, hansirashga va ko'karib ketishiga olib keladi. Rentgen tasvirida ko'ks oralg'ining surilganligi ko'rinadi, me'dadagi yoki ichakdagi suyuqlikni plevradagi suyuqlik deb o'ylash mumkin.

Hansirash, ko'karish, tana haroratining ko'tarilishi zo'rayib boradi. Piopnevmotoraksda bo'lsa, og'ir zotiljam asosida kuchli intoksikatsiya va kuchayib boruvchi nafas yetishmovchiligi hamda tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Diafragma churrasida bemorni tekshirganda qorinning ichkariga kirganligini va auskultatsiyada ko'krak qafasida ichak harakatlarini eshitish mumkin. Qayta rentgen qilib ko'rilganda ko'krak qafasining o'zgarganligi aniqlanadi. Bu me'da va ichaklardagi suyuqlik miqdoriga bog'liq. Gumon qilingan hollarda aniq tekshirib ko'riladi. Piotoraksni o'pka atelektazi bilan solishtirish mumkin. Asosiy farqlaridan biri o'pka atelektazida yurak soyasi kasallangan tomonga qarab siljiydi. Aniq tashxis bronxoskopiya yo'li bilan qo'yiladi. Yangi tug'ilgan va emizikli chaqaloqlarda nafas yetishmovchiligi, tutqanoqli (sianoz) ko'karish, hansirash bilan kuzatiladi. Bu jarayonni tug'ma bo'laklar emfizemasi deb o'ylash mumkin. Rentgenologik tekshirish hal qiluvchi vosita hisoblanadi.

Pnevmotoraksda o'pka tasviri ko'rinmaydi, o'pka emfizemasida, aksincha ko'rinadi. Unda o'pkani punksiya qilishdan saqlash kerak. Qilingan holda ham juda oz miqdorda 1–2 ml havo chiqadi. Tovush va nafasning pasayishi, plevra bo'shlig'ining qorayishi va ko'ks oralig'ining qarama-qarshi tomonga surilishi ko'krak bo'shlig'ining o'smasi hisobiga ham bo'lishi mumkin. Ko'p hollarda xavfli turi (limfagranulematozi, limfosarkoma) bo'ladi, ko'pincha piotoraks bilan solishtiriladi. Eng asosiy farqi nafas yetishmovchiligi o'sma kasalligida kechroq boshlanadi.

Ko'krak qafasida turli diafragma deformatsiyasi ham kuzatilishi mumkin. Qovurg'a o'rtasidagi oraliq kengaygan bo'lib, sinus bo'sh bo'ladi. Boshqa xil o'smalarda plevrada suyuqlik yig'ilishi mumkin. Suyuqlik olingandan so'ng o'sma soyasini ko'rish mumkin. O'smaning joyini aniqlash uchun rentgenografiya va pnevmomediastinografiya usullari qo'llanadi. O'pkaning destruksiya jarayoni o'tkir kechganda 1–2 oy ichida tugaydi, yiringli jarayon 3 oygacha davom etadi. Agar o'pkadagi yoki plevradagi yiringli jarayon 3 oydan ko'p davom etib, rentgenomorfologik qaytmas o'zgarishlar bo'lsa, kasallik surunkali turi hisoblanadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkir turi ko'p uchraydi. Kattaroq yoshdagi bolalarda o'tkir va surunkali turlari kuzatiladi. Har bir turida sepsis bor yoki yo'qligini solishtirib ko'rish kerak. Destruksiyaning og'ir plevral asorati bilan ko'p uchraydi. Bemor yoshi qancha katta bo'lsa, destruktiv zotiljamning o'pka plevral chegaralanishi shakli shuncha ko'p bo'ladi. O'tkir turidan ko'ra surunkali turi ko'p aniqlanadi.

Davolash. Davolash usuli quyidagi prinsiplarga asoslanadi: makroorganizmga ta'sir, mikroorganizmga ta'sir. Mahalliy o'choqqa: diagnostik punksiya, torakosentez, plevra bo'shlig'ini drenajlash (aktiv, passiv), shuningdek, kasallikning og'irligi, zararlangan turi va tarqalishiga moyilligi yoki yiringli jarayonning chegaralanganligiga qarab ham belgilanadi. Yosh xususiyatiga qarab bakteriyali destruksiya davolashda barcha davolash usullarini qo'llash mumkin, ya'ni konservativ, bronxoskopiya bilan tozalash, plevra bo'shlig'ini teshish, radikal xirurgik ishlov berish. Mikrofloralarning sezuvchanligiga qarab o'tkaziladigan antibiotikoterapiya eng asosiy komponentlardan biridir. Eng ko'p qo'llaniladigan yarim sintetik penitsillinlar, tetratsik-

lin, makrolidlar, sefalosporinlar guruhidagi preparatlar hisoblanadi. Jadal davolash usulida avvaliga nafas olishni yaxshilash zarur (oksigenoterapiya). Ko'p bemorlarga yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Mikrotsirkulyatsiya buzilganda glyukoza, novokain aralashmasi, eufillin, droperidol, uncha katta bo'lmagan miqdorda geparin dori vositalari qo'llaniladi. Elektrolitlar va kislota-ishqor buzilishini to'ldirib borish kerak. Bolalarga birinchi kundan qon quyiladi. Immunoterapiyada eng kuchli dorilardan stafilokokka qarshi plazma, gammaglobulin, ko'k yiring tayoqchasiga qarshi antibiotiklar qo'llanadi. Destruksiyaning bo'lakli turida, qoplovchi fibrinozli piotoraksda va bronxlarga teshiladigan absesslarda instrumental va xirurgik usullar bilan birga konservativ davolash mumkin. Plevral asorati bo'lmagan absesslarni davolashda bronxoskopiya bilan (drenajlash) teshish eng yaxshi usul hisoblanadi.

Bronxoskopik tozalash ikki xil:

1. Zararlangan bronxning siqilgan qismidan yig'indilarni bronxoskop orqali so'rib olish.

2. Bronxoskopiya orqali teshish usuli katta yoshdagi bolalar absessida ancha foydaliroq.

1 yoshgacha bo'lgan bolalarda bronxlar diametrining kichikligi, yiringli destruksiya jarayoni tez rivojlanish munosabatiga ko'ra bu usul kam ahamiyatga ega. Punksiya bilan davolash usuli absessda faqat parietal va visseral varaqlari birikkanida ruxsat etiladi. Bunday birikishlar kech muddatlarda yuzaga keladi. Qolgan hollarda punksiyadan keyin qaytalanish ko'p uchraydi. Destruksiya plevra asoratining qo'shilishi bolalar hayotini xavf ostiga qo'yadi. Shuning uchun har bir bemor shoshilinch yordamga muhtoj bo'ladi. Plevra bo'shlig'ini qayta teshish bilan davolashni destruksiyaning yirikroq plevral asoratlarida qo'llash mumkin (chegaralangan piotoraks va chegaralangan piopnevmotoraks). Katta yoshdagi bolalarda piotoraks, ya'ni eksudat quyuq konsistensiyali bo'lmasa-da, birinchi punksiyadan keyin eksudat yig'ilishi kamayishi mumkin. Yuqoridagi ko'rsatmalarda punksiya bilan davolash yaxshi natijalar beradi.

Plevra bo'shlig'ini drenajlash keng tarqalgan. Bu usul plevra asoratlari bo'lganda hamda punksiya bilan davolanish natijasiz bo'lgan kasalligi og'ir turdagi bemor bolalarga qo'llanadi. Plevra bo'shlig'ida-

gi yiring va havoni chiqarish o'pkani kengaytirishda, plevra bo'shlig'ini tozalashda qulay sharoit yaratadi. Ammo bu usulni piopnevmotoraks va pnevmotoraksda bo'ladigan keng va ko'p bronxoplevral oqmalarda qo'llab bo'lmaydi. Plevrani teshish gipoksiyani yana ham kuchaytirib yuboradi. Bunday hollarda *Byulau usuli* bo'yicha drenaj qilinadi (5-rasm).



5-rasm. Byulau usuli bo'yicha plevra bo'shlig'ini drenajlash.

Surunkali o'pka destruksiyasi

O'pka bakterial destruksiyasining surunkali o'tishi kam uchraydi (1–4 %). Surunkali jarayon bir necha xil bo'ladi. Surunkali absess 3 oydan ko'proq cho'zilsa va shu vaqt ichida absess teshilmasa, u yallig'lanish pardasi hisobiga chegaradosh to'qimalardan ajralib turadi. Uning yonidagi to'qimalarda yallig'lanish asoratlari bo'lmaydi.

Absessning surunkali turga o'tish genezida noto'g'ri davolanish, uni drenajlashda xatoga yo'l qo'yishlar sabab bo'ladi. O'z vaqtida to'g'ri davolash va effektiv bronxoskopiya orqali tozalash kasallikning surunkali turga o'tishini kamaytiradi.

Orttirilgan kista bolalarda juda kam uchraydigan hol bo'lib, uzoq davom etgan havo bo'shliqlarining (bulla) va teshikli absesslarning o'rnida hosil bo'ladi. Bu holatlarda kistaning ichida epitelizatsiya boshlanib, qobiq hosil bo'ladi. Havo bilan infeksiyalanib, natijada yiringlashi ham mumkin. Agar havo bo'shlig'i yarim yildan ko'proq davom etsa va kichiklashmasa, u orttirilgan kista hisoblanadi.

Diagnostikasi. Bronxografiya usuli orqali operatsiya turi aniqlanadi.

Davolash. O'pkaning patologik o'zgarish hajmiga qarab segmentektomiya yoki ularning bir bo'lagi rezeksiya qilinadi.

Surunkali empiyema. Bu destruksiyaning ko'p uchraydigan asoratlaridan hisoblanadi. Surunkali empiyema deganda biz plevral bo'shliqning yiringli jarayonini tushunamiz. U 3 oydan ko'proq vaqt davom etib, plevra bo'shlig'ida qo'pol fibroz parda hosil qiladi, o'pkani

siqib qo'yadi va ko'krak qafasining deformatsiyasiga olib keladi. Kasallik tarixidan uzoq vaqt davolanish olib borilganligi, drenaj naychaning ko'krak qafasida ancha payt turganligi va o'pkaning o'rni qaytmaganligi aniqlanadi. Surunkali empiemaning klinik ko'rinishida kasal umumiy ahvolidan yaxshilanishi kuzatiladi. Klinik va rentgenologik belgilarda o'pka va plevraning o'tkir yallig'lanish jarayonlari kuzatilmaydi, nafas yetishmovchiligi kuchaymaydi, surunkali yiringli intoksikatsiya simptomlari ustun turadi.

Kasallangan tomonda ko'krak qafasi ichkaribroq joylashadi. Surunkali empiyema bronxoplevral va plevra-teri oqmalariga olib kelishi mumkin. Perkussiyada kasallangan tomonda perkutor jarayonning qisqarishi, nafas olishning susayishi kuzatiladi. Xirillashlar kasallangan o'pkada bronxitning rivojlanishiga bog'liq bo'ladi.

Rentgenologik tasvirda qovurg'alararo oraliqning torayishi kichik va katta o'lchamda bo'lgan bo'shliqlar va o'pkaning siqilishi aniqlanadi. Bunda suyuqlik sathi ham aniqlanadi. Ko'plab qattiq fibroz bitishmalar hisobiga o'pka tiniqligi pasayadi. Ko'ks oraliqi patologik tomonga siljiydi. Surunkali empiyemada bronxografiyadan foydalanish qulay bo'ladi. Agar bronxlar deformatsiyasi aniqlansa, silindrik va xaltasimon bronxoektaziya tasdiqlansa va keng bronxial oqmalar bo'lsa, unda xirurgik muolaja o'tkazish zarur. Empiyema bo'shlig'ini antibiotik va antiseptik moddalar bilan yuvish kerak. Umumiy quvvatlovchi dori vositalaridan foydalanish lozim. Surunkali empiyema yarim yilgacha davom etayotgan bo'lsa, yana 2–3 oy konservativ davolash mumkin. Konservativ davolashda empiyema bo'shlig'i quruq va yiringdan toza bo'lsa, unda davolash natijasi ijobiy hisoblanadi. Agar bo'shliqlar ichida yiring va suyuqlik qolsa, xirurgik muolaja tavsiya qilinadi. Surunkali empiyemada dekortikatsiya asosiy xirurgik usul hisoblanadi. Bronxoektaziya va bronxial oqmalar bo'lganda rezeksiya usuli qo'llaniladi. Ammo xirurgik muolaja davomida bemor ko'p qon yo'qotishi va o'pka deformatsiyalanishi mumkin.

Mediastenitlar – ko'ks oraliqining yallig'lanish kasalligi bo'lib, kasallikning kelib chiqishiga qizilo'ngach teshilishi, nafas yo'llari yot jismi, yuz, jag', tomoq sohasidagi jarohat yoki yiringli jarayonlar sabab bo'ladi. Bolalarda ko'pincha qizilo'ngach teshilishi orttirilgan

yoki tug'ma tor joylarni qo'pol bujlash natijasida kelib chiqishi mumkin. Ayrim hollarda biror o'tkir jism yoki asboblarning tufayli muolaja vaqtida ro'y beradi. Agar, tor joylar qiyshiq yoki haddan tashqari tor bo'lsa, albatta, kirib borish joyidan teshiladi. Qizilo'ngachning teshilishi yot jismlar hisobiga 3 xil bo'ladi: yot jism bilan qizilo'ngach devorining jarohatlanishi, yot jismni asboblarning yordamida olish va uning qizilo'ngachda uzoq vaqt qolib ketishidan qizilo'ngach devorida mahalliy o'zgarishlar bo'ladi.

Diagnostik maqsadda qo'llanadigan ezofagoskopdan noto'g'ri yoki qo'pol foydalanilganda ham qizilo'ngach yirtilishi mumkin. Ko'pincha bu qizilo'ngachning bo'yin qismida yutqinning qizilo'ngachga o'tish joyida kuzatiladi. Bunga sabab yetarli ravishda boshni va bo'yinni kerakli holda tutmaslik yoki naydan vizual nazoratning yetarli ravishda emasligi sabab bo'ladi. Qizilo'ngach bo'yin sohasining jarohati juda muhim ehtiyotkorlik bilan yondashuvni talab etadi, chunki bu sohada ikkala tomonidan qontomirlar, nervlar va old tomonda traxeya tomirlari yotadi.

K l i n i k a s i. Jarohatning turiga, o'lchamiga, sohasiga va jarohat olgan vaqtiga bog'liq. Qizilo'ngachda ezofagoskopik muolajani o'tkazayotganda yirtilsa, bolada shok alomatlari yuz beradi, ya'ni ko'karish, puls o'zgarishi, agar qon ko'p ketsa, unda qon yetishmovchiligi singari alomatlari seziladi. Bemor umuman ovqat yegisi kelmaydi, to'sh orqasi og'riydi, bo'yinni burish juda qiyin bo'ladi. Shamollash jarayoni, ya'ni shish, to'qimalar infiltratsiyasi, ekssudatsiya va og'riq alomatlari kuchaysa nafas olish qiyinlashadi, toksikoz alomatlari ham asta-sekin rivojlana boradi. Qizilo'ngachning ko'krak qismida jarohat bo'lsa, unda traxeya siqilish alomatlari, to'sh orqasida ko'krak qafasi va ko'ks oralig'ida og'riq kuchayib boradi. Agar, qizilo'ngach diafragmadan me'daga o'tish joyida, ya'ni kardial sohada bo'lsa, og'riq, asosan, epigastral burchak va xanjarsimon o'siq orqasida bo'ladi. Aniq xulosa chiqarishda anamnez va rentgenologik tekshiruv yordam beradi. Rentgenologik belgilar bu bo'yin yoki ko'ks oralig'ida havo paydo bo'lishi va rentgenkontrast moddaning qizilo'ngach chegarasidan chiqib ketishidir. Qizilo'ngachda jarayonning asta-sekinlik bilan yoki tez o'zgarib borishi alohida klinik ko'rinishni kasb etadi. Asta-sekinlik bilan rivojlanishida yot jism atrofidagi to'qimalarda mahalliy yal-

lig'lanish jarayoni kuchayib boradi, mediastenit rivojlanadi. Agar ko'ks oralig'ida yiringlash jarayoni boshlansa, unda to'sh orqasidagi og'riq bola yutinishiga xalaqit beradi. Umumiy ahvoli og'irlashadi, bezovtalik, hansirash alomatlari kuchayib boradi. Tana harorati 39–40 °C gacha ko'tariladi, yo'tal refleksi qo'zg'aladi. Perkutor ravishda ko'kraklararo sohada tovush qisqarishi, auskultatsiyada esa ho'l xirillashlar eshitisli mumkin. Qon tekshirilganda leykotsitoz, neytrofilyoz kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvdan aniq tasavvurga ega bo'lish mumkin. Ko'ks oralig'i kengayishi, emfizematoz ko'rinish va kontrast modda yordamida aniq chegarasini ham aniqlashga imkon beradi. O'tkir yiringli mediastenitda ezofagoskopni juda ehtiyotkorlik bilan qo'llash zarur, og'ir hollarda esa foydalanmagan ma'qul. Chunki qo'shimcha ravishda jarohatni ko'paytirib qo'yishi mumkin. Qizilo'ngach yirtilishi, undagi yot jism yoki yiringli mediastenit aniqlanganda alohida yondashish, kerak bo'lsa xirurgik usulni ham birgalikda qo'llash zarur. Yiringli mediastenitlarda davo qilish birgalikdagi muolajalarni talab etadi. Jarayon kuchayganda va bemorning ahvoli og'irlashganda oz bo'lsada, hayotiy muhim bo'lgan a'zolar faoliyatini muvofiqlashtirish lozim. Tomir orqali qon yuborish 20 % li glyukoza, oqsil dori vositalari, antibiotiklar va fizioterapiyani qo'llash bemorning sog'ayishiga katta yordam beradi. Kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, kichkinagina qizilo'ngach jarohatini ba'zi hollarda konservativ usul bilan ham davolash mumkin. Konservativ terapiya bemorni operatsiya oldidan tayyorlashda ham muhim tadbir hisoblanadi. Jarrohlik yo'li bilan davolash har bir bemorga alohida yondoshishni talab etadi.

Jarrohlik usuli gastrostoma qo'yishdan boshlanadi. Bu, albatta, qizilo'ngachdagi jarohatning joylashish va tarqalish xususiyatiga bog'liq. Agar mikroperforatsiya sodir etilganidan boshlab 1 kun o'tgan bo'lsa, unda perforativ teshikni tikish lozim. Agar teshik chandiqli, tor joyda bo'lsa, qiya qilib qizilo'ngachning proksimal qismi (yuqori qismini) bo'yin sohasiga chiqariladi va distal qismi (pastki qismi) yopiq tikiladi. Bemorni ovqatlantirish uchun gastrostoma qo'yiladi. Ahvoli yengillashgandan keyin qizilo'ngachning plastik operatsiyasi o'tkaziladi va gastrostoma yopiladi. Perforatsiya hisobiga ko'ks oralig'i yallig'lanishi va yiringlashi kuzatilsa, mediastinotomi-

ya muolajasi ham qo'shiladi. Bunday holda operatsiya 2 tomonlama, ya'ni yot jismni olish va ko'ks oralg'ini drenajlashdan iborat bo'ladi. Bemor kasalxonaga kech keltirilsa yoki kasallik kech aniqlansa jarohat o'lchami emas, balki uning qanchalik asorat paydo qilganligini aniqlash muhim.

Bo'yin sohasida flegmona hosil bo'lsa, keng qirqish yo'li bilan yiring oqizilib, drenajlab qo'yiladi. Yiringli mediastenitda yiringni chiqarish uning joylashishiga bog'liq. Shunga asoslanib, kasallik bir necha usullar yordamida drenajlanadi. Masalan, jarayon ko'ks oralg'i yuqori qismida joylashgan bo'lsa, Razumovskiy usuli bo'yicha bo'yin mediastenotomiyasi qilinadi. O'rta, orqa va pastki qismlarida esa Nasilov usuli bo'yicha, ya'ni plevra tashqarisidan borish usuli qo'llaniladi. Tarqalgan mediastenitlarda eng yaxshi usullardan biri – bu keng mediastenotomiya, ko'ks bo'shlig'ini sanatsiya qilish va oxirida drenaj qoldirish.

Yiringli jarayon plevra bo'shlig'iga tarqalganda esa shoshilinch ravishda torakotomiya va plevra bo'shlig'i drenajlanadi.

Ko'ks oralg'i emfizemasi – og'ir kasallik hisoblanib, ko'ks oralg'i to'qimalariga havo kirishi natijasida kelib chiqadigan patologik holat hisoblanadi. Kasallik o'pka bakterial destruksiyasi asorati sifatida va qizilo'ngach yoki bronxlarning teshilishi natijasida kelib chiqadi. Ko'ks oralg'i emfizemasi oddiy va kuchayib boruvchi turlarga bo'linadi.

Klinikasi. Bo'yinturuq chuqurchasida, o'mrov usti chuqurchalarida va bo'yin terisi ostida emfizema paydo bo'ladi. Kuchayib boruvchi turida emfizema yuz, bo'yin, boshning soch qismi, ko'krak qafasi, ba'zan qorin sohasiga, hatto jinsiy a'zolarigacha tarqalishi mumkin. Agar bemor tarqalgan emfizema bilan murojaat qilsa, emfizemaning chiqish joyini aniqlash qiyinlashadi. Shuning uchun bemor anamnezi yaxshilab o'rganish va ko'ks oralg'i emfizemasi boshlanish belgisi – bo'yinturuq chuqurchasida emfizema boshlanishini yodda tutish lozim. Ko'p hollarda ko'ks oralg'i emfizemasi o'tkir boshlanib, bemor hayotiga xavf sola boshlaydi. Bemor bezovta bo'lib, qulay holatda bo'lishni istaydi. Nafas olishi tezlashdi, sianoz kuzatiladi, yurak-tomir yetishmovchiligi yuzaga keladi.

D i a g n o s t i k a s i. Klinik belgilar asosida va rentgen tekshirish natijasiga asoslaniladi. Rentgenografiyada – ko‘ks oraliq‘ida yorug‘lanish aniqlanadi.

D a v o l a s h. Kompleks davo bilan birgalikda bo‘yinturuq chuqur-chasidan mediastinotomiya qilinadi.

BOLALARDA O‘TKIR QORIN SINDROMI

O‘tkir appenditsit – chuvalchangsimon o‘simtaning o‘tkir yallig‘lanishi. Appenditsit o‘tkir qorin a‘zolari kasalliklari orasida ko‘p uchraydigan va zudlik bilan operatsiya qilishni talab etadigan kasallik hisoblanadi.

O‘tkir appenditsitning bolalardagi o‘ziga xos xususiyatlari:

- kattalarga nisbatan og‘ir kechishi, diagnostikasi murakkabligi bilan xarakterlanadi;

- bola organizmi anatomo-fiziologik xususiyatlaridan kelib chiqib, erta yoshdagi bolalarda ushbu holat ko‘proq ko‘zga tashlanadi;

- bolalar o‘tkir appenditsit bilan hamma yoshda kasallanishi mumkin, lekin 2–3 yoshdagi bolalarda ushbu kasallik juda kam uchraydi;

- kasallanishning cho‘qqisi 9–12 yoshga to‘g‘ri keladi;

- 1000 boladan o‘rtacha 0,5 – 0,8 % kasallanadi.

Yu. F. Isakov, A. F. Dronov (2004) bo‘yicha o‘tkir appenditsit klassifikatsiyasi:

Yiringli-destruktiv:

- flegmonoz (1-rasm);

- gangrenoz (2-rasm);

- gangrenoz-perforativ appenditsit (3-rasm).

Nodestruktiv:

- kataral;

- appenditsit yoki surunkali appenditsit xuruji.

E t i o p a t o g e n e z i. Kasallik rivojlanishida organizmda mikro-organizmlar o‘chog‘i borligi (angina, tonsillit, karies, zotiljam), oshqozon-ichak traktida yallig‘lanish (kolit, enterokolit) hamda chuvalchangsimon o‘simta ichida bo‘ladigan mikroblar ta’sirchanligining ortib borishi alohida ahamiyatga ega. Chuvalchangsimon o‘simtaning o‘tkir yallig‘lanishi haqida turli nazariyalar mav-

jud. Mexanik nazariyasida axlat, gijja va yot jismlarning o'simta kriptalarida turib qolishi natijasida kasallik kelib chiqadi, deb tushuntiriladi. Qontomir nazariyasiga ko'ra, qon tomirida qon aylanishning buzilishi chuvalchangsimon o'simta devori butunligining buzilishiga olib keladi. Asab tomirlari nazariyasiga ko'ra, nerv chigallari mushak oraliq'idagi qontomirlarning boshqarish innervatsiyasining buzilishi natijasida chuvalchangsimon o'simtaning oziqlanish jarayoni buziladi, to'qimasining yallig'lanishi o'tkir appenditsit boshlanishiga sabab bo'ladi.



**1-rasm. Flegmonoz
appenditsit.**



**2-rasm. Gangrenoz
appenditsit.**



**3-rasm. Gangrenoz-
perforativ appenditsit.**

Chuvalchangsimon o'simtaning klinik anatomiyasi. Maktab yoshidagi bolalarda chuvalchangsimon o'simta *appendix* 8 sm gacha uzunlikda bo'lib, ba'zan uzunroq ham bo'lishi mumkin. Uning devorida ko'p sonli limfa follikulalari bo'lishi va yallig'lanishning asosiy sabablaridan biri bo'ladi. Erta yoshdagi bolalarda o'tkir appenditsitni kam uchrashiga sabab bo'lib, chuvalchangsimon o'simtada follikulalarning kam miqdorda bo'lishi va oziqlanish xarakteri (asosan, suyuq va sutli mahsulotlar bilan oziqlanish) asos bo'ladi.

K l i n i k a s i. O'tkir appenditsitning klinik belgilari turlicha. Bu, asosan, chuvalchangsimon o'simtaning qorin bo'shlig'ida joylashishiga, o'simtadagi yallig'lanish jarayoniga, organizmning immunologik kuchlariga hamda kasalning yoshiga bog'liq bo'ladi. O'tkir appenditsitning klinik ko'rinishi bolalarda turlicha bo'lib, u organizm reaktivligi, bola yoshi, chuvalchangsimon o'simta joylashuviga bog'liq. Kasallikning quyidagi o'ziga xos belgilar kuzatiladi:

- nospetsifik umumiy belgilarning mahalliy belgilardan ustuvorligi;
- kasallikning o'tkir va og'ir kechishiga bola organizmining ba'zi a'zo va sistemalarining, asosan, markaziy va vegetativ nerv sistemasining nisbatan yetilmaganligi sabab bo'ladi. Bemor yoshi qancha kichik bo'lsa, ushbu holat kuchliroq namoyon bo'ladi;

- bolani tekshirishda, u bilan ruhiy muloqot o'rnatish, tushunish hissiga va moyillikka erishish ham muhim. Ushbu holda jarrohning mahorati, ayniqsa, erta yoshdagi bemorlarda o'tkir appenditsitni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Asosiy umumiy klinik belgilari:

- og'riq (o'ng yonbosh sohada doimiy og'riq);
- ko'ngil aynishi, qusish;
- tana haroratining ko'tarilishi (tana harorati 37–38 °C bo'lishi mumkin):

- ichak faoliyatining buzilishi – ich kelmasligi (35 %), ich ketishi (7 %);

- tili quruq, oq karashlagan.

Asosiy mahalliy belgilari:

- mushaklar tarangligi (*defanse musculaire*);

- lokal og'riq;

- qorinparda ta'sirlanish belgisi (Shyotkin–Blyumberg).

O'tkir appenditsitni aniqlashda yordam beruvchi simptomlarni quyidagicha ta'riflash mumkin.

Appendikulyar simptomlar:

- Koxer – epigastral sohada boshlangan og'riqning o'ng yonbosh sohaga o'tishi;

- Voskresenskiy – kaft bilan o'ng yonbosh sohani kiyim ustidan tez siypalaganda og'riq paydo bo'lishi;

- Rovzing – chap yonbosh sohani bosib-bosib ko'rganda og'riqning o'ng yonbosh sohada paydo bo'lishi;

- Sitkovskiy – bemor chap yonboshga ag'darilganda, o'ng yonboshda og'riq paydo bo'lishi;

- Bartole–Mixelson – bemor chap yonboshga ag'darilganda, o'ng yonboshni paypaslaganda og'riq paydo bo'lishi;

- Obratsov – bemor o'ng oyog'ini tik ko'targanda, o'ng yonboshda og'riq paydo bo'lishi;

– Razdolskiy – barmoqlar bilan to‘qillatib urganda og‘riq bo‘lishi:

Peritoneal simptomlar:

– Shyotkin–Blyumberg;

– Mendel (qorin devorini tuqillatganda og‘riq);

– Krimov (o‘ng chov kanalini tekshirganda, o‘ng yonboshda og‘riq paydo bo‘lishi);

– Lennander – qo‘ltiq ostida va to‘g‘ri ichakda haroratning har xil bo‘lishi ($N < 1^{\circ}\text{C}$);

– cremasterica – o‘ng tuxumcha tortilishi;

– ichaklar falaji belgisi – qorin diametrining kattalashishi.

O‘tkir appenditsitda kuzatiladigan sindromlarni quyidagicha ta’riflash mumkin:

1. Og‘riq sindromi. Doimiy qorinda og‘riq, ko‘pincha o‘ng yonbosh sohada, harakat qilganda kuchayadi, ishtaha susayishi, ko‘ngil aynishi, holsizlik bilan kelishi mumkin. Vaqt o‘tishi bilan og‘riq xarakteri o‘zgarishi kuzatiladi.

2. Peritoneal sindrom:

– intoksikatsiya;

– gippokrat yuzi;

– tili karashlagan;

– qorin dam, nafas olishda ishtirok etmaydi (Vinter sindromi);

– mushaklar taranglashishi;

– palpator og‘riq;

– perkutor to‘mtqlashuv;

– peristaltikaning sustlashishi.

Shyotkin–Blyumberg, Mendel va Krimov simptomlari musbat.

3. Yallig‘lanish sindromi:

– harorat ($37, 38, 39^{\circ}\text{C}$);

– lekotsitoz, neyrofilez, chapga siljish, EChT oshishi.

4. Dispeptik:

– ko‘ngil aynishi, qayt qilish;

– ich kelishining buzilishi;

– puls tezlashuvi, A/B pasayishi, yurak tonlari to‘mtqlashuvi;

– nafas olish tezlashishi, yuzakilashishi.

Asab tizimi – uyqusizlik, bezovtalik, karaxtlik.

O'tkir appenditsitda laboratoriya tekshiruvlari asosiy klinik belgilarni tasdiqlash uchun xizmat qiladi.

Chaqaloqlarda appenditsit kasalligi to'satdan boshlanadi. Ona bolaning bezovtalanishi, yig'lashi, emmasligi, tana haroratining 38–40°C ga ko'tarilganligi, bir necha marta qusganligi, kamharakatligidan shikoyat qiladi. Xastalik boshlanishida ichning suyuq kelishi kuzatiladi.

Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda appenditsit.

Ushbu yoshgacha bo'lgan bolalarni tekshirish juda ham qiyin, chunki ularning yig'lashlari ko'rikdan o'tkazayotgan jarrohning qo'lini itarib tashlab, qarshilik ko'rsatishlari, kasallikni to'g'ri aniqlashda muammo tug'diradi. Tashqi tomondan bola qornining ko'rinishi ko'proq aniq ma'lumot beradi (nafas olishda orqada qolishi, biroz shishib turganligi). Qorinni paypaslash uchun astalik bilan qo'lni ilitib, bolaga so'rg'ich berib tinchlantiriladi, chap tomondan asta-sekin o'ng tomonga o'tiladi, shunda himoya mushak reaksiyasini sezish mumkin. Ba'zan buning uchun narkoz hidlatiladi. Bu holatda muskullarning faol tarangligi yo'qoladi.

Paypaslab ko'rilayotganda, qorinning o'ng tomonida og'riq kuchayishidan bola o'ng oyog'ini qorniga yaqinlashtiradi, jarrohning qo'lini olib tashlaydi, holatini o'zgartiradi. Bularning hammasi o'ng yonbosh sohasidagi og'riqning kuchliligidan darak beradi. Barmoq yordamida tekshirganda to'g'ri ichakning oldingi devorida infiltrat bo'lsa, bu o'tkir appenditsitning belgisi hisoblanadi.

Erta yoshdagi bolalarda (3 yoshgacha) asosiy mahalliy belgilari:

- palpatsiyada mushaklar taranglashuvi;
- qo'lni itarish belgisining musbatligi.

Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda laboratoriya tekshiruvi ko'rsatkichlari: leykotsitoz (15–25 g/l), siydikda oqsil, leykotsitlar, 1–2 eritrotsitlar hamda silindrlar aniqlanadi. Buyrak to'qimasining zaharlanishi (*intoksikatsiya*) siydikdagi o'zgarishlar ko'rsatkichidir. Koprogrammada leykotsitlar, eritrotsitlar bo'ladi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda chuvalchangsimon o'simta qorin bo'shlig'ida anatomik jihatdan har xil joylarda qayd etilishi mumkin. Bu yoshdagi bolalarga o'tkir appenditsit tashxisini qo'yishda bolani ko'rikdan o'tkazishning murakkabligi, chuvalchangsimon o'simtaning qorin bo'shlig'ining

turli sohalariga siljib turishi ancha qiyinchilik tug'diradi. Shuning uchun ham bunday bemorlarni shifoxonaga yotqizib tekshirish zarur.

O'tkir appenditsit atipik turining klinik belgilari. O'tkir appenditsitning atipik turi chuvalchangsimon o'simtaning qorin bo'shlig'ining qaysi sohasida joylashishiga (retrosekal, jigar ostida, chanoq sohasida, chap tomonda) hamda yallig'lanish jarayonining ko'rinishiga (gangrenoz, teshilgan appenditsitlar) bog'liq bo'ladi.

Atipik joylashishining o'ziga xos belgilari:

1. Chanoqda – og'riq qov usti va o'ng yonboshga yaqin sohada; tenezm; og'riqli siyish, ich suyuq ketishi mumkin.

2. Retrosekal – og'riq nisbatan kuchsiz, klinika asosiy belgilari sust.

3. Medial joylashgangda – kuchli og'riq, ko'p marotaba qayt qilish, ich suyuq ketishi, ba'zida qorin dam bo'lishi kuzatiladi.

Chap tomonlama appenditsitning aniqlash sabablari:

- ko'richak tutqichi uzunligi;
- ichaklarda umumiy tutqich bo'lishi;
- juda uzun chuvalchangsimon o'simta;
- ichki a'zolarining teskari joylashuvi.

K l i n i k a s i deyarli bir xil, lekin og'riqning chap tomonda ekanligi shifokorni chalg'itadi. Ichki a'zolar teskari joylashuvi ma'lum bo'lsa, kasallikni tashxislash osonlashadi.

Jigar osti appenditsiti – o'ng qovurg'a ostida og'riq, ko'p marotaba qusish. O'ng qovurg'a yoyini to'qillatish og'riqli, palpat-siyada o'ng qovurg'a ostida og'riq, shu sohada mushaklar tonusi oshgan, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat. Og'riq tufayli jigar qirg'og'i aniqlanmaydi. O'ng yonbosh soha og'riqsiz. Rektal tekshirish o'zgarishsiz. Ba'zi bemorlarda shilliq qavat va teri sarg'imtir bo'lishi (yallig'lanishning jigar to'qimasiga o'tganligi yoki o't yo'llarini bosilib qolishi natijasida) kuzatiladi. Kasallik ko'pincha peritoneal belgilar rivojlangandan so'ng aniqlanadi.



4-rasm. Chuvalchangsimon o'simta joylashuv variantlari.

Differensial diagnostikasi – quyidagi kasalliklar bilan o'tkazilishi lozim: otit, tonsillit, o'tkir respirator kasalliklar, o'tkir respirator virusli infeksiya, virusli infeksiyalar, o'tkir bronxit, o'tkir pnevmoniya, gemorragik vaskulit, Shenleyn–Genox kasalligi abdominal shakli, revmatizm, nospetsifik mezoadenit, o'tkir ichak infeksiyalari, o'tkir gastrit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi, enterit, enterokolit, kolit, ovqatdan zaharlanishlar, koprostaz, o'tkir pankreatit, o'tkir gepatit, o'tkir xoletsistit, siydik-tosh kasalligi, piyelonefrit, sistit, uretrit, o'tkir glomerulonefrit, gematokolpos, gematometra, adneksit, tuxumdon apopleksiyasi, nay homiladorligi, endometrit, tuxumdon kistasi buralishi, ovulyatsion va menstruatsion sindromlar bilan taqqoslanishi lozim.

O'tkir appenditsitning asorati hamda klinik ko'rinishlari.

Mahalliy peritonit – appenditsitning ko'proq uchrab turadigan asoratlaridan biri. Qorin bo'shlig'i a'zolarining har bir o'tkir xirurgik kasalligiga o'choqli yoki mahalliy peritonit deb qarash lozim. Mahalliy peritonit chegaralangan hamda chegaralanmagan bo'lishi mumkin. Chegaralangan peritonitlarga: appendikulyar infiltrat, ichaklararo absesslar, diafragma ostidagi absesslar misol bo'la oladi. Mahalliy peritonitning asosiy simptomlaridan biri – bu og'riq. Uning asosiy sababi – qorinpardaning yallig'lanishidir. Zaharlanish orta borgan sayin Meysner va Auerbax nerv chigallaridagi o'zgarishlar natijasida og'riq nisbatan kamayadi. Peritonitda og'riqning dastlabki o'chog'idan asta-sekin tarqala borishi va o'z o'rnidan siljishi kuzatiladi. Mahalliy joyda qorin devorining taranglashishi kuzatiladi. Shyotkin–Blyumberg simptomi, to'qillatib ko'rilganda shu joyda o'tmas tovush aniqlanadi.

Qorin bo'shlig'idagi yiringli asoratlar, chanoqdagi hamda duglas bo'shlig'idagi absess o'tkir appenditsitda 4,5 % hollarda uchraydigan asoratlardan hisoblanadi. Uning asosiy belgilari: tez-tez siydik qistashi, hojatga borish istagining tezlashib qolishi, ich ketishi, tana haroratining ko'tarilishi, qorinning pastki qismida og'riq paydo bo'lishidir. To'g'ri ichakka barmoqni kiritib tekshirganda oldingi devorning osilib qolganligi, shu joyda kuchli og'riq paydo bo'lishi, yumshagan sohani punksiya qilganda esa yiring borligi ishonchli belgilardan sanaladi. Absess shu igna yo'li orqali kesib

ochilib, uning bo'shlig'iga nay qo'yib yuviladi va dori yuborib davolanadi.

Diafragma ostida uchraydigan appenditsitning asorati bo'lgan absessga tashxis qo'yish qiyin. Bunda tana harorati ko'tarilib, o'ng biqinda og'riq paydo bo'ladi, og'riq nafas olish paytida kuchayadi. O'ng yon 9–10–11 qovurg'alararo sohalar barmoq bilan bosilganda kuchli og'riq paydo bo'ladi. Qorin yumshoq bo'lishiga qaramay, jigarning o'lchamlari kattalashadi, paypaslab ko'rilganda, u og'riq beradi, to'qillatib ko'rilganda uning pastki qismida to'qillagan to-vushning pasayishi sezilib, shu sohada nafasning pasayishi eshitiladi. Ko'krak qafasining shu sohasi siqilganda og'riq paydo bo'ladi. Tashxis ultratovush, rentgen, laparoskopiya yordamida qo'yiladi.

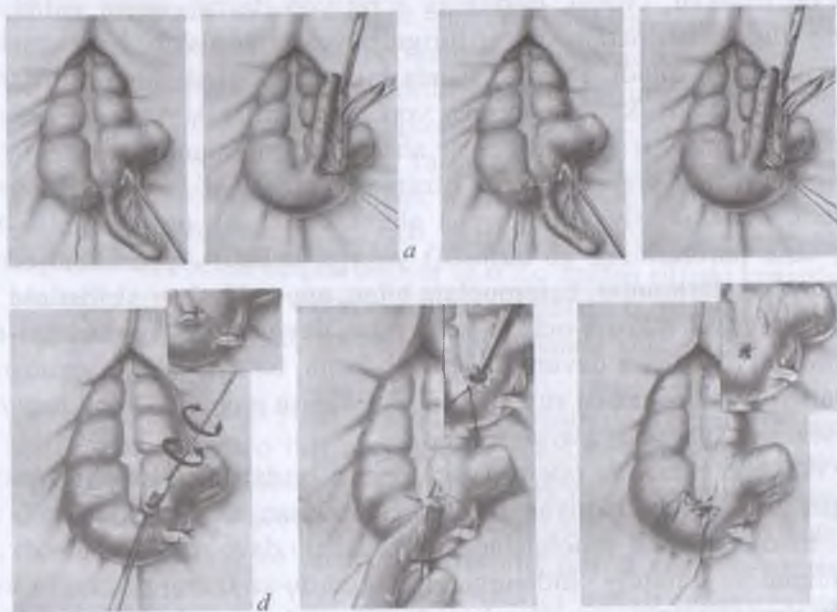
Appendikulyar infiltrat – appenditsit bilan og'riydigan barcha kasallarning 4–5 % ini tashkil etadi. Appendikulyar infiltrat quyi-dagilardan tashkil topadi: chuvalchangsimon o'simta, ingichka va yo'g'on ichaklar, charvi, qorinning o'ng yon devori, qorin parda. Ular yallig'lanish natijasida bir-biriga bevosita yopishib, bir butun infiltratni hosil qiladi. Paypaslaganda bu yumshoqroq shish og'riydi, u yonbosh suyakning qanotiga yopishgan bo'ladi. Agar infiltrat absessga aylansa, u appendikulyar absess deb nomlanib, qorinning oldingi devoriga yopishib terisi qizaradi, yumshaydi, flyuktuatsiya seziladi. Intoksikatsiyaning barcha alomatlari (bosh og'rishi, alah-lash, tana haroratining ko'tarilishi) yuzaga keladi. Appendikulyar infiltrat dori-darmonlar, fiziomuolaja bilan, appendikulyar absess esa operatsiya usuli – kesib ochish yo'li bilan davolanadi. Appendikulyar infiltrat 2–3 hafta davomida so'rilib ketib, ba'zan 1-haftalarning oxirlarida shish sohasida suyuqlikning tebranish alomati – flyuktuatsiya seziladi, u absessga aylanadi.

O'tkir appenditsitda operatsiyaga qarshi birdan bir mone'lik qiladigan hol – appendikulyar infiltrat. Bu, asosan, antibiotiklar qo'llash, fizioterapevtik muolajalar va mahalliy davolash yordamida organizmning umumiy chidamini oshirish, qon va uning o'rnini bosuvchi suyuqliklarni venaga yuborish, vitaminlarni oqilona ishlatish kabi usullar bilan o'rta hisobda 7–4 kun ichida davolanadi. Infiltrat so'rilgandan keyin 2–3 oy o'tgach, operatsiya yo'li bilan appendektomiya rejali ravishda bajariladi.

Operativ muolaja. Agar asoratsiz appenditsit bo'lsa, umumiy og'riqsizlantirish qo'llanadi. Asoratli hamda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda intubatsion narkoz bilan appendektomiya operatsiyasi o'tkaziladi. Hozirgi kunda Laparoskopik appendektomiya operatsiyasi keng qo'llanilmoqda.

Appendektomiya operatsiyasining texnikasi (5-a; b; d va e rasmlar):

- yumshoq to'qimani Volkovich–Dyakonov usulida kesish;
- qorin tashqi qiyshiq mushagi aponevrozini kesish, ichki qiyshiq mushagini kengaytirish;
- qorin pardani ochish;
- chuvalchangsimon o'simta arteriyasini bog'lash;
- o'simtani olish;
- kiset qo'yish;
- uning cho'ltog'ini peritonizatsiya qilish;
- qorin devorini qavatma-qavat tikib chiqish.



5-a; b; d va e rasmlar. Appendektomiya bosqichlari.

Agar mahalliy peritonit bo'lsa, qorin bo'shlig'idagi suyuqlikni elektr so'rg'ich yordamida olish shart, salfetka ishlatilsa ichaklarning

seroz qavati jarohatlanishi, keyinchalik chandiq hosil bo'lishi mumkin. Operatsiya yakunida qorin bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish uchun mikroirrigator qo'yiladi.

Operatsiya jarohati tomonidan kuzatiladigan asoratlar

Infiltrat – operatsiyadan keyingi 5–8-kunlari bemor tana harorati $37,6\text{--}38^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilib, bola kamharakat bo'lib qoladi, operatsiya bo'lgan sohada og'riq kuzatiladi, jarohatning yonlari qizaradi, qattiqlashadi. Hosil bo'lgan infiltratni ultratovush, kompress, elektroforez yordamida tarqatish mumkin. Flyuktuatsiya paydo bo'lsa, u holda bir-ikkita ipi bo'shatiladi, yiringni chiqargandan so'ng rezina naycha qo'yiladi. Yara tozalangandan keyin jarohatning ikkala tomoni leykoplastr yordamida yaqinlashtirib qo'yiladi.

Gematoma – teri osti yog' kletchatkasi qalin bo'lgan bolalarda 3–6-kunlari operatsiya jarohati sohasida shish kuzatilib, ustidagi teri ko'kimtir rangda bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda og'riqli flyuktuatsiya aniqlanadi, qon chiqarilib, jarohatning ikkala tomoni bir-biri bilan yaqinlashtiriladi.

Ligatur oqma – operatsiyadan so'ng 3–6 hafta orasida jarohatning ayrim sohalarida iplarning o'rni shishib, terisi yupqalashib yoriladi, ifloslangan iplar chiqib ketadi, ba'zi vaqtlarda oqma yo'llar ochilib, iplar olib tashlanadi.

Qorin bo'shlig'idagi operatsiyadan so'nggi asoratlar.

Qorin bo'shlig'idagi infiltrat, qorin bo'shlig'idagi absesslar, diafragma ostidagi, ichak tizmalari orasidagi, Duglas bo'shlig'idagi ichak tutilishi (falajlik), ichak eventeratsiyasi, qorin bo'shlig'iga qon ketishi.

Operatsiya vaqtida texnik xatoliklarga yo'l qo'yilishi, ya'ni appendikulyar arteriyasidan ligaturaning chiqib ketishi, chandiqlardagi qontomirlarni boylamaslik, qon kasalliklari (gemofiliya), gemolitik anemiya natijasida qorin bo'shlig'iga qon ketadi. Kasal bolaning rangi oqarib, asta-sekin bo'shashib ketadi. Qon bosimi pasayadi, pulsi aritmik bo'lib, taxikardiya kuzatiladi. Qorinda og'riq. Shyotkin–Blyumberg sinamasi musbat bo'lib, qonda gemoglobin tushib ketadi. Kasalni relaparotomiya qilinib, qonayotgan tomir bog'lanadi. Agar

u tomir topilmasa, appenditsit sohasi gemostatik tampon yordamida tamponada qilinadi. Operatsiya vaqtida yo‘qotilgan qon miqdori to‘l-diriladi.

Peritonit. Qorinpardaning yallig‘lanishi – peritonit deyiladi. Peritonit qorinpardaning yallig‘lanishi, organizm muhim a‘zo va tizimlarining faoliyatini o‘zgartiruvchi, og‘ir klinik belgilar bilan kechuvchi kasallik.

Bolalarda peritonitga sabab bo‘luvchi omillar: o‘tkir appenditsit, o‘tkir ichak tutilishlari, qorin bo‘shlig‘i kovak a‘zolari, oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishlari, yarali-nekrotik enterokolit, qisilgan chov churrasi, chaqaloqlar sepsisi, o‘tkir destruktiv pankreatit, Mekkel divertikuli yallig‘lanishi hamda teshilishi, qizaloqlarda intragenital patologiyalar, abdominal operatsiyalar asoratlari, yiringli paranefrit, ichak ishemik nekrozi, yatrogen.

Peritonit klassifikatsiyasi (Yu. F. Isakov va hammualliflar, 2004):

Etiologiyasiga ko‘ra:

a) aseptik; b) infeksiy;

Infeksiya tushish yo‘liga ko‘ra:

a) perforativ; b) septik (kontaktli va gematogen); c) kriptogen (noma‘lum).

Tarqalish jarayoniga ko‘ra:

a) umumiy va mahalliy; b) umumiy diffuz va tarqalgan; c) mahalliy chegaralangan va chegaralanmagan (infiltrat, absess).

Ekssudat turiga ko‘ra: seroz, yiringli, xilyoz, qonli va h.k. bo‘ladi.

Peritonitni keltirib chiqaruvchi sabablar bolalarda turlicha bo‘lib, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yorilishi yoki jarohatlanishi hamda gematogen va kriptogen (noaniq) yo‘li bilan infeksiya tushib, qorinpardani yallig‘lanishi bo‘lishi mumkin.

Bolalarda peritonit kelib chiqishi, kasallik muddati, kasallikning yoshiga qarab kechishi va prognozi boshqalardan farq qiladi. Shuning uchun erta yoshdagi bolalarda juda xavfli kechadi. Bolalarda tarqalgan peritonitning kelib chiqish sababiga, asosan, charvining kaltaligi, ichak qovuzloqlari plastik xususiyatlarining kamligi, spetsifik immunologik javobning sustligi va qorin parda rezorbsiya xususiyatining kichik yoshdagi bolalarda sustligi kabi anatomofiziologik xususiyatlar kiradi.

Peritonit patogenezida gemostaz buzilishining 4 ta asosiy sindromi kuzatiladi:

- zaharlanish;
- ishqor-kislota muhiti buzilishi;
- suv-tuz almashinuvining buzilishi;
- gipertermik (*ombredan*) sindromi.

Zaharlanishi – mikroorganizm va makroorganizm chirishi va zaharlarining qonga tushishidan kelib chiqadi. Bunda gistamin-simon moddalar qontomir devorlarini parezga olib kelib, bu holat qon aylanishining markazlashishiga yoki dekompensatsiyasiga olib keladi.

Ishqor-kislota muhiti buzilishi metabolitik atsidozni yuzaga keltiradi. Peritonitda nafas olishning buzilishi esa, diafragma va moddalar almashinuvining buzilishidan kelib chiqadi. Chunki bunda og‘riq refleksi, qorin bo‘shlig‘idagi dimlanib to‘plangan gaz, suyuqlik va ichakning parez oqibatida kengayishi diafragmani siqib, uning harakatini chegaralab qo‘yadi. Ushbu holat, ayniqsa, erta yoshdagi bolalarda nafas olish diafragmal turda bo‘lganligi va qovurg‘alarning gorizontal holatda joylashganligi uchun yaqqol ko‘zga tashlanadi. Diafragma harakat amplitudasining kamayishi, gipoksiya holati va kasal haroratining ko‘tarilishi nafas olish chastotasining tezlashishi bilan kompensatsiyalanadi.

Juda og‘ir holatda peritonit bilan og‘rigan kasallarda metabolitik atsidoz holatining kuzatilishi prognostik jihatdan noxush holat bo‘lib, u ko‘plab qusish oqibatida xlor, kaliy miqdorining kamayishi, makroergik aloqaning yo‘qligi, peritoneal buyrak va plazma miqdorining kamayishi bilan namoyon bo‘ladi.

Suv-tuz almashinuvining buzilishi, asosan, mo‘tadil va gipovolemik degidratatsiya bilan kechadi. Peritonitda qusish, suyuq ich ketishi oqibatida qorin bo‘shlig‘iga suyuqlik va elektrolitlarning to‘planishi va ichakda parez alomatlari kuzatiladi. Bundan tashqari, nafas olishning tezlashishi (o‘pka orqali), haroratning ko‘tarilishi – teri orqali ko‘p miqdorda suyuqlik va tuzlarni yo‘qotishga sabab bo‘ladi. Agar qusish orqali ko‘p miqdorda kaliy va xlor tuzlari chiqsa, bu metabolitik alkaloz holatini tezlashtiradi.

Gipertermik sindrom. Ombredan sindromi erta yoshdagi bolalarda katta ahamiyat kasb etadi. Bunda qonga soʻrilgan zaharlar (toksin) termoregulyator markazga taʼsir etib, periferik gemodinamikaning buzilishi oqibatida teri orqali issiqlik ajralishining kamayishiga sabab boʻladi.

Yuqorida keltirilgan sindromlarning har xil rivojlanish darajasi kasallikning boshlanish davriga, tarqalgan peritonitning rivojlanish tezligiga, bolaning yoshiga, organizm premorbid holatiga va boshqa sabablarga bogʻliqdir.

Peritonit kechishi uch bosqichga boʻlinadi (Yu. F. Isakov va hammualliflar, 2004):

I. Reaktiv bosqich: shikoyatlari: qorinda ogʻriq, koʻngil aynishi, qusish, tana harorati koʻtarilishi. Avvalgi 24 soat ichida qorinda doimiy kuchli ogʻriq, bemor majburiy holatda, oyoqlari qoriga keltirilgan, qorin old devori taxtasimon taranglashgan, qusish yengillik tugʻdirmaydi. Puls tezlashgan. Tez-tez ichi kelishiga moyillik, dizurik simptomlar, zaharlanish, dehidratatsiya, gipertermiya va nafas olish buzilishining ustunligi bilan kechishi.

II. Toksik bosqich: Yuqoridagi belgilardan tashqari, vitseromotor reflekslar susayishi hisobiga mahalliy belgilar namoyon boʻlishi biroz susayishi kuzatiladi (qorinda ogʻriq, mushaklar defansi). Ichaklar peristaltikasi yoʻq, qorin dam. Axlat va gaz chiqmaydi (paralitik ichak tutilishi). Intoksikatsiya belgilari rivojlanib, bemor umumiy ahvoli ogʻirlashadi. Puls tez, ipsimon. A/B tushgan, tana harorati yuqori, gektik. Oligouriya. Ushbu bosqich qon disbalansi, metabolizm va buyrak funksiyasi buzilishining ustunligi bilan kechadi.

III. Terminal bosqich: adinamiya, es-hushi oʻzida emas, yuz qi-yofasi oʻtkirlashgan, koʻz olmasi choʻkkan. Teri oqargan, sovuq ter bilan qoplangan. Tili quruq, fibrinli, qoramtir karashlagan. Nafas yuzaki, tezlashgan. Qorni dam, gaz va axlat chiqmaydi. Qorinning hamma joyida peritoneal ogʻriq, ichaklar peristaltikasi eshitilmaydi, baʼzida peritoneal axlat kelishi mumkin. Puls ipsimon, A/B tushgan, UQT – 30 % ga kamaygan. Oliguriya yoki anuriya. Bioximik tahlillarda – gipokaliemiya, gipoxloremiya, giponatriemiya. Bu bosqich peritonitning asoratlanish bosqichi boʻlib, septikopiemiya, ichak tutilishi, gipo- va disproteinemiya bilan kechadi. Ushbu bosqichlar-

ni bir-biridan farqlashning doim imkoniyati bo'lmasa-da, ularning har birida u yoki bu buzilishlarning rivojlangan holatlarini kuzatish mumkin.

Diplokokkli peritonit – kriptogen peritonit, pnevmokokli yoki birlamchi pelvioperitonit maktabgacha yoshdagi va undan katta qiz bolalarda ko'p uchraydi. Qiz bolalarda infeksiya qorin bo'shlig'iga qin orqali va kam holatlarda enterogen va gematogen yo'llari orqali salpingit rivojlanishi bilan kechadi. Kasallikning katta maktab yoshida kam uchrashi qiz bolalarda qindagi Deterleyn tayoqchalarining paydo bo'lishi uni kislotali muhitni yaratib, patogen mikrofloraning paydo bo'lishiga to'sqinlik qilishi bilan izohlanadi.

Klinikasi. Asosiy belgilari 6–8 yoshli va undan katta qizaloqlarda uchraydi. Tana harorati 39–40 °C ko'tariladi, qusish, ich ketishi va qornida noaniq og'riq paydo bo'ladi. Qorin old devori mushaklar taranglashishi. Qorin nafas olishda sustlashgan. Umumiy ahvoli o'rtacha yoki og'ir, ba'zida *herpes labialis* kuzatiladi. Kasallikning ikki xil klinik ko'rinishi mavjud: Oddiy va toksik.

Oddiy shaklining asosiy belgilari: asta-sekin boshlanadi. Og'riq, asosan, qorinning o'ng tomonida, tana harorati 37,5–38,5 °C gacha ko'tariladi. bir–ikki marta qayt qilishi, axlati buzilmaganligi, tili karashlagan va nam bo'ladi. Qorin old devori mushaklari taranglashgan. Qon tahlilida leykotsitoz.

Toksik shaklining asosiy belgilari: kasallik to'satdan boshlanadi. Qorinda kuchli tarqalgan og'riq. Ko'p marta qusish. Tana harorati 39–40 °C gacha. Axlati suyuq, tez-tez ichi o'tadi. Bemor ahvoli tez og'irlashib boradi, intoksikatsiya va eksikoz rivojlanadi. Puls tezlashgan, sust. Qorin nafas olishda ishtirok etmaydi. Shyotkin–Blyumberg simptomi musbat. Tahlillarda yuqori leykotsitoz 18–20000 gacha, ECHT tezlashgan. Ba'zan qizlarda qindan shilliq yiringli ajralma chiqishi aniqlanadi. Kasallikning klinik simptomlari o'tkir va tez kechganligi sababli, bemor kechiktirilmasdan kasalxonaga o'tkir appenditsit gumoni bilan yotqiziladi va o'z vaqtida davolanib, yaxshi bo'lib chiqib ketadi.

Appendikulyar peritonit – kasallik o'tkir appenditsitdan keyin (o'z vaqtida murojaat qilinmasa yoki tashxislanmasa) bir necha vaqt o'tgach paydo bo'ladi. Anamnezidan bemorda qorin og'rig'i bezovta

qila boshlaydi, bir marta qayt qiladi, tana harorati ko'tariladi. Ma'lum muddat og'riq biroz kamayadi, ammo tana harorati yuqorilgicha tura-di. Kasalning umumiy holati birmuncha yaxshilanadi. Keyinchalik esa, umumiy ahvoli yomonlashib, qorindagi og'riq kuchayib boradi, natijada bemor qayt qila boshlaydi. Bemor ahvolining yaxshilanishi davri chuvalchangsimon o'simta destruksiyasi va asab tugunlarining nekrozi bilan xarakterlansa, kasallikning og'irlashishi o'simta perforat-siyasi, ya'ni peritonitning boshlanishi bilan ifodalanadi. Bunday payt-da biror antibiotik berils, kasaldagi peritonit aniqlanmasligiga sabab bo'lishi mumkin, bu esa bemor organizmida og'ir asorat qolishiga va salbiy oqibatlariga olib keladi. Bemor ko'zdan kechirilganda umumiy ahvoli ancha og'irligi ko'zga tashlanadi. Terisi oqargan, marmar-simon rangda, tili qurigan va oq karash boylagan, qisman hansirash kuzatiladi. Ba'zan puls chastotasi bilan harorat darajasi o'rtasidagi birlik buzilib, kollaptoid holat yuzaga keladi. Qorin doim og'riydi, mushaklar taranglashadi (taxtasimon qorin) va Shyotkin-Blyumberg simptomi o'ng chanoq sohasida kuzatiladi. Ba'zan tenezm, ich ketishi va og'riqli tez-tez siyish holatlari kuzatiladi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirilganda ichakning oldingi devori og'riqli osilgan holat-daligi aniqlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda kasallikning dastlabki davrida umumiy ahvoli uncha o'zgarmagan bo'ladi. Keyinchalik nafas olish va yurak urishi tezlashadi. Metabolitik jarayonlarning bu-zilishi natijasida bemorning umumiy ahvoli yanada og'irlashadi.

Davolash. Appendikulyar peritonitni davolashda operatsiyaga tayyorlash, operatsiya va operatsiyadan keyingi davr asosiy o'rin tutadi.

Operatsiyaga tayyorlashdan asosiy maqsad – gemodinamik buzilish-larni kamaytirish, kislota-ishqor va suv-tuz almashinuvini kamaytirish. Operatsiyadan ko'zda tutilgan maqsad – birlamchi o'choqni bartaraf qilish, qorin bo'shlig'ining lozim bo'lgan sohasini yiringdan tozalab drenajlash. Operatsiyadan so'ng bemorni xona harorati 30 ° da yotishi-ni, qo'yilgan drenaj naylardan ekssudatlar chiqishini ta'minlash lozim. Yurak va nafas olish tizimi faoliyatini tiklash, zaharlanishni kamaytirish kislota-ishqor va tuz-suv almashinuvini mo'tadillashtirishga qaratilgan kompleks davo tadbirlarini olib borish kerak.

Chaqaloqlarda peritonit. Kelib chiqish sabablari turlichaligi, klinik kechishida va davolash muolajalari o'tkazilishida o'ziga xos

tadbirlarni talab qilishi sababli peritonit chaqaloqlik davrining og'ir yiringli septik kasalliklaridan hisoblanadi.

S a b a b l a r i. Yarali nekrotik enterokolit kasallik kelib chiqishi-ning asosiy sabablaridan biridir. Bundan tashqari, destruktiv appenditsit, oshqozon-ichak trakti tug'ma nuqsonlari, tug'ma va orttirilgan ichak tutilishlari, yatrogen sepsis va h.k ham bo'lishi mumkin. Aksariyat hollarda, chaqaloqlarda peritonitning kelib chiqishi ichak devorlarining teshilishi natijasida qorinpardaning infeksiyali yallig'lanishi (ikkilamchi peritonit) bilan bog'liq. Ba'zi hollarda esa qorinpardaning yallig'lanishi gematogen, limfogen va kontaktli tarzda, ya'ni qorin devori yiringli kasalliklarida, omfalitda infeksiya tushishi hisobiga chaqaloqlarda birlamchi (*septik*) peritonit kelib chiqadi.

K l i n i k a s i. Qorinpardaning umumiy yallig'lanish belgilari bilan kechsada, kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarning turli tumanligi davo yo'lini tanlashda differensial yondoshishni talab qiladi.

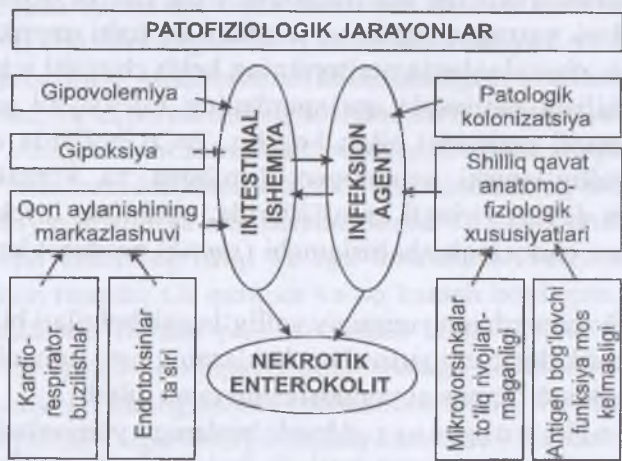
A s o s i y k l i n i k b e l g i l a r i. Ahvoli birdaniga yomonlashadi. Terisi oqimtir-kulrang. Bezovta bo'ladi, holsizlanadi, natijada, bemorda adinamiya rivojlanadi. Burun-lab uchburchagida sianoz. Nafas olishi yuzaki va tez bo'ladi. Puls ipsimon, taxikardiya. Oshqozon turg'un massalari bilan qusish, ichi o'tmaydi, gaz chiqmaydi. Gaz chiqargich naydan shilliq, qon aralash ajratma kelishi mumkin. Qorni dam, venoz qontomirlar ko'zga tashlanadi. Qorin old devori pastki qismi, chov soha terisi yaltiraydi, qizaradi. Qorin taranglashgan. Perkussiyada timpanit va jigar to'mtoqligi yo'qolgan. Auskultatsiyada perestaltika tovushlari (gung qorin) eshitilmaydi.

L a b o r a t o r t a h l i l l a r. Qon tahlili – leykotsitoz chapga siljish bilan. Neytrofillar toksik donadorligi. EChT tezlashgan, oshgan, gipokaliemiya, gipoxloremiya, giponatremiya. Siydikda – oqsil, toza eritrotsitlar, leykotsitlar, silindrlar. Qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasvirida havoga to'lgan ichaklarning qalqib turishi qorin bo'shlig'idagi yig'ilgan suyuqlik hisobiga bo'lib, bunday alomat suzuvchi ichaklar simptomi deb ataladi.

Yarali nekrotik enterokolit. Chaqaloqlik davrida ko'p uchraydigan shoshilinch holatlardan biri bo'lib, ko'pincha chala tug'ilgan bolalar ichaklari shilliq qavatining yalig'lanishi bilan xarakterlana-

di, qorin dam bo‘lib nekroz va perforatsiya xavfini tug‘diradi, bu esa peritonit rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

Patogenezi. Multifaktorial va kompleksli, chala tug‘ilgan (1500 gr dan kam) bolalar orasida kasallanish ko‘p uchraydi (6-rasm).



6-rasm. Yarali nekrotik enterokolitda patofiziologik jarayonlar.

Xavfli omillar – tug‘uruq asfiksiyasi natijasida ichaklarda gipoksiya va ishemianing bo‘lishi, tug‘uruq asoratlari (bachadondan qon ketishi, eklampsiya va h.k.) chalalik, bakterial infeksiyalar, surunkali yallig‘lanish kasalliklari, ortiqcha enteral oziqlantirish yoki ochlik, giyohvandlikka moyil ona, kindik venasi orqali qon quyish, tug‘ma kasalliklar (Girshprung kasalligi, gastroshizis, ichak tutilishlari va h.k.).

Chalalik – kasallik rivojlanishida hazm tizimi yetilmaganligining muhim o‘rni bor. Chala tug‘ilgan bolada oshqozonning neytral muhiti, pepsin miqdorining kamligi, ichak fermentlari faoliyati pastligi, ichaklar peristaltikasi sustligi, yetilmagan ichak baryeri sabab bo‘ladi.

Enteral oziqlantirish – noadekvat ovqat hajmi bilan zo‘riqtirish hazm tizimi holatiga yomon ta’sir etadi. Sutkalik enteral oziqlantirish hajmi 20 ml/kg dan oshmasligi kerak. Ochlik davrini o‘tkazgan bolalar ichaklar yallig‘lanishiga moyilligi oshadi, qon zardobida aminokislotalar miqdori kam bo‘lgan bolalarda tez-tez kasallanishga moyilligi kuzatiladi. Ona suti bilan oziqlantiriladigan bolalar kam holatda yarali – nekrotik enterokolitga chalinadilar.

Bakterial infeksiyalar – yarali nekrotik enterokolit homilada rivojlanmaydi. Kasallik rivojlanishi uchun ichaklar kolonizatsiyasi kerak, odatda grammanfiy bakteriyalar chaqiradi va lokal yallig‘lanish jarayoni bilan boshlanadi, natijada shilliq qavat baryer xususiyati buziladi. Bu esa ichaklarda bakteriyalar ko‘payishiga va ichak devori nekroziga sabab bo‘ladi (8-rasm). Ko‘pincha ingichka ichak oxiri va yo‘g‘on ichak boshlanishi qismida uchraydi, bakteriyalar parchalanishi mahsulotlari fragmentatsiyasi pnevmatozga sabab bo‘ladi. Yarali-nekrotik enterokolit paydo bo‘lishiga chaqaloqlar bo‘limidagi noqulay epidemiologik muhit ham sabab bo‘lishi mumkin.

Yallig‘lanish. Bemor bolalarda zardobdagi yallig‘lanish omillari faolligi oshadi. Jarayon ichaklarda ishemiyadan boshlanadi, natijada to‘qimalar faoliyati so‘nishi va deskvamatsiyasi avj oladi, bakterial invaziya oshadi va yallig‘lanish jarayoni boshlanadi, sitokinlar aktivligi oshadi. Ular probiotiklar va yallig‘lanishga qarshi sitokinlar sonining kamayishiga olib keladi.

Klinikasi. Bola hayotining 1–10 kunlarida o‘tkir yoki kam ko‘rinishlar bilan boshlanadi. Nospetsifik belgilari: Nostabil harorat, apnoe, bradikardiyalar, uyquchanlik, rangining oqarishi, sepsisdan farqlash mushkul. Klassik triada simptomlar: Qorin damlashi, gemokolit, oshqozonda ovqat tutilishi, ichaklar dam bo‘lishi, yo‘g‘on ichak devori qalinlashuvi. Jarayon rivojlanishi: Qorin old devorida qizarish, shish paydo bo‘lishi (7-rasm), ichak tutilishi belgilari, atsidoz, anuriya singari holatlar kuzatiladi.



7-rasm. Yarali nekrotik enterokolitda bemor qorni holati.



8-rasm. Yarali nekrotik enterokolitda ichaklar pnevmatozi va porsiyasi.

Spetsifik belgilari: pnevmatoz, gaz pufakdek ichak devorida joylashganligi, pnevmoperitoneum (qorin bo‘shlig‘ida ozod

havo). Ichak bo'shlig'idagi gazni qorin bo'shlig'idagi gazdan ajratish mushkulligi, portal vena tizimida gazning bo'lishi.

D i a g n o s t i k a s i – sepsisning barcha laborator belgilari xarakterli. Ehtiyojga ko'ra ekmaga olish kerak: qon, siydik, najas. Qonning to'liq tahlili: trombotsitopeniya, koagulogrammada DVS sindromi belgilari, Neytropeniya, leykotsitoz yoki leykopeniya, tromboplastin parsial vaqti uzayishi, giponatriemiya – (suyuqlikning interstitsial to'qimaga o'tishi uchinchi bo'shliqda sekvestratsiyasi). Kislota-ishqoriy muvozanat buzilishlari, metabolik atsidoz, axlat yashirin qon tahlilida musbat natija.

Ultratovushli tekshirish. Portal sistemada gaz bo'lishi, qorin bo'shlig'ida suyuqlikning bo'lishi, qop simptomi.

Klinik belgilariga qarab kasallikning 4 ta bosqichi qabul qilingan.

I Prodromal bosqich – umumiy nostabil holat apnoe ko'rinishida, markaziy nerv sistemasida turli darajadagi qo'zg'alish va so'nishlar, desaturatsiya, degidratatsiya, bradikardiya, meteorizm, qorin dam bo'lishi. Spetsifik rentgenologik o'zgarishlar yo'q.

II Klinik belgilar namoyon bo'lish bosqichi – bemor rangi oqargan, kuchli metabolik atsidoz, progressiv dinamik ichak tutilishi simptomlari, qorin dam bo'lishi va kuchli lokal og'riq (ko'pincha o'ng yonbosh sohada), tez-tez sut bilan o't aralash qusish, tana vaznining kamayishi, ichak tutilishi, axlatda qon, ba'zan axlat suyuq, eksikoz rivojlanadi. Rentgenogrammada spetsifik o'zgarishlar: ichak pnevmatozi, portal vena tizimida gaz.

III Perforatsiyadan oldingi bosqich – klinik ko'rinishlar progressiyalanishi, ichak massalari va o't aralash kofe quyqasiga o'xshash qusish, qorin old devori taranglashgan va og'riqli, ichak peristaltikasi eshitilmaydi, oshqozon ichak trakti parezi simptomatikasi, axlat yo'q yoki qizg'ish qon aralash, toksikoz va degidratatsiya belgilarining kuchayganligi, DVS qo'shilishi, perforatsiya xavfi yoki holati.

IV Perforatsiya va Peritonit bosqichi – peritoneal shok, qorin bo'shlig'idagi havo bo'lishi hisobidagi klinik belgilar, perforativ peritonit belgilari (axlat qusish, qorin dam bo'lishi, qorin old devori tarang va og'riqli, ichak peristaltikasi yo'q. Jigar to'mtoqligi yo'qolgan, axlat va yel chiqishi kuzatilmaydi) degidratatsiya, infeksiya toksikoz, qon aylanishning markazlashuvi simptomlari kuzatiladi.

Parvarish prinsiplari: qoringa teginmaslik, oshqozon-ichak tizimi-da yengillik ta'minlash, enteral oziqlantirishni to'xtatish, parenteral oziqlantirishni boshlash, oshqozon-ichak dekompressiyasi uchun zondlash, kindik tomirlari orqali giperosmolyar preparatlarni qo'yishni to'xtatish. Tinchlik va yaxshi parvarishni ta'minlash. Mo'tadil haroratli muhit yaratish, turli nojo'ya ta'sirlarni bartaraf etish, qulay holatda yotqizish.

Davolash. Yarali nekrotik enterokolitga gumon qilingan bolalarda konservativ davo choralari olib boriladi. Bular: enteral oziqlantirishni to'xtatish, parenteral oziqlantirishni boshlash, yallig'lanishni davolash, yurak-tomir tizimi mo'tadil holatini saqlash, nafas tizimi faoliyatini saqlash, og'riqsizlantirish, elektrolit almashinuvini normallashtirish, o'tkir holatlarni simptomatik davolash.

Operativ davoga ko'rsatmalar: portal venada gazlar, pnevmopéritoneum.

Xirurgik molaja usullari – qorin bo'shlig'i drenaji, laparotomiya.

Operatsiyadan keyingi parvarish: intensiv terapiya, suyuqlik va elektrolitlarga ehtiyojni qoplash, ichaklar dekompressiyasi, parenteral oziqlantirish markaziy qontomir orqali 10–14 kun davomida, antibakterial terapiya, og'riqsizlantirish, enterostoma nazorati va parvarishi, oziqlantirishni tiklash, enterostomani yopish uchun takroriy operatsiyaga tayyorlash (bemor umumiy ahvoliga qarab 4 haftadan 4 oygacha).

BOLALARDA ME'DA–ICHAK TRAKTIDAN QON KETISHI

Me'da–ichak traktidan qon ketishining tasnifi, klinikasi. Bolalarda oshqozon-ichak yo'lidan qon ketish klinikasi o'ziga xos bo'lib, tashxislash murakkab bo'lgan sindrom hisoblanadi, hamda bir necha kasallik va sindromlarni o'z ichiga oladi. Ushbu muammoning yechimi, ko'pincha xirurglarga borib taqalsa ham, bemorlar bevosita 1-darajali tibbiy xodimlarga, tez yordam shifokorlari yoki umumiy amaliyot shifokorlariga murojaat qilishadi. Shuning uchun bolalarda oshqozon-ichak yo'lidan qon ketishi klinikasi hakimlar bilishi lozim va bu holatni davolash uchun to'g'ri yo'naltirishlari kerak.

Bolalarda oshqozon-ichak yoʻlidan qon ketishlari oʻtkir (profuz) va surunkali qon ketishlarga boʻlinadi. Oʻtkir qon ketishi yaqqol klinik belgilar bilan kechishi bemor hayotiga bevosita xavf soladi, tez tibbiy yordam berilishini talab qiladi. Surunkali qon ketishda esa klinik belgilar yaqqol boʻlmasa-da, tibbiy yordam koʻrsatilishi lozim, chunki bunday holatda postgemorragik temir tanqis anemiyasi rivojlanadi. Klinik belgilar namoyon boʻlishi jihatidan bolalarda oshqozon-ichak yoʻlidan qon ketishlari yuqori va pastki qon ketishlariga boʻlinadi. Ular orasidagi anatomik chegara boʻlib, oshqozon pilorik qismi xizmat qiladi. Bunaqa boʻlinishning asosiy sababi qon ketish klinikasi oʻziga xos namoyon boʻlishi hisoblanadi (jadval–№1).

Bolalarda oshqozon-ichak yoʻlidan yuqori qon ketishda qon ketishi, asosan, qon yoki kofe quyqasi bilan qusish, ichi qora oʻtishi melena kuzatilsa (oshqozonga tushgan qon va gemoglobin, oshqozon shirasi tarkibidagi fermentlar taʼsirida uning hosilalariga aylanib, rangi oʻzgaradi), bolalarda oshqozon-ichak yoʻlidan pastki qon ketishida qon yoki kofe quyqasi bilan qusish kuzatilmaydi, axlatida toza, oʻzgarishlarsiz, vena yoki arterial qon boʻlishi kuzatiladi. Juda koʻp qon ketgandagina qon quyqasi kuzatiladi.

1-jadval.

Bolalarda meʼda–ichak yoʻlidan qon ketishi belgilari

Belgilar		Yuqori	Pastki
Qusish	toza qon	+	-
	«laxtakli»	+	-
	«kofe quyqasi»	+	12 b.i. yara kasalligida
Ich kelishi	Oʻzgarishsiz	±	±
	«melena»	+	+
	Arterial	-	+
	Venoz	-	+
	Qon quyqasi	±	+
Klinik belgilar	Teri rangi	Oqargan	Oqargan
	Qon bosimi	Pasaygan	Pasaygan
	Puls	Tezlashgan	Tezlashgan
Laborator	Nv.	Kamaygan	Kamaygan
	Eritrotsitlar	Kamaygan	Kamaygan
	gematokrit	Pasaygan	Pasaygan

Mana shu belgilarga qarab ham qon ketishni qayerdan axtarish kerakligini tushunib olsa ham bo'ladi. Asosiy sabalarini 2-jadval tariqasida keltirdik.

2-jadval.

Bolalarda me'da-ichak yo'lidan qon ketishi sabablari

YUQORI QON KETISHLAR	
Qizilo'ngach	Portal gipertenziya
	Yarali reflyuks – ezofagit
Oshqozon	Mellori–Veys sindromi
	Oshqozon yara kasalligi
	Ezofagal-diafragmal churra

PASTKI QON KETISHLAR

O'n ikki barmoqli ichak	O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi
Ingichka ichak	Mekkel divertikuli
	Ichak ikkilanishlari
	Qontomir displaziyasi (angiomatoz, Radyu–Osler kasalligi)
	Peytts–Egers sindromi
Yo'g'on ichak	Polip va polipozlar
	Nospetsifik yarali kolit
To'g'ri ichak	Polip va polipozlar
	Anus yorilishi
	Eroziv proktit

Portal gipertenziya sindromida qon ketishi – zamonaviy tibbiyotning dolzarb masalalaridan biri hisoblanadi. Portal gipertenziyaning xatarli asoratlari qatoriga qizilo'ngachdan profuz qon oqishi, astit (istisqo) va o'tkir jigar yetishmovchiligi kiradi. Qizilo'ngachdan qon oqishda o'lim 80–90 % ga, kasallik dekompensatsiyasida esa 100 % ga yetadi.

Bolalarda portal gipertenziyada qon ketishlar, asosan, qizilo'ngach varikoz kengaygan venalarida kuzatiladi (1-rasm). Varikoz kengaygan qizilo'ngach venalaridan qon ketishi to'satdan, ko'pincha o'tkir respirator infeksiya fonida boshlanadi, chunki ko'pincha bolalar tana harorati ko'tarilganda ota-onalar va tibbiyot xodimlari bemor tana haroratini tushirish uchun nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar beradi. Ushbu preparatlar bemor tana haroratini tushirishi bilan birga oshqozon-ichak trakti shilliq qavatini yupqalashtirib, antikaogulyant sifatida qon ivish vaqtiga ta'siri natijasida qon ketishi to'xtashiga qarshilik qiladi. Shuning uchun portal gipertenziyasi bor bemorlarga nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar bermaslik kerak. Darhol qon ketishi kuchayib, bemor qon, qon laxtaklari qusa boshlaydi. Qon bir qismi oshqozonga tushib, oshqozon shirasi ta'sirida jigar-rang tusga kiradi, kofe quyqasi bilan ham qusish kuzatiladi. Tezda kamqonlik klinik va laborator belgilari kuzatiladi. Axlat qora tusli, Gregersen reaksiyasi musbat bo'ladi. Tashxis qo'yishda anamnez yordam beradi, chunki bolalarda portal gipertenziyaga, uning natijasida varikoz kengaygan qizilo'ngach tomirlaridan qon ketishiga asosiy sabablar, chaqaloqligidagi kindikdagi yallig'lanish, yoki kindik tomir kateterizatsiyasi sabab bo'ladi.



1-rasm. Portal gipertenziyada qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi.

Davolash. Konservativ muolajalardan boshlanadi. Qon ivish vaqtini yaxshilash, portal tizimda qon bosimini kamaytirish va ketgan qon miqdori o'rnini to'ldirishga qaratiladi.

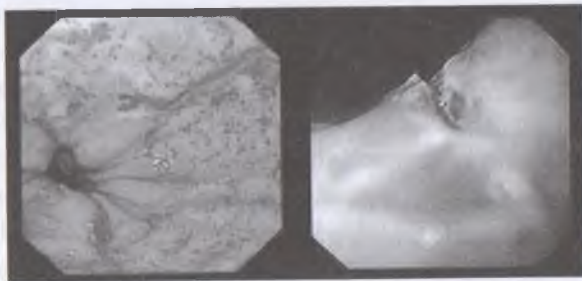
Qon ivish vaqtini yaxshilash uchun ditsinon (etamzilat), kalsiy xlor, glyukonat kalsiy, vikasol, askorbin kislota, epsilonaminkapron kislota, mahalliy-epigastrga muz qo'yish mumkin. Bolalarda Blekmor zondini qo'yish tavsiya etilmaydi (bolalarda psixomotor qo'zg'alish kuchli, psixologik ko'nikishi qiyin)

Portal tizimda qon bosimini kamaytirish uchun pitiutrin yuboriladi, operativ muolajalar qilinadi.

Ketgan qon miqdori o'rnini to'ldirish uchun qon va qon komponentlarini, qon o'rnini bosuvchi preparatlardan foydalanish mumkin.

Konservativ muolajalar 72 soat ichida ijobiy natija bermasa, operativ muolajalar bilan qon ketishi to'xtatilishiga harakat qilinadi. Operatsiya mohiyati-oshqozon va qizilo'ngach venoz portokaval anastamozlarini oshqozon pilorik qismidan ayirishdan iborat.

Mellori-Veys sindromi. Ushbu sindrom qizilo'ngachning oshqozonga o'tish qismi, oshqozon kichik egriligi (*curvatura minor*) shilliq qavati yorilishi va qon ketishi bilan xarakterlanadi (2-a va b rasmlar). Bolalarda ushbu sindrom, asosan, ekzogen zaharlanishlar, ovqatdan zaharlanishlar fonida qusish natijasida shilliq qavat va qontomirlar yorilishi natijasida kuzatiladi. Ushbu sindrom ko'pincha oshqozon kardial jomi (sfinkteri) tonusi yuqori bo'lgan bolalarda uchrashi kuzatilgan.



2-a va b rasmlar.

Mellori-Veys sindromida oshqozon kichik egriligi (*curvatura minor*) shilliq qavati yorilishi va qon ketishi.

Kasallik klinik belgilari portal gipertenziyada qizilo'ngach varikoz kengaygan venoz qontomirlardan qon ketishiga o'xshash bo'lib, bemor qon, qon laxtalari, kofe quyqasi bilan qusish kuzatiladi. Axlati qora tusli melena bo'ladi. Shuning uchun ushbu bemorlar anamnezini yaxshilab o'rganish, portal gipertenziya belgilarini inkor etish lozim.

Kasallik klinik belgilari portal gipertenziyada qizilo'ngach varikoz kengaygan venoz qontomirlardan qon ketishiga o'xshash bo'lib, bemorda qon, qon laxtalari, kofe quyqasi bilan qusish kuzatiladi. Axlati qora tusli melena bo'ladi. Shuning uchun ushbu bemorlar anamnezini yaxshilab o'rganish, portal gipertenziya belgilarini inkor etish lozim.

Davolash. Xuddi portal gipertenziyada qizilo'ngach varikoz kengaygan venoz qontomirlardan qon ketishiga o'xshash bo'lib, faqat pitiutrin berilmaydi. Ezofagogastroskopiya qilinib, faol qon ketish koagulyatsiya yo'li bilan to'xtatiladi. Ushbu choralar yordam bermasa operativ muolajalar laparotomiya, gastrotomiya va qontomirlarni bog'lash amalga oshiriladi.

Bolalarda me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi – keng tarqalgan kasalliklardan bo'lib, jahon xalqlarining 41,2 % ushbu kasallik bilan xastalanadi, yoki har 100 000 aholidan 400 500 tasi bu dardga chalinadi. O'n ikki barmoq ichak yarasi me'da yarasiga nisbatan 12,5 marta ko'p uchraydi. Ushbu kasallikning quyidagi asoratlari kuzatiladi:

- qon ketish;
- perforatsiya;
- penetratsiya;
- perivistserit;
- stenoz va deformatsiya;
- malignizatsiya.

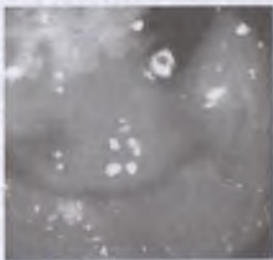
Ushbu asoratlarning barchasi bemor hayotiga xavf tug'diradi, jiddiy yondashuvni talab qiladi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishi

Ushbu kasallikka chalingan 20 % bemorlarda uchraydi. Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishiga 55–75 % hollarda peptik yaralar, 17 % hollarda gemorragik eroziyali gastrit, 11 % hollarda Mellori–Veys sindromi sabab bo'lib, yaqin vaqtlargacha 40 % hollarda bemorni halokatga olib kelardi (Yu. F. Isakov va hammualliflar, 2004). Gastroduodenal qon ketishini o'z vaqtida aniqlab davolash tibbiyotimizning dolzarb vazifalaridan biri. Me'da va ichakdan qon ketishi yuqorida keltirilgan sabablardan tashqari, me'da rakida, jigar sirrozida, qizilo'ngach va me'da venalarining varikoz kengayishi natijasida, qon kasalliklarida (Verlgof kasalligi va gemofiliyada), meda va ichak o'smalarida, qizilo'ngach va ingichka ichak

divertikulida, diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasida, yarali kolitda ham uchraydi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishi aniq klinik belgilarga ega (3-a va b rasm). Shifokorlar shunga asoslanib, qon ketishining darajalarini aniqlaydilar va bemorni konservativ muolaja bilan yoki zarurat bo'lsa, darhol operatsiya qilish yo'li bilan davolaydilar.



3-a va b rasmlar.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishi.

K l i n i k a s i. Bemorning boshi aylanib, ko'zi tinishi, rangi oqarib hushdan ketishi, sovuq ter bosishi, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining pasayishi, organizmning holsizlanib, gemoglobin, eritrotsit va gematokritning hamda aylanuvchi qon hajmining kamayishi qon ketishining umumiy belgilari hisoblanadi. Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishining mahalliy, o'ziga xos belgilari qon qusish va qop-qora najas kelishidan iborat.

Qon to'xtovsiz ketganida qusuq massasi toza qon va ivigan qondan iborat bo'lsa, qon sustroq ketganida ushbu massa jigarrang bo'lib, kofe quyqasi rangini eslatadi. Bu gemoglobinning xlorid kislotasi ta'sirida o'zgarishiga bog'liq. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishiga, ko'pincha og'ir mehnat qilish, kuchli hayajonlanish, spirtli ichimliklar ichish, parhezni buzish hamda infeksiyon kasalliklar olib keladi.

Q i y o s l a s h. Agar me'da yarasidan qon ketishida bemorlarning qon qusishi xarakterli bo'lsa, o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishiga axlatning qop-qora kelishi xos. Yo'g'on ichakdan qon ketganda najas olcharang tus oladi. Bavoasil va anal yoriqdan qon ketganda esa, rangi o'zgarmagan najas ustini qisman och qizil rang qon qoplagan bo'ladi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishini o'pkadan hamda qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishidan

farqlash lozim. O'pkadan qon ketganida bemorning yo'talib qon tupurishi, qonning och qizil rang bo'lib, unda havo ko'piklari aralashib turishi, qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketganda esa bemor jigarida xarakterli o'zgarishlar hamda istisqo kuzatiladi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketganda bemor zudlik bilan jarrohlik bo'limiga yotqizilishi shart. Hatto kasalxonaga olib ketilayotgan vaqtda ham qon ketishini to'xtatuvchi muolaja qo'llanilishi lozim. Bemorning qon bosimi, pulsi, gemoglobin, gematokrit va eritrotsitlar miqdori har ikki soatda qaytadan aniqlanishi kerak. Yaradan qon ketishi aniq bo'lib, konservativ gemostatik muolaja 12–24 soat ichida yordam bermasa, bemorning hayotini saqlab qolish uchun uni operatsiya qilish zarur. Bunday hollarda faqat o'z vaqtida, kechiktirmay qilingan operatsiya bemorni o'limdan saqlab qolishi mumkin.

Peytts–Egers sindromi. Ingichka ichak polipozida ham oshqozon-ichak trakti pastki qismida qon ketish klinik belgilari namoyon bo'ladi. Ushbu sindromda, ba'zan bemor terisida, og'zi atrofida tekis pigmentli dog'lar bo'ladi (Peyts–Egers sindromi). Poliplar bir vaqtning o'zida oshqozon-ichak traktining hamma qismini, ya'ni oshqozon, ingichka va yo'g'on ichaklarini qamrab olishi ham mumkin.

Och va yonbosh ichakdan qon ketishida pastki qon ketish klinik belgilari kuzatilishi, qon ketishiga asosiy sabab, Mekkel divertikuli va ichak ikkilanishlarining asoratlanishi bo'ladi.

Mekkel divertikuli – yonbosh ichak terminal qismida va ileosekal burchakdan 80 sm lar uzoqda bo'lib, uning tubi ichak tutqichiga teskari bo'ladi. Asosan, ponasimon bo'lsa-da, uning tubi ichakka keng yoki ingichka asos bilan birikkan bo'ladi. Embriogenezdada sariqlik yo'lining distal qismi noto'liq bitishi Mekkel divertikuli hosil bo'lishiga asosiy sabab bo'ladi. U uzoq vaqt simptomsiz kechishi mumkin. Asoratlanganda bemor qorni sababsiz og'rishi, o'tkir qorin sindromini, pastki qon ketish klinikalarini berishi mumkin. Mekkel divertikuli yallig'lanishi, shilliq qavati eroziyalanishi, yaraga aylanishi, teshilishi, invaginatsiyaga sabab bo'lishi, undan qon ketishi mumkin. Qon ketish joyi inkor etish va laparoskopik tekshirish natijasida aniqlanadi.

Rendyu–Osler sindromida esa qon ketish manbayini deyarli aniqlab bo‘lmaydi, ushbu sindromda ko‘p miqdordagi teleangioektaziyalar ichakning ichki tomoni shilliq, shilliq ostida, ba’zida nafas yo‘llarida joylashganligi kuzatiladi.

Bolalarda yo‘g‘on va to‘g‘ri ichak polipi, polipozida, nospetsifik yarali kolitda ham pastki qon ketish klinikasi kuzatiladi.

Anus yorilishi (*fissure ani*), asosan, ichi qotadigan qabziyat ko‘p bo‘ladigan bolalarda uchraydi. Bunda qon axlat ustiga sizib chiqadi. Ushbu bolalarda defekatsiya og‘riqli bo‘lib, axlat chiqarishdan qo‘rqadilar. Polip(lar)dan qon ketganida esa og‘riq kuzatilmaydi. Diagnostikasiga bemor anal sohasini diqqat bilan kuzatganda, shilliq qavat buramalari orasida yoriq borligi kuzatiladi. Poliqlar operativ davolansa, fissure ani konservativ davolanadi.

Bolalarda qorinning yopiq shikastlanishlari

Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yopiq jarohatlari barcha jarohatlar orasida eng og‘irlaridan biri hisoblanadi, chunki deyarli barcha hollarda bolalarning o‘limiga sabab bo‘ladi. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yopiq jarohatlari avtotravma, balandlikdan yiqilish, kamdan kam hollarda qoringa yoki biqinga to‘g‘ridan to‘g‘ri zarba natijasida kelib chiqishi mumkin. Jarohatning xarakteri va darajasi ma’lum darajada zarba kuchiga, ta’sir etayotgan joyga va shu sohadagi a‘zoning anatomik joylashuviga bog‘liq. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari jarohati turlicha (lat yeyish, gematomalar, majaqlanishlar va h.k.). Ko‘proq a‘zolarining chegaralangan yorilishlari (52 %) kuzatilsa, ba’zan bir necha a‘zolarining zararlanishi (28 %) yoki unga qo‘shilib kelgan jarohatlar (qorin a‘zolari jarohatlari va tananing boshqa qismlari jarohatlari bilan birga 20 %) ham kuzatiladi. Ko‘pchilik jarohat olgan bolalarni statsionarga shok, o‘tkir qon yo‘qotish simptomlari bilan olib keladilar. Bunday jarohat olgan barcha bemorlarga tezda operatsiya olib boriladi. Ammo har bitta a‘zoning zararlanishi ma’lum bir belgilar bilan kechadi va aniq topik diagnoz qo‘yishga yordam beradi. Bu esa o‘z navbatida eng ratsional operativ kesma va aralashuvni tanlashga imkon beradi.

Taloq jarohati. Taloq jarohati qorin a'zolari yopiq jarohatlari orasida ko'proq uchraydi (50 %), jarohatlarning ko'pchiligi (75 %) ni 6–13 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil qiladi. Klinik kechishiga ko'ra taloq jarohatlari 2 ga bo'linadi:

- chegaralangan jarohatlar (bir momentli, ikki momentli);
- qo'shib kelgan jarohatlar.

Patologoanatomik xarakteriga ko'ra taloq jarohatlari 4 ga bo'linadi:

- yuza (kapsuladagi tirqishlar va yorilishlar);
- kapsula osti gematomalari;
- kapsula va parenxima yorilishlari;
- taloqning tomir tutamidan uzilishi.

K l i n i k a s i. Ko'pchilik mualliflar taloq jarohatlarini tashxis qilish murakkab masala ekanligini ta'kidlashadi.

Taloqning bir momentli chegaralangan jarohati. Jarohatning doimiy belgisi qorindagi og'riq hisoblanadi. Og'riq, asosan, chap qovurg'a osti va epigastral sohaga to'g'ri keladi. Keyinchalik og'riq butun qorinda va qorinning pastki qismiga tarqaladi. Bu, ko'pincha qorin bo'shlig'ining pastki qismlarida qon to'planganligidan dalolat beradi. Og'riq chuqur nafas olganda va harakat paytida kuchayadi. Og'riq chap qo'l (*Ker simptomi*) va kurakka (*Eleker simptomi*) irradiatsiyalanadi. Frenikus simptomi ham musbat. Bola majburiy holatni egallaydi. Aktiv bola birdaniga adinamik bo'lib qoladi. Jarohat olgan joyini bosib yotish bola uchun yengillik tug'diradi. Uni bu holatdan turg'izishga qaratilgan xatti-harakatlar bemorni darhol yana avvalgi holatni egallashga majbur qiladi (*van'ka-vstanka simptomi*). Ba'zi mualliflar taloq jarohatlanishining xarakterli simptomi bo'lib, birlamchi es-hushni yo'qotish deb ta'kidlaydilar, ya'ni bemor jarohat olgan payti es-hushini qisqa vaqt ichida yo'qotadi. Ammo bu holat bolalarda juda kam uchraydi. Ichki qon ketishning belgilaridan biri puls va arterial bosim nisbatan o'zgarmasa-da, teri va shilliq qavatlarning rangparligi hisoblanadi. Nafas olish sistemasi o'zgarishi ko'pchilik bolalarda uchraydi, ya'ni taxipnoe, nafas olish chuqurligining kamayishi (chap qovurg'a ostida og'riq hisobiga). Auskultatsiyada chap o'pkaning pastki bo'limlarida vezikulyar nafasning susayishi eshitiladi. Palpator barcha bemorlarda chap qovurg'a ostida va

epigastral sohada og'riq kuzatiladi. Kamdan-kam hollarda og'riq butun qorinni egallashi yoki o'ng qovurg'a sohasida bo'lishi mumkin. Jarohat olgandan ko'p o'tmay qorin mushaklarining biroz taranglashishini sezish mumkin, ko'pincha chap qovurg'a osti mushaklari, kamdan kam butun qorin mushaklari taranglashadi. Perkussiyada jarohat olgandan bir soat o'tar-o'tmas qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik borligi aniqlanadi. O'z navbatida, o'sha sohada perkutor tovush to'mtoqlashadi. Ammo bemorni o'ng biqinga yotqizganda va chap yon biqin perkussiya qilinganda perkutor tovush to'mtoqligicha qoladi, chunki jarohatdan keyin ivigan qon o'sha sohada quyuqlashib qolishi mumkin (Joys simptomi). Bemor qorin old devori mushaklari taranglashganligini va lokal og'riqni aniqlash uchun kaftning to'rttala barmog'i bilan qovurg'alar yoyi orqa tomondan ushlanib, qorin old tomonidan bosh barmoq bilan ohista qorin chuqur palpatsiya qilindi (*Vaynert simptomi*). Taloq jarohatlanganida o'ngdan qovurg'a osti og'riqli, yumshoq to'qimalar rezistentligining oshganligi, ba'zida esa dag'allashganligi aniqlanadi. Barcha bemorlarda rektal barmoq bilan tekshirish o'tkaziladi. Bunda kichik chanoq bo'shlig'ida qon to'planganligi tufayli og'riq seziladi. Jarohat olgandan keyin 1-soatlarda tekshirib ko'rilganda bemorda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori uncha o'zgarmaydi. Chunki birinchidan, qorin bo'shlig'iga tomirlardagi qon emas, balki, taloqning o'zidagi depo qon quyiladi. Ikkinchidan, jarohatlangan tomirlar spazm berib, qorin bo'shlig'iga quyilgan qon trombg'a aylanib, nisbatan qon ketishi to'xtaydi. Ko'proq ma'lumotni qon tahlili beradi. Ko'pchilik bemorlarda leykotsitlar miqdori jarohat olgandan 6 soat o'tgach oshgan bo'ladi, keyinchalik leykotsitlar miqdori 1 sutka o'tgach kamayib, normagacha tushadi. Leykotsitar formula chapga siljigan bo'ladi. EChT jarohat olgandan 1-soatlarida o'zgarmaydi, lekin 2-sutkadan boshlab osha boradi. Rentgenologik tekshiruvni, asosan, taloq jarohatini kovak a'zolar jarohati bilan qiyosiy taqqoslash o'tkazish maqsadidagina olib boriladi (erkin gaz bor yo'qligini bilish uchun). Taloq jarohatlanishida rentgenologik belgilar mavjud bo'lib, diafragma gumbazi harakatining cheklanganligi va chapdan qovurg'a – diafragmal sinusning qayrilishi ko'rinadi. Ba'zan esa qorin bo'shlig'ining chap tomonida odatdagidan ko'ra ko'proq soyaning quyuqlashishi ko'rinadi.

Davolash. Operativ – operatsiyaga tayyorlash bemorni medikamentozga narkoz yuvorishga tayyorlashdan boshlanadi. Bemor qorin bo'shlig'i operatsiyadan oldin vena ichiga 250–300 ml konser-virlangan qon quyilgan bo'lishi kerak. Qon quyish bilan birga intu-batsion usul bilan narkoz berish boshlanadi. Operatsion yo'l taloqning chegaralangan bir momentli jarohatlarida chap tomondan egri chiziq kesma bilan olib boriladi. Qo'shib kelgan jarohatlarda yuqori o'rta laparotomiya qilinadi, keyinchalik kerak bo'lganda qo'shimcha yon kesma qilinadi. Agar taloq kapsulasining yirtilishlari bo'lsa ular tikiladi. Agar taloq tomir oyoqchasidan uzilgan bo'lsa, taloq qorin bo'shlig'idan chiqarilib, tomirlar bog'lanadi. Agar taloq parenximasi majaqlangan bo'lsa, splenektomiya rejalashtiriladi, bolalarda mak-simal darajada a'zo saqlovchi operatsiyalar o'tkazilishi lozim.

Jigar jarohati – ko'pincha yiqilgan paytda o'sha joyga tushgan zarb natijasida yuzaga keladi va turli yoshda uchraydi, asosan, 6–12 yoshgacha. Jarohatdan keyin jigar parenximasi va uning mayin devor-li tomirlari spazmga uchramaydi, bu esa kuchli va intensiv qon ketishi bilan xarakterlanadi. O't yo'llarining zararlanishi natijasida chiqayot-gan o't esa qonning ivishiga xalaqit beradi, bu bemorda ko'p qon keti-shi va uzoq vaqt to'xtamasligiga sabab bo'ladi. Jigarning pastki yuzasi jarohatlanganda qon ketish juda intensiv bo'ladi, chunki darvoza venasi-niing asosiy tomirlari shu sohadan kiradi. Bo'lak va segmentar tomirlar-niing yirtilishi devitalizatsiyaga, shuningdek, shu tomirni qon bilan ta'minlagan jigar qismlarining nekrozi, sekvestratsiyasiga olib keladi.

Jigarning jarohatlari quyidagi 3 guruhga bo'linadi:

1. Kapsula osti gematomalar. Gematomalar, asosan, jigarning dia-fragmal yuzasida yuzaga keladi. Bunda jarohatlangan qon tomir va o't yo'llarining jarohatlanishi natijasida kapsula parenximadan ajrala-di va orasida qon va o't to'planadi. Keyinchalik, kapsula yorilishi ham mumkin.

2. Kapsula zararlanishi bilan kechuvchi jigar parenximasining yir-tilishi – jarohat bir yoki undan ko'proq, chiziqli yoki yulduzsimon, qirralari tekis yoki majaqlangan bo'lishi mumkin.

3. Jigarning markaziy jarohatlari jigar parenximasining markazida joylashgan bo'ladi, bunda o'sha sohada qon va o't to'planib qola-di. Keyinchalik markaziy gematomalar hosil bo'lib, jigarda chan-

diqlanishlar, jigar sirrozi, postravmatik kistalar hosil bo'lishi yoki gematomaning yiringlab, absess hosil bo'lishiga olib keladi.

Jigar jarohatlarini jarohat chuqurligi va davomiyligiga qarab 3 darajaga bo'lish mumkin:

1-daraja – yuza tirqishlar va tiralishlar;

2-daraja – a'zo qalinligining yarmigacha bo'lgan yorilishlar;

3-daraja – a'zo yarmidan ko'p qismining yorilishlari, jigar segmentlarining nekrozi va sekvestratsiyasi.

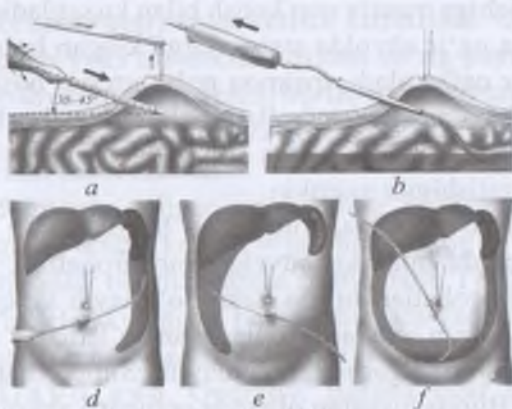
K l i n i k a s i. Ko'pchilik holatlarda jigar jarohati olgan bemorning umumiy ahvoli og'ir deb baholanadi. Bolalar statsionarga hushini yo'qotgan holda yoki shok belgilari bilan kelishi mumkin. Nisbatan kam hollarda bemor o'zini qoniqlik ahvolda yoki ahvolidan yaxshilanayotganini aytadi. Asosiy simptomlaridan biri – bu qorindagi doimiy og'riq. Og'riq, asosan, o'ng qovurg'a ostida yoki qorinning o'ng yarmida, kamdan kam hollarda butun qorinda bo'ladi. Jigardagi jarohat lokalizatsiyasi og'riqning tarqalishida rol o'ynaydi. Jigar gumbazining chegaralangan jarohatida og'riq o'ng ko'krak qafasi pastki segmentlarida aniqlanadi. A'zoning dorsal yuzasi yoki tojsimon boylamdan uzilishi paytida og'riq, bel sohasiga tarqaladi, pastki yuzasi jarohatlanganda esa kindikka yaqin sohaga tarqaladi, qon va o't suyuqliklari o'ng yon kanal bo'ylab oqib kichik chanoq bo'shlig'iga va o'ng yonbosh sohasiga borib to'planadi, lokal qorin parda ta'sirlanishini yuzaga keltiradi. Ko'ngil aynishi va qayt qilish jarohatdan keyin tez orada paydo bo'ladi, keyinchalik bemor o'rnidan turmoqchi bo'lganida paydo bo'ladi (*ortostatik kollaps*). Kamdan kam bemorlar kofe quyqasiga o'xshash qusadilar. Jigar jarohatida majburiy holatni bolalar kamdan kam hollarda egallaydilar. Kasalxonaga keltirilgan olti nafar bemor bolada majburiy holat kuzatilgan, shulardan beshtasi o'ng yonboshda oyoqlarini qorniga tortib yotgan, bittasida esa van'ka-vstanka simptomi kuzatildi. Teri va shilliq qavatlar rangpar. Bola qanchalik yosh bo'lsa shunchalik burun-og'iz uchburchagida sianoz kuzatilishi mumkin. Teri va shilliq qavatlar sariqligi jarohatdan bir necha kun o'tgandan keyin paydo bo'ladi, ammo yaqqol ma'lum bo'lmaydi. Sariqlikning sabablari: postravmatik gepatit, o'tning qorin parda tomonidan so'rilishi yoki mexanik sariqlik, ya'ni o't yo'llarining gemobiliya paytida qon quyqasi bilan

bekilib qolishidir. Taxipnoe jigar jarohatini olgan barcha bolalarda uchraydi. Puls ko‘pincha tezlashgan, kamdan kam hollarda sekinlashgan bo‘ladi. Sekinlashgan pulsning arterial bosimning pasayishi fonida kelishi yomon belgi hisoblanadi. Qorinni obyektiv ko‘rganda e‘tiborli bo‘lish lozim. Teridagi shilinish, qon quyilishlarni alohida e‘tiborga olish kerak. Ularning lokalizatsiyasi o‘ng ko‘krak qafasi pastki qismi va qorinning o‘ng kvadrantida joylashuvi jigar jarohatlanganligidan dalolat beradi. Qorin palpatsiyasini qorinning pastki qismlaridan boshlash lozim. Og‘riqni deyarli barcha bolalarda kuzatish mumkin (hushsiz bolalardan tashqari), ayniqsa, qorinning o‘ng yarmida, o‘ng qovurg‘a ostida va epigastral sohada bo‘ladi. Kindik simptomi – kindikni bosib ko‘rilganda keskin og‘riq sezgisi bo‘lishi, u yumaloq boylamning tortilishi natijasida yuzaga chiqadi. Kulenkamf simptomi qorin palpatsiyada og‘riqli, lekin taranglashish belgilari yo‘q bo‘lishi jigar jarohati olgan hamma bolalarda uchrayvermaydi. Qorin mushaklarining taranglashishi bolalarda jigar jarohat olgan paytning birinchi soatlarida paydo bo‘ladi. Taranglashish butun qorin oldi devorini egallashi mumkin. Bir necha soatlar o‘tgach taranglashish kuchsizlanib, faqat o‘ng qovurg‘a ostida qolishi yoki yo‘qolishi mumkin. Keyinchalik ichaklar parezi natijasida qorin dam bo‘lishini kuzatish mumkin, bunday paytda perkussiyada timpanik tovush eshitiladi, travma olgach birinchi soatlarda to‘mtqlik eshitiladi.

Rentgenologik tekshiruv jigar jarohatini aniqlashda muhim ahamiyat kasb etishi mumkin. Jigar jarohatining bir belgisi bu o‘ng diafragma gumbazi harakatining chegaralanganligi hisoblanadi. Yana bir rentgenologik belgilardan biri – bu qorinparda bo‘shlig‘iga qon quyilgan paytda qorinning o‘ng tomonida qorong‘ilashish kuzatiladi. Bunda paytda yo‘g‘on ichakning o‘ng yarmi qorinning o‘rta chizig‘iga siljiydi. Jigar jarohatlanishining kovak a‘zo zararlanishi bilan qo‘shilib kelishi diafragma ostida havo to‘planishi va bola holatini o‘zgartirganda birga o‘zgaradigan suyuqlik sathi ko‘rinadi.

Laparosentez – ichki qon ketganligi mavhum bo‘lganda diagnostik va davolash maqsadida o‘tkaziladigan muolaja hisoblanib, u umumiy og‘riqsizlantish ostida bajariladi (1-rasm). Qorinning o‘rta chizig‘i bo‘ylab kindikdan pastda 1 sm masofada skalpel bilan teri ko‘ndalangiga kesiladi.

Ichak ipi bilan kesuvchi ignada teri jarohatining yuqori qirg'og'i tikiladi va qorinning oldingi devorini konussimon shaklida ko'tarib turib, ipdan tutqich sifatida foydalaniladi (1-a rasm).



1-a; b; d; e va f rasmlar. Laparosentez bosqichlari.

Teri va teri osti klechatkadagi jarohat orqali aponevrozga troakar olib kelinadi va aylanma harakatlar bilan yuqori va birmuncha chetroq yo'nalishda tushib ketgandek sezgi bo'lgunga qadar kiritiladi (1-a rasm).

Agar skelet chiqarib olingandan keyin troakar nayi bo'ylab qorin bo'shlig'idan qon yoki eksudat o't bilan bo'yalgan suyuqlik oqib chiqa boshlasa, qorin bo'shlig'i a'zolari jarohatlanganiga shubha qilinadi (1-b rasm).

Agar qayta suyuqlik bo'lmasa, nay orqali qorin bo'shlig'iga diametri 3–4 mm keladigan 10–15 ta teshikcha bo'lgan xlorvinilli kateter kiritiladi. Kateter o'ngga va yuqori tomon (jigar chapga va yuqoriga taloqqa mutlaqo chapga, pastga va o'ngga yuboriladi (1-d; e va f rasmlar).

Kateterni tejamlı zondga kirita turib, u orqali har gal qorin bo'shlig'iga shprits bilan 20–40 ml novokain yoki NaCl izotonik eritmasi yuboriladi, so'ngra shu shpritsning o'zi bilan eritma yana qaytib, so'rib olinadi.

Laborator o'zgarishlar yordamchi ahamiyatga ega. Katta klinik ahamiyatga gematokrit ko'rsatkichlar ega. Eritrotsitlar hajmining kamayishi va gematokrit ko'rsatkichlarning pasayishi jigar jarohatidan dalolat beruvchi asosiy kriteriy bo'lib hisoblanadi. Leykotsitar reaksiya jarohatdan birinchi 10 soat o'tgach oshadi.

Simptomlarning paydo bo'lish darajasi qon yo'qotish miqdori bilan bog'liq. Klinik surati va kasallik kechishiga qarab jigar jarohatlarining 5 ta guruhi mavjud:

1-guruh – qorinparda ichiga massiv qon ketish bilan kuzatiladigan tipik kechuvi. Bu guruhga og'ir ahvolda statsionarga kelgan bolalar kiradi. Ular yuzaki tez-tez nafas oladi, ipsimon puls, arterial bosimning keskin pasayishi bilan ba'zan keskin kollaps belgilari, es-hushini yo'qotgan bo'ladi. Bularda qorinparda ichiga qon ketishining barcha simptomokompleksini kuzatishimiz mumkin.

2-guruh – qorinparda bo'shlig'iga qon ketish belgilarining birin-ketinlik bilan o'sib borishi bilan kechuvchi jigar jarohatlari. Bu guruhdagi bolalarda jigar jarohatlari uncha katta bo'lmaydi va qontomir bilan kamroq ta'minlangan sohalarida joylashgan bo'ladi. Ba'zan diafragma jigarga yaqinlashib, jigarni tamponlaydi. Simptomatika sekinlik bilan rivojlanadi. Bunda nisbatan olganda qoniqarli ahvol bir necha sutka davom etadi, keyinchalik qorin parda ichiga qon ketish belgilari kuzatiladi, arterial bosim pasayib ketadi, Shyotkin–Blyumberg simptomi musbat bo'ladi, leykotsitoz, gemoglobin miqdori pasayadi, gematokrit miqdori pasayadi.

3-guruh – jigarning kapsula osti gematomalari. Jigar jarohatining bu turi 2 fazali kechish xarakteriga ega. Statsionarda bolalarning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi, arterial bosimi normal, puls va nafas soni biroz tezlashgan bo'lishi mumkin. Og'riq bir xil intensivlikda doimiy bo'lib, ko'pincha o'ng qovurg'a ostida joylashgan bo'ladi, shu sohada mushaklar taranglashishi ham kuzatiladi. Palpatsiyada va perkussiyada jigar o'lchamlarini aniqlash mumkin. Keyinchalik bolaning qorni yumshoq bo'ladi, ahvoli yaxshilanadi, faqatgina lokal biroz og'riq bo'lishi mumkin. Bolaning bunday ahvoli bir necha haftalargacha davom etishi mumkin. Keyinchalik, xuddi shunday qoniqarli ahvol fonida bemor bolada anemiya rivojlanib boradi, teri va shilliq qavatlar ikterikligi belgilari paydo bo'lishi mumkin. Keyin birdaniga jigar kapsulasi ingichkalashib yoriladi va gematoma qorin bo'shlig'iga quyiladi, qorinparda ichiga qon quyilishning yaqqol simptomokompleksi rivojlanadi.

4-guruh – jigarning markaziy yorilishlari, u gemobiliya bilan xarakterlanadi. 2 fazali kechish xarakteriga ega. Birinchi fazasi

kapsula osti gematomalaridagidek kechadi. 2-fazasida markaziy gematoma o't yo'llariga yoriladi va oshqozon-ichak traktidan qon ketish bilan xarakterlanadi, bunda qon qusish va qoraqumday (deg-teobrazniy stul) axlat ketishi kuzatiladi. Gemobiliya bir necha soat o'tgach yoki bir necha kundan so'ng paydo bo'lishi mumkin. Gemobiliyaning darakchisi bo'lib o'ng qovurg'a ostida to'mtoq og'riqlar, yengil ikteriklik va jigar o'lchamining har vaqtda kattalashib borishi hisoblanadi.

5-guruh – jigar jarohatining boshqa a'zolar zararlanishi bilan birga qo'shib kelishi – jarohatning og'ir turi hisoblanadi. Shok va kamqonlik belgilari tezda rivojlanadi. Topik diagnozni aniqlash juda qiyin. Biz kuzatgan bolalar orasida faqat bittasida operatsiyagacha jigar va ichak jarohati diagnozi to'g'ri qo'yildi.

Davolash. Operativ. Barcha jigar jarohatlarida asosiy maqsadlaridan biri – bu qon ketishini to'xtatish va jarohat qirralaridagi o'lik to'qimalarni tozalash, shuningdek, qon va o't suyuqligi bilan ta'minlanishi buzilgan segmentlari va bo'laklarini olib tashlash. Reviziya qilib, taxminan jigar jarohati lokalizatsiyasi, jigar bo'laklari va segmentar lokalizatsiyasini hisobga olgan holda laparatomiya tanlanadi. Jarohat og'irligi ham baholanadi. Kuchli qon ketayotgan paytda vaqtinchalik (10 daqiqadan ko'p emas) jigar o'n ikki barmoqli ichak boylami nippel ushlagichi bilan qisib qo'yiladi. Chuqur yoriqlar bo'lganda, shuningdek, a'zo pastki yuzasining uncha katta bo'lmagan jarohatlarida, jigarning katta qontomirlar kiradigan sohasidan (pufak orqali) xolangiografiya va (kindik orqali) portografiya qilinadi (bunda kiritilgan kateter olib tashlanmaydi va operatsiya paytida infuziya uchun qo'llaniladi). Jarohat jigarning qirralarida joylashishi yoki diafragma yuzasida joylashishi paytida o'sha sohada qontomirlar va o't yo'llari bo'lmaydi va bunday paytda intraoperatsion xolangiografiya va portografiya qilinmaydi. Jigarga choklar qo'yish faqatgina jarohat sohasida parenxima majaqlanishi belgilari va a'zo ichi naysimon strukturalarining jarohatlari bo'lmagandagina amalga oshirish mumkin. Ko'pincha Kuznetsov–Penskiy va Jordano metodikasi bo'yicha chok qo'yiladi. Oldindan jarohat sohasi gemostatik gubka bilan ta'minlanadi.

Buyrak va siydik chiqarish a'zolarining shikastlanishlari

Buyrak va qorin bo'shlig'i ichki a'zolarining yopiq shikastlanishlari: Bolalarning buyrak va siydik chiqarish yo'llari shikastlanishi nisbatan tez-tez uchraydi. Bular orasida birinchi o'rinni buyrakning yopiq shikastlanishi egallaydi. Ikkinchi o'rinda siydik chiqarish kanali va yorg'oq a'zolari turadi. Nisbatan kam shikastlanish qovuqda, siydik naylarida esa onda-sonda kuzatiladi. Maktab yoshidagi o'g'il bolalar nisbatan ko'proq shikastlanadilar. Ko'chada shikastlanish birinchi o'rinda tursa, ikkinchi o'rinda kundalik turmushdagi va sport bilan shug'ullanish natijasida shikastlanishlar turadi. Keyingi yillarda avtomobil transporti harakatlari ko'paygani sababli bu turdagi shikastlanishlar ham ancha ko'paydi.

Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar. Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar (A. T. Po'latovning 1973-yil ma'lumotlariga ko'ra), ko'krak, qorin va biqin sohalari shikastlangan bemorlarning 15–23 % ini tashkil qiladi. Buyrakning yopiq shikastlanishi shiklastantiruvchi kuchning bel sohasiga bevosita ta'siri hamda yiqilganda yoki sakraganda keskin ravishda buyrak holatining o'zgarishidan kelib chiqadi. Buyrak shikastlanishi mexanizmida gidrodinamik ta'sirning ahamiyati bor. Ma'lumki, buyrak qontomirlar bilan yaxshi ta'minlangan a'zolar qatoriga kiradi. Uning kosachalarida va jomida doimo siydik bo'ladi. To'satdan bo'lgan urilish, chayqalish natijasida suyuqlik ta'siridan radiar yorilishlar yoki parchalanishlar yuzaga keladi.

Buyrak shikastlanishida urilishning kuchi, uning qaysi qismiga tegishi, buyrak atrofi biriktiruvchi to'qimasi hamda mushaklarining rivoji katta ahamiyatga ega. Buyrakda avvaldan patologik o'zgarishlar bo'lsa (gidronefroz, pionefroz, o'sma, distopiya, taqasimon buyrak va h.k.), kuchsiz urilishdan ham katta shikastlanish kelib chiqishi mumkin. Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar quyidagi guruhlariga bo'linadi:

1. Buyrak pardasi va atrof to'qimasining shikastlanishi.
2. Kosachalar va jomiga yetmagan parda osti yorilishi.
3. Kosachalar va jomga yetgan parda va parenximasining yorilishi.
4. Buyrakning majaqlanishi.
5. Buyrakning uzilishi.

K l i n i k a s i. Klinik belgisi ko'p qirrali bo'lib, bir necha simptomlarning bir-biri bilan bog'lanishi natijasida paydo bo'ladi. Ko'pincha, og'riq, peritoneal belgilar, mahalliy shish va gematuriya kuzatiladi. Og'riq simillagan tusda bo'lib, yo'talganda, qimirlaganda, shikastlangan joy paypaslanganida kuchayadi. Ayrim hollarda o'tkir bo'lib, xuddi sanchuvchi og'riqdek chov kanaliga, tashqi jinsiy a'zolarga berilishi ham mumkin. Bu hol ko'pincha siydik yo'llariga ivigan qon laxtalari tiqilib qolganida aniqlanadi. Og'riq ko'p hollarda mushaklar taranglashuvi va qorin pardaning ta'sirlanishi tufayli ro'y beradi. Shikastlanishning 2–3-kunlarida mushaklar bo'shashadi va buyrak sohasi bel tomondan bo'rtib chiqishi mumkin. Bu paranefral to'qimada gematoma to'planganining oqibatidir. Kichik yoshdagi bolalarda qon va ba'zan siydik buyrak atrof to'qimasida to'planib, paranefrit belgisini berishi yoki qorin bo'shlig'iga o'tib, peritonitga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pgina hollarda urogematoma biriktiruvchi to'qimani fibrozga aylantirib, piyeloureteral zonaning deformatsiya bo'lishiga va urodinamikaning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bemorlarda ikkilamchi piyelonefrit boshlanib, ularning ahvoli ancha og'irlashadi.

Gematuriya asosiy simptomlardan bo'lib, u har xil intensivlikda (mikrogematuriyadan to ko'p qon oqishigacha) namoyon bo'ladi. Bu buyrak shikastlanishining og'irligidan darak bermaydi. Buyrak majaqlanganda va uzilganda gematuriya juda arziyas yoki ivigan qon evaziga siydik yo'lining obturatsiyalanishidan umuman bo'lmasligi ham mumkin. Bunga buyrakda shikastlanish oqibatida reflektor oligoanuriya va shok natijasida diurezning pasayishi ham asosiy sabab bo'lishi mumkin. Uzoq muddat davom etadigan gematuriya, odatda buyrak parda osti shikastlanganda aniqlanadi. Intensiv gematuriya bo'lganda yoki qorinparda orqa qismiga qon to'planganda ichki qon ketishning belgilari (anemianing zo'rayishi, arteriya qon bosimining pasayishi, tomir urishining tezlashuvi) paydo bo'ladi. Ayrim hollarda kechikkan gematuriya (shikastlanishdan 8–10 kun keyin) kuzatiladi. Bunga uzilgan qontomiriga tiqilib qolgan tromblarning joyidan ko'chishi sabab bo'ladi. Bunday hol, ba'zan qizg'ish siydik tutilishiga ham olib keladi. Kateter yordamida bu qonni qovuqdan chiqarib bo'lmaydi, shuning uchun ayrim hollarda operat-

siya qilishga ham to'g'ri keladi. Kichik yoshdagi bolalarda buyrak shikastlanishiga aloqasi bo'lmagan ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorin dam bo'lishi, peritonit, tana haroratining ko'tarilishi kabi belgilar ham qayd etiladi. Buyrak arteriyasi va venalar shikastlanganda bemorning ahvoli tobora og'irlashaveradi. Qon bosimi pasayib, bemor shok holatiga tushishi ham mumkin.

Diagnostikasi. Buyrak shikastlanishiga tashxis qo'yish deyarli qiyinchilik tug'dirmaydi. U anamnez ma'lumotlariga hamda obyektiv ko'rishga asoslanadi. Shuningdek, bunda rentgen tekshiruvi hal qiluvchi rol o'ynaydi. Tasviriy urogrammada shikastlangan buyrak va bel mushaklarining sirtqi chizig'i ko'rinmay, faqat gomogen soya ko'rinadi.

Yuqoridagi belgilarga asoslanib, buyrak shikastlanishining turi va og'irlik darajasini aniqlash qiyin. Shu sababli bemorni shok yoki kollapsdan chiqargach, tashxisni aniqlash maqsadida ekskretor urografiya qilish shart. Bu tekshirish 95 % hollarda tashxisni to'g'ri qo'yishga yordam beradi.

Davolash. Bemorni albatta shifoxonaga yotqizish shart. Bemorning hayoti uchun xavfli bo'lgan kuchli qon ketishi shoshilinch operatsiya qilishga asos bo'ladi. Operatsiya oldidan kontrlateral buyrakning bor yoki yo'qligini aniqlash lozim. Agar qon ketishi juda shiddatli bo'lsa-yu, kontrlateral buyrakning funksiyasini aniqlashga yetarli fursat bo'lmasa, shikastlangan buyrak qontomirini barmoqlar bilan yoki asboblardan yordamida qisib, qon ketish to'xtatiladi va kontrlateral buyrak tekshirib ko'riladi. Qon ketish kuchli bo'lmasa, bemorda konservativ terapiya o'tkazish jarayonida shikastlanish turini aniqlash kerak.

Konservativ terapiyada bemorlar 10–15 kun davomida to'shakda yotadilar. Ularga og'riqsizlantiruvchi, qon ketishni to'xtatuvchi moddalar yuboriladi, antibiotikoterapiya buyuriladi. Gematuriya bo'lmay, odatdagidek buyrak funksiyasi tiklansa, bemor shifoxonadan chiqarilib, dispanser kuzatuv nazoratiga olinadi. Agar qon ketish to'xtamasa, operatsiya qilinadi, bunda doimo buyrakni saqlab qolishga harakat qilinadi. Buyrakning shikastlangan qismini rezeksiya qilish ham mumkin. Buyrakning yashashga qobiliyati yo'qligiga to'liq va mutloq ishonch bo'lgan taqdirdagina nefrektomiya bajariladi.

Qovuqning shikastlanishi. Bolalarda qovuqning shikastlanishi nisbatan kam uchraydi. Shikastlanishga, asosan, transport, sport va turmushdagi noxush hodisalar sabab bo'ladi. Qovuq shikastlanishida nafaqat shikast beruvchi kuch, balki shu vaqtda qovuqning siydik bilan to'lgan yoki to'lmaganligi ham katta ahamiyatga ega. Ochiq va yopiq shikastlanishlar farq qilinadi. Qovuq shikastlanishining qorin parda ichi yoki tashqarisi hamda aralash turlari bo'lishi mumkin. Qovuqning shikastlanish joyiga qarab qovuq tanasi, qovuq tubi, qovuq bo'yni, qovuq tepasi, qovuq uchburchagi shikastlanishlari tafovut qilinadi. Bunday shikastlanish ko'pincha tos suyagi singanda qayd etiladi.

Klinika si. Shikastlanishning dastlabki soatlarida, asosan, tos suyaklarining sinishi va qorin bo'shlig'idagi a'zolarining shikastlanishi (agar bo'lsa) bilan bog'liq bo'ladi. Agar shok bo'lmasa, asosan, qorin pastida doimiy kuchli og'riq, to'xtovsiz siydik qistashi, ammo buning ilojini qila olmaslik singari belgilar aniqlanadi. Ayrim hollarda siydik oz miqdorda chiqishi yoki tomchilashi mumkin. Siydikda doimo qon bo'ladi. Biroq qon qisqa yoki uzoq muddat ketishi ham mumkin. Qovuqning qorinpardadan tashqaridagi shikastlanishi bo'lsa, siydik tos suyagi ichidagi biriktiruvchi to'qimaga tarqalib, qorin devorining pastki qismida infiltrat yoki shish paydo bo'ladi. To'g'ri ichak orqali tekshirganda yuqoridagi belgilar tasdiqlanadi. Shikastlanishdan bir necha soat o'tgach, bemorning oraliq qismida (yorg'oq, diloq) shish yuzaga keladi.

Qovuqning qorinparda ichki qismi shikastlanganda og'riq qorin sohasida bo'ladi. Siydikning qorin bo'shlig'iga tushishi natijasida bemorda siydik qistashi tuyg'usi bo'lmaydi. Bolalarning umumiy ahvoli tezda og'irlashib, siydik peritoniti belgilari yuzaga keladi. Qorin devori taranglashib, paypaslanganda og'riq Shyotkin-Blyumberg simptomi aniqlanadi. Qorin bo'shlig'ining yonbosh sohasi perkussiya qilinsa, u yerda suyuqlik seziladi. Rektumni tekshirganda to'g'ri ichak devorining osilib turishi kuzatiladi. Agarda qovuqda shikastlanish teshigi kichik bo'lsa, u ichak halqalari yoki charvi bilan yopilishi mumkin va peritonitning klinik belgilari unchalik aniq bo'lmaydi. Biroq bu vaqtinchalik holat bo'lib, teshik takroran ochilishi va peritonit rivojlanishi mumkin.

D i a g n o s t i k a s i. Qovuq shikastlanishini aniqlashda qovuqni kateterlash ko‘pincha hal qiluvchi rol o‘ynaydi, degan fikrlar mavjud. Biroq kateterlash mahalida qovuqda siydik bo‘lmasligi yoki bir necha tomchi qonli siydik chiqishi mumkin. Asosiy tashxis usuli kontrastli sistografiya hisoblanadi. Sistografiyani ikki proyeksiyada bajarish lozim. Bu tekshirish usuli yordamida nafaqat shu qovuqning shikastlanishi, balki uning qorin parda ichiga yoki tashqi tomoniga yorilgan yoki yorilmaganligini ham aniqlash mumkin. Kontrast modda qorin bo‘shlig‘i yoki to‘qima ichida qolmasligi uchun sistografiyani operatsiya oldidan bajarish maqsadga muvofiqdir.

D a v o l a s h. Kasallik operatsiya yo‘li bilan davolanadi. Davolashning natijasi uning o‘z vaqtida bajarilishiga bog‘liq. Operatsiya bemorni shokdan chiqargach yoki qisqa muddatli tayyorgarlikdan so‘ng bajariladi. Agar bemor shifoxonaga kechikib keltirilgan bo‘lsa, operatsiyadan oldin va keyin dezintoksikatsion terapiya o‘tkaziladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik 3–4 soatdan oshmasligi lozim. Operatsiyadan maqsad, avvalo, shikastlangan sohani siydikdan va ivigan qondan tozalash, qovuq jarohatiga ikki qavat qilib, ketkut chokklarini qo‘yish va nihoyat, qovuqni drenajlashdan iborat. Agar qovuq teshigi qorinparda ichiga ochilgan bo‘lsa, qorin bo‘shlig‘ini siydikdan tozalash va yonbosh kanallarda drenaj naychalarini qoldirish lozim. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda antibiotikoterapiya, shu jumladan regional limfatik antibiotikoterapiya o‘tkaziladi.

Uretraning shikastlanishi. Bunday shikastlanish yiqilish natijasida bolalarning oraliq qismi qattiq tor buyumga (devor, taxta, sport anjomlariga) urilishidan kelib chiqadi. Undan tashqari, uretraning membranoz va prostata qismlarining shikastlanishi tos suyaklari singanda, ayniqsa, ko‘p uchraydi. Shikastlanish darajasiga nisbatan qisman (uretra kanalining ayrim qavatlari) va to‘liq (barcha qavatlari) bo‘ladi. To‘liq shikastlanishda siydik atrof to‘qimalarga tarqaladi. Siydik chiqarish kanali shikastlanishi klinikasi shikast joyiga bog‘liq.

K l i n i k a s i. Agar uretra shikastlanishi tos suyaklari sinishi tufayli ro‘y bergan bo‘lsa, suyak sinishi belgilari birinchi o‘ringa chiqadi. Agar uretraning faqat o‘zi shikastlangan bo‘lsa, oraliq va yorg‘oq sohasida

qattiq og'riq bo'ladi. Siydik birdaniga tutiladi yoki qon aralash keladi. Uretradan faqat qon kelishi mumkin. Siydik chiqmasligidan qovuq kengayib, bemor siygisi keladi. Ammo bemor buning ilojini qila olmaydi. Uretradan qon shikastlangan zahoti yoki birinchi marta siydik kelganda oqishi mumkin.

Diagnostikasi. Tashxis qo'yish maqsadida uretraga kateter kiritish mumkin emas. Chunki bunda uretra qo'shimcha ravishda yana shikastlanishi mumkin. O'z vaqtida bajarilgan uretrografiya tashxisda asosiy o'rinni egallaydi. Bemor chalqanchasiga yotqizilib, o'ng oyog'ini buklab, tos-son bo'g'imidan yoziltiriladi. Olatni buklangan oyoqqa nisbatan parallel holatda tortib, uretraga 10–15 ml kontrast modda antibiotik eritmasi bilan birgalikda yuboriladi va yuborish paytida rentgen tasviri olinadi. Agar uretra shikastlangan bo'lsa, uretradan kontrast modda parauretral to'qimaga oqadi.

Davolash. Operatsiya asosiy tadbir hisoblanadi. Operatsiyadan maqsad uretraning uzluksizligini tiklash. Shoshilinch ravishda operatsiya qilinib, uretraga birlamchi chok qo'yiladi va qovuq drenajlanadi. Kech olib kelingan bemorlarga episistostomiya qo'yilib, konservativ davolash usullari qo'llanadi. Keyinchalik rejali ravishda operatsiya bajarilib, uretraning uzluksizligi tiklanadi. Shuni aytish lozimki, bu operatsiya ancha murakkab bo'lib, operatsiyadan keyin ko'pgina asoratlar kuzatiladi. Shuning uchun bunday operatsiya faqat yetarli tajriba to'plagan jarroh tomonidan bajarilishi lozim.

BOLALARDA ORTTIRILGAN ICHAK TUTILISHI

Bolalarda orttirilgan ichak tutilishlari oshqozon-ichak traktida tug'ma yoki orttirilgan to'siq bo'lishi natijasida ovqat (ona ko'krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o'tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. O'tkir ichak tutilishi qadimdan qorin bo'shlig'ida eng ko'p uchraydigan shoshilinch xirurgik xastaliklarning hayot uchun xavfli turlaridan biri hisoblanadi. Chunki u o'ta og'ir o'tishi bilan birga, tashxisi qiyin va jarrohlik muolajasidan keyin eng ko'p o'limga olib keladigan kasallikdir.

O'tkir ichak tutilishi kasalligi rivojlanishini uch bosqichga bo'lish mumkin.

1-bosqichning klinik belgilari to'plami, asosan, ichak o'tkazuvchanlik xususiyatining o'tkir buzilishi, hatto ichakning ma'lum qismlarida butunlay o'tkazmaslik alomatlari bilan ifodalanadi. Ammo bu bosqichda organizm o'z muvozanatlashtirish xususiyatlarini butunlay yo'qotmaydi.

2-bosqichda faqat o'tkazuvchanlikning o'tkir buzilishigina emas, balki organizmda chuqur patologik jarayonlar sababli ichak faoliyatining baravarlashtirish xususiyati izdan chiqishi hisobiga ichak devori harakati ham buziladi. Shuning uchun bu bosqichni ichak harakatining mexanik tutilishi yoki ichak bo'shlig'ida moddalarning to'planib qolishigina emas, balki bemor organizmida kechayotgan umumiy patologik o'zgarish deb tushunish kerak. Ichak devori yoki uning ayrim segmentar qon aylanishining buzilishi (mikrosirkulyatsiya) bu kasallikning ikkinchi bosqichida ichak devorining ichidagi qon aylanish jarayonining izdan chiqishi bilan o'tadi. Shuning uchun bu bosqichda kasallik kechishini nazorat qilib turish lozim. Uzoq vaqt konservativ muolaja qilish esa mumkin emas. Shoshilinch ravishda bemorni operatsiyaga tayyorlash va operatsiya o'tkazish zarur.

O'tkir ichak tutilishining **3-bosqichi** organizmda klinik va patologik belgilar kelib chiqishi bilan peritonit kasalligiga xos. Bu ko'p omilli patologik hollar paydo bo'lishi sabablarini, kasallikka muolaja qilish yo'llarini va keyingi oqibatini aniqlovchi bosqich hisoblanadi. Yuqorida ko'rsatilgan bosqichlar o'tkir ichak tutilishining hamma turida uchrashi mumkin.

Ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi omillar klassifikatsiyasi.

Tug'ma va orttirilgan ichak tutilishi.

Orttirilgan ichak tutilishlari (mexanizmiga ko'ra) – *dinamik va mexanik*

Ichak tutilishining dinamik turi 2 ga bo'linadi: spastik va paralitik.

Ichak tutilishining mexanik turi 3 ga bo'linadi:

– obturatsion;

– strangulyatsion;

– aralash (*invaginatsiya, chandiqli*).

Bolalarda obturatsion ichak tutilishi.

Oshqozon-ichak traktida tug'ma yoki orttirilgan to'siq bo'lishi natijasida ovqat (*ximus*) yoki yot jismlarning passaji buzilishi va ichak

nayiga tiqilib qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat obturatsion ichak tutilishi deyiladi. Bolalarda kasallikning kelib chiqish sabablari: koprostaz, ichakka yot jismlar tushib qolishi, askaridoz, o'smalar, bezoar, megadolixokolon, Girshprung kasalligi, to'g'ri ichak tug'ma yoki chandiqli stenozlari.

K l i n i k a s i. Qorinda og'riq, ich o'tmasligi, qorin dam bo'lishi, qusish, intoksikatsiya belgilari, anamnezida ich qotishining kuzatilishi, qorinda o'smasimon hosila paypaslanishi. Obturatsion ichak tutilishi klinikasi kasallik asta-sekin o'tkir bo'lmagan og'riq bilan boshlanadi, so'ngra og'riq xurujli holatga o'tadi. Og'riq xuruj qilmagan paytda bemorning ahvoli ancha yaxshilanadi. Keyinchalik qorindagi og'riq doimiy xarakterga ega bo'lib, bemor bir necha marta qusadi, orqa chiqaruv teshigidan najas va yelning chiqishi to'xtaydi. Qorin ko'tariladi, ichaklarda suyuqlik yig'iladi.

Qorin asimmetrik holatga keladi. Bemor shifokorga kechikib murojaat qilganligi sababli qorin devorining mushak tarangligi oshadi. Qorinpardaning yallig'lanish alomatlari paydo bo'ladi. Kasallik boshlanishida kuchaygan ichak harakati (*peristaltika*) asta-sekin so'na boshlaydi va oxirida eshitilmay qoladi, uning o'rniga tushayotgan tomchi, pufakning yorilishi kabi ovozlarni eshitish mumkin. Bolalarda obturatsion ichak tutilishi xastaligiga koprostaz (*axlatning tiqilib qolishi*), askaridoz (*gijjalarning tiqilib qolishi*), ichakka yot jismlarning tushib qolishi, ichak devoridan o'sib chiqqan xavfli va xavfsiz o'smalar, ichaklar o'rtasida (*oralig'ida*) paydo bo'lgan bitishmalar sabab bo'ladi.

Koprostaz barcha yoshdagi bolalarda uchraydi. Kattaroq yoshdagi bolalarda koprostazning bo'lishiga asosan yo'g'on ichakda uchraydigan tug'ma nuqsonlar – ichakning torayib qolishi, Girshprung kasalligi, dolixosigma, anal teshik atreziyasining oqmali shakli sabab bo'ladi. Ayrim hollarda koprostaz parhezning buzilishi, orqa chiqaruv teshigining yorilib ketishi, o'tkazilgan yallig'lanish jarayonining natijasi sifatida ichak torayishi, ichak faoliyatining susayishi tufayli kelib chiqadi.

K l i n i k a s i. Koprostaz obturatsion ichak tutilishi sifatida, asosan yo'g'on ichakda uchraydi. Yo'g'on ichakda hosil bo'lgan axlatning hajmi kattalashadi, ancha qotib boradi va axlat «tosh»iga aylanadi.

Kasallikda ichak tutilishi alomatlari asta-sekin paydo bo'ladi, kasallik boshlanishida axlat toshlarining yonidan axlatning suyuq qismi va yel chiqib turadi, keyinchalik umuman to'xtaydi. Og'riq asta-sekinlik bilan boshlanadi va o'qtin-o'qtin bezovta qilib turadi. Qusish kechroq paydo bo'ladi, qorin hajmi kattalashadi. Ichak tutilishi avjiga chiqqanida ichakning harakati (*peristaltikasi*) kuchayadi va qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, ma'lum vaqt o'tgandan keyin yuqoridagi shikoyatlar pasaya boradi. Qorinning oldingi devori paypaslab ko'rilganda qorin devori yumshoq, mushak tarangligi kuchli emas, qorin bo'shlig'ida o'smasimon hosila qo'lga ilinadi, bu o'sma uzunchoq, qattiq, ancha harakatchan, bosganda og'rimaydigan, yuzasi ancha tekis, barmoq bilan bosganda qo'lning izi qoladi.

Davolash. Koprostaz tashxisi qo'yilgandan keyin davolash konservativ muolajalardan boshlanadi. 1 % li osh tuzi bilan klizma, lozim bo'lganda sifonli klizma qilinadi. Kletchatkaga boy parhezli taomlar. O'simlik moyi ichishga. Dyufalak yoshiga qarab. Simptomatik terapiya. Askaridozda-gelmintolog nazorati ostida glistlarni tushuruvchi maxsus terapiya. O'tkazilgan konservativ davolash muolajalari foydasi bo'lsa, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Konservativ muolajalar bilan ichak tutilishini sababi bartaraf etilmasa, operativ davo tavsiya etiladi. Obturatsiya sababi o'sma bo'lganda onkolog maslahati tavsiya etiladi.

Gijjali ichak tutilishlari. Glistlar invaziyasi 5 yoshdan oshgan bolalarda uchraydi. Askaridalar to'dasi ingichka ichakning ichiga tiqilib qolib, ichak tutilishi kasalligining belgilarini beradi, ba'zan ichak ichiga joylashgan bir dona askarida ham ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin. Askaridaning eng ko'p to'planadigan joyi yonbosh ichakning oxirgi qismlari hisoblanadi.

Klinikasi. Me'da-ichak yo'lida askaridaning bo'lishi quyidagi klinik alomatlarda namoyon bo'ladi: ishtaha yo'qligi, holsizlik, teri qoplamlarining rangsizlanishi, ko'ngil aynishi, qusish, me'da sohasida yoki kindik atrofida o'qtin-o'qtin og'riq, so'lak oqishi, bosh og'rig'i, gohida shaytonlash kabi belgilari kuzatiladi. Qondagi o'zgarishlar — anemiya, eozinofiliya, EChTning (40 mm gacha) tezlashishi kuzatiladi. Gijjali ichak tutilishida kindik sohasida o'qtin-o'qtin og'riq paydo bo'ladi, bemorning ko'ngli aynib qayt qiladi, asta-sekin yel va axlat

chiqishi to'xtaydi. Qorin paypaslab ko'rilgandaganda qorin devori yumshoq, qorin bo'shlig'ida, kindik atrofida yoki o'ng biqin sohasida yumshoq-elastik, uzunchoqroq, qisman harakatchan hosila aniqlanadi. Ichak peristaltikasi kuchayib, organizmda askarida chiqargan zaharli moddalar hisobiga umumiy zaharlanish rivojlanadi.

Kasallikni o'tkir appenditsit, appenditsit infiltrati, ichak invaginatsiyasi, buyrak kasalliklaridan va koprostazdan farqlash kerak. Askaridoz tufayli ichak tutilishi, asosan, konservativ usulda davolanadi, ya'ni spazmolitik dorilar, me'da yuvilishi, buyrak yoki dumg'aza suyaklari atrofiga novokain eritmalarini yuborish, sifon huqnalar qilish, qorinni uqalash kabilar bajariladi.

Ichak tutilishi klinik belgilari yaqqol ko'zga tashlanganda, bemor operatsiya usuli bilan davolanadi. Ichak devorlarida katta o'zgarishlar topilganda, qorinpardaning yallig'lanish alomatlari kuzatilganda ichak bo'shlig'i ochiladi (yeyunostomiya) va askaridalar olib tashlanadi. Operatsiyadan keyin (5–6-kundan boshlab) gijjalarni yo'qotishga qaratilgan maxsus davolash muolajalari tavsiya qilinadi.

Bolalarda strangulyatsion ichak tutilishi

Ichak nayining o'z o'qi atrofida aylanishi bo'lib, ichak devorlari, ichak tutqichi va undagi qontomirlarning qattiq qisilishi bilan kechadi. Sabablari: sariqlik yo'li to'liq bitmasligi; ichak tutqichi uzunligi; harakatchan ko'richak sekum mobili; qorin bo'shlig'ida chandiqli-yopishqi borligi; ichak ikkilanishlari; ichak kistalarining buralib kolishi (1-rasm), anomal qontomirlar mavjudligi va h.k. Bolalarda ichakning orttirilgan o'tkir tutilishi boshqa turlari o'rtasida 74 % ni tashkil qiladi.

Strangulyatsion ichak tutilishiga qorin bo'shlig'ida uchraydigan quyidagi xirurgik kasalliklar kiradi:

- a) ichakning o'z tutqichi atrofida aylanib qolishi;
- b) ichakda tugun hosil bo'lishi;
- d) ichaklar orasida bitishmalar hosil bo'lishi;
- e) ichki yoki tashqi qisilgan churralar, unda churra qopining ichiga ichak qovuzloqlari va charvi tushib qolganda;
- f) ichak qovuzloqlarining bir-biriga kirib qolish nvaginatsiyasi.



1-rasm. Enterokista buralishi, ichaklar strangulyatsiyasi va nekrozi.

Strangulyatsion ichak tutilishi to‘satdan boshlanadi, bemorning qorinida, avvalo, o‘qtin-o‘qtin, so‘ngra doimiy og‘riq paydo bo‘lib, keyin og‘riq qorin sathining hamma yeriga tarqaladi. Bola bezovtalanadi, rangi oqaradi, og‘riq qaytalaganda o‘ziga qulay holat qidiradi, ovqat yegisi kelmaydi. Birozdan so‘ng ichak qovuzloqlari halok bo‘lgach (*nekroz*), og‘riq birmuncha kamayadi.

K l i n i k a s i. Qorinda kuchli xurujsimon og‘riq, bemor rangi oqari-shi, tizza-tirsak holatida turishi, qusish, axlat kelmasligi, kasallikning erta davrida qorin yumshoq, ichaklar peristaltikasi kuchaygan bo‘ladi.

Rentgenologik tekshirganda ko‘p miqdorda ichak kengaygan sohasida Kloyber kosachalari aniqlanishi, arka simptomi musbatligi.

Kasallik boshlanishi bilan qusish alomatlari yuzaga keladi. Qusish avvaliga reflektor, so‘ng ichak tutilishi natijasida mexanik xarakterga ega. Qusuq tarkibi o‘n ikki barmoqli ichak (*o‘t suyuqligi*) va ingichka ichak, ayrim paytlarda yo‘g‘on ichak ichidagi moddalardan (*najas*) iborat bo‘ladi. Orqa chiqaruv teshigidan axlat kelmasligi va yel chiqmasligi alomatlari ko‘rinadi. Bemorning ahvoli og‘ir, rangi oqargan, teri qoplam-lari sovuq ter bilan qoplangan, yurakning urish holati susaygan, perife-rik qontomirlarda pulsni aniqlash ancha mushkul, arterial bosim ancha tushib ketgan, bir so‘z bilan aytganda strangulyatsion ichak tutilishiga muhtalo bo‘lgan bemor shifoxonaga yurak-tomir sistemasida sezilarli yetishmovchilik, ya‘ni kollaps yoki shok holatida tushadi. Vaqt o‘tishi bilan bemorning qorin mushaklari qattiq taranglashadi, ya‘ni qorin-pardaning yallig‘lanishi (*peritonit*) va tananing zaharlanishi (*toksikoz*) sodir bo‘ladi. Kasallik boshlanishida paydo bo‘lgan ichak harakatining kuchayishi (*peristaltika*) keyinchalik borib susayadi va yo‘qoladi.

D a v o l a s h. Operativ – umumiy og‘riqsizlantirish, laparatomiya, strangulyatsiyani bartarafetish, sababini aniqlash, ichaklar hayotchan-ligi belgilariga qarab, keyingi taktikani belgilash. Operatsiyadan ke-yin intensiv davo muolajalarini olib borish.

Ichak invaginatsiyasi

Invaginatsiya – bir ichakning ikkinchisi ichiga kirib qolishiga aytiladi. Ileosekal (2-rasm); ko‘richak–chambar ichak (3-rasm); ingichka ichak–ingichka ichakka kirib invaginatsiya bo‘lishi mumkin (4-rasm).

Orttirilgan ichak tutilishining o‘ziga xos turlari:

1. Kasallik, asosan, 4–9 oylik chaqaloqlarda 85–90 % uchraydi.
2. O‘g‘il bolalar qiz bolalarga nisbatan ikki baravar ko‘p kasallanadi.
3. Ichak invaginatsiyasining asosiy sababi bo‘lib, u ichak peristaltikasining buzilishi natijasida disfunktsiyasi hisoblanadi. 1 yoshdan katta bolalarda ichak invaginatsiyasi nisbatan kamroq uchraydi va kasallikka organizmdagi quyidagi o‘zgarishlar sabab bo‘lishi mumkin: yonbosh ichak divertikuli, limfoid to‘qima giperplaziyasi, polip, yomon sifatli o‘sma, o‘tkir ichak infeksiyasi, enterobioz, ichak yallig‘lanishi, yot jism va h.k.



2-rasm.
Ileosekal



3-rasm. Ko‘richak–
chambar ichak
invaginatsiyasi.



4-rasm. Ingichka ichak–
ingichka ichak invaginatsi-
yasi.

P a t o g e n e z i. Ichak invaginatsiyasi ichak peristaltikasining buzilishi sababli paydo bo‘ladi. Invaginatsiyada ichakning ayrim qismlari toraysa (spazm), uning yonidagi qismi esa kengayadi, natijada ichakning bir qovuzlog‘i ikkinchisining ichiga kirib qoladi. Hamma sabablarni umumlashtirib shunday xulosaga kelish mumkinki, ichak devori retseptorlarini qo‘zg‘atuvchi har qanday etiologik omil uning ritmik peristaltikasi harakatini o‘zgartiradi va ichak qovuzloqlarining bir qismi ikkinchi qismiga kirib qolishiga, ya‘ni invaginatsiyaga olib keladi. Invaginatsiya o‘zining rivojlanishiga qarab o‘tkir, surunkali va qaytalanuvchi (retsidiv) bo‘ladi.

Klinika si. Tipik klinik belgilari: qorindagi xurujsimon og‘riq va harakatli bezovtalik, bir-ikki marta qayt qilish, ich kelmasligi, to‘g‘ri ichakdan qon kelishi, qorin bo‘shlig‘ida o‘smasimon hosila paypaslanishi. Qorni yumshoq, kasallik ko‘p hollarda yaxshi rivojlanib borayotgan sog‘lom bolalarda birdaniga boshlanadi. Bola bezovta bo‘lib yig‘laydi, ovqatga qaramaydi, yuz ko‘rinishi dardman bo‘lib qoladi. Kasallik xuruji birdaniga to‘xtaydi va ma‘lum vaqt o‘tgach yana kuchliroq va ko‘proq vaqt davomida takrorlanadi (sokin davri). O‘qtin-o‘qtin og‘riq to‘xtashi bilan bemor tinchlanadi, atrof-ga qiziqish bilan qaraydi, ko‘zidan qo‘rquv alomatlari ketadi. Tana harorati mo‘tadil, qusish qo‘shiladi, kasallikning boshlanishida axlat bo‘lishi mumkin, lekin ma‘lum vaqt (5–6 soat) o‘tgach axlat bilan qon kelishi kuzatiladi. Bemor ota-onasi ko‘pincha kasallik boshlangan vaqtini aniq aytadi. Kasallik boshlanishida qorin oval ko‘rinishda, yumshoq, og‘riq sezilmaydi, so‘ngra qorin shisha boshlaydi, og‘riq paydo bo‘ladi va qorinni paypaslab ko‘rganda yumshoq, elastik holatdagi silindr ko‘rinishidagi turli kattalikka ega bo‘lgan ancha og‘riq sezuvchi hosila qo‘lga ilinadi. Hosila kindik atrofida, o‘ng biqinda jigar ostida yoki chap biqinda aniqlanishi mumkin. Bunday paytda o‘ng biqin paypaslab ko‘rilganda bo‘shab qolgani seziladi (*Dansa simptomi*). Ichaklar invaginatsiyasiga xos bo‘lgan informativ triada simptomlari: xurujsimon og‘riq, qorin bo‘shlig‘ida o‘smasimon hosila, anusdan qon chiqishi. Yuqorida tilga olingan belgilar, asosan, invaginatsiya turiga va kasallikning bosqichiga bog‘liq bo‘ladi. Ingichka ichak va yo‘g‘on ichak invaginatsiyalari juda og‘ir o‘tadi. O‘qtin-o‘qtin og‘riq tutganda bemor kollaps yoki shok holatiga tushishi mumkin, ularda organizmdan suv yo‘qotish va zaharlanish alomatlari juda erta paydo bo‘ladi.

Bolalarda ichak invaginatsiyasini qiyoslash quyidagi kasalliklar bilan o‘tkazilishi lozim, ya‘ni dizenteriya, dispepsiya, o‘tkir appenditsit, Shenleyn–Genox kasalligining qorin turi, ichakdagi gijja kasalliklari, o‘tkir ichak infeksiyalari va hokazo. Invaginatsiya bilan kasallangan bemorlarni tekshirish jarayonida (vertikal holatda) ayrim belgilar, ya‘ni qorinning o‘ng yarmida gomogen, jigar qattiqligiga yaqin ko‘rinishdagi hosila, ichak qovuzloqlarining chap tomonga surilganligi yoki ichak qovuzloqlarida gaz va sath borligi aniqlanadi. Yo‘g‘on ichak invaginatsiyasiga taxmin qilinganda yo‘g‘on ichakka

kontrast modda yoki havo yuborib rentgen qilish. Bunda pnevmoirrigografiya samaralidir (5–6-rasmlar).

Davolash. Ko'richak – yo'g'on ichak invaginatsiyasini davolashda ikki xil davolash usulidan foydalaniladi: konservativ va operativ davolash. Bular alohida-alohida usul bo'lishidan tashqari, bir-birini to'ldiradi. Bolalarda invaginatsiya kasalligini davolash uchun ichakka havo yuborish va rentgen tasvirida kuzatish yo'lini taklif qiladi (5–6-rasmlar). Bunda yo'g'on ichak ampulasi obturatsiya qilinmaydi, ya'ni bemor ochiq usul yordamida davolanadi. Bemorlarni konservativ usulda davolash uchun yo'g'on ichakka ingichka rezina nay qo'yiladi, so'ngra Richardson balloni yordamida havo yuboriladi. Bu jarayon rentgen ekrani tasvirida ko'rib turiladi. Invaginatning boshlanish qismi ko'rinishi bilan ichakdagi bosim yanada oshiriladi va invaginatning to'g'rilanishi kuzatiladi. Invaginatni konservativ to'g'rilash uchun ichakdagi havo bosimi 80–140 mm simob ustuniga to'g'ri kelsa yetarli bo'ladi. Ichakdagi ortiqcha havo bemalol tashqariga chiqib turaveradi. Ayrim hollarda yo'g'on ichakka havo yuborish bilan bir vaqtda qorin devorlarini yengil paypaslash invaginatning to'g'rilanishiga yordam beradi. Ochiq konservativ usul bilan davolaganda 50–60 % bemorlarda ijobiy natija kuzatiladi.

Konservativ yo'l bilan invaginat to'g'rilanganda rentgen tasvirida yo'g'on ichak va ko'richakning hamma konturlari yaxshi ko'rinadi va yuborilgan havoning bir qismi ingichka ichakdan ko'rinadi (6-rasm), bemorning ahvoli yaxshilanadi, qorindagi o'qtin-o'qtin og'riq to'xtaydi, qusish bo'lmaydi, paypaslaganda qorinda invaginat aniqlanmaydi.



5-rasm.
Pnevmoir-
rigografi-
ya qilish
texnikasi.



6-rasm. Pnevmoirrigogramma.

Bir necha soat ichida bemordan axlat va yel kela boshlaydi. Konservativ davolash usuli ijobiy natija bermasa, bemor operatsiya qilish yo'li bilan davolanadi.

Operativ davo – umumiy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi. Uning asosiy prinsiplari: laparotomiya (o'rta yoki transrektal), invaginatsni jarohatga chiqarish, ichak tutqich tubiga novokain yuborish, invaginatsni siqib chiqarish (7-rasm), invaginatsni iliq fiziologik eritma bilan ilitish, ichaklar hayotchanligini aniqlash. Hayotiylik belgilari saqlanganda qorin bo'shlig'iga yuborish. Dezinvaginatsiya qilib bo'lmasa, ichak to'qimalari nekrozlangan bo'lsa – ichak sog'lom qismidan rezeksiya, anastamoz qo'yish. Qorin bo'shlig'ida yallig'lanish alomatlari, peritonit rivojlanganida Mikulich operatsiyasi – stoma qo'yish. Operatsiyadan keyin intensiv davo muolajalarini olib borish.



7-rasm. Invaginatsni siqib chiqarish.

Hozirda, ayrim markaziy klinikalarda an'anaviy davo usullariga alternativ holda, ichaklar invaginatsiyasi endoskopik davolash usullari ham qo'llanilmoqda. Laporoskopik davolashga ko'rsatma bo'lib:

a) kasallikni erta davrida konservativ muolajalarni samara bermaganligi;

b) asoratlanmagan, lekin kech kelgan bemorlarni davolash uchun;

d) 1 yoshdan katta bo'lgan bolalarda invaginatsiyaning kelib chiqish sababini aniqlash uchun qo'llaniladi.

Bizga ma'lumki, invaginatsiya kasalligi o'tkir ichak tutilishiga olib keladi. Ko'p martalab qusish va qonning suyuq qismi qorin bo'shlig'iga va ichak ichiga tushishi (*sekvestratsiya*) natijasida organizm juda ko'p suyuqlik, oqsil moddalari, fermentlar, mikroelementlarni yo'qotadi. Bemor shifoxonaga organizmning ancha qurishi va zaharlanishi belgilari bilan tushadi. Shuning uchun qilinadigan operatsiyaning natijasi operatsiyadan oldin o'tkazilgan sifatli tayyorgarlikka va bemorlarning qanchalik erta shifoxonaga murojaat qilganligiga bog'liq.

Chandiqli ichaklar tutilishi – oshqozon-ichak traktida chandiqli to'siq bo'lishi natijasida ichak nayini qisib qo'yib, ovqat (ona ko'krak

suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o'tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. Chandiqli ichak tutilishi o'zining rivojlanishiga ko'ra ikki turda bo'ladi:

1. Strangulyatsion turda chandiqli ichak nayini qisib qo'yib, ichak o'tkazuvchanligini, ichak nayida qon aylanishini buzilishiga olib keladi.

2. Obturatsion turda esa, yuzaki bitishmalar ichakning bukilib qolishiga sabab bo'lib, ichakning o'tkazuvchanligi susayadi. Bitishmali ichak tutilishi o'zining rivojlanishiga qarab: *o'tkir*, *yarim o'tkir* va *surunkali* turlarga bo'linadi.

Qorin bo'shlig'ida va ichak qovuzloqlari orasida chandiqlarning hosil bo'lishiga sabab, tarqalgan yoki chegaralangan qorin pardaning yallig'lanishi (*peritonit*), qorin bo'shlig'ida yiring to'planishi (*absessi, infiltrati*), yiringli yallig'langan chuvalchangsimon o'simta olib tashlash, qorin bo'shlig'ida muolaja qilinayotgan paytda qo'pol harakat qilish ichak seroz qatlamining jarohatlanishi va boshqalar. Ichaklarning seroz qatlami yoki pariyetal qorinpardasi jarohatlanganda shu yerda yallig'lanish jarayoni, ya'ni ekssudativ bosqichdan keyin proliferatsiya boshlanadi, uning ichiga qo'shimcha to'qima tolalari o'sib kirib, chandiqli hosil bo'ladi, 7–10 kundan keyin chandiqli (*bitishma*) tarkibiga qontomir va elastik tolalar o'sib kiradi.

T a s h x i s l a s h. Anamnezida qorin bo'shlig'ida bir yoki bir necha marta xirurgik muolajalar o'tkazilgan va qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonlari namoyon bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Qorin bo'shlig'ida hosil bo'lgan bitishmalar ichak tutilishiga asos bo'ladi.

Ichak faoliyatini yaxshilashga qaratilgan muolajalar ijobiy natija bermasa, unda ichak tutilishi deb tashxis qo'yiladi va operatsiya uchun tayyorgarlik ko'riladi. Bemorning qorin bo'shlig'i rentgenografiyasida qorin bo'shlig'ida gorizontal holatdagi sathlar borligi, uning ustida gaz to'planib turgani ko'rinadi, ya'ni Kloyber kosachalari paydo bo'ladi.

Tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirganda, ichak tutilishini aniqlash uchun bemorning me'da–ichak traktiga bariy aralashmasi yuborilib, uning harakati kuzatiladi (*passaj*). Bariy aralashmasini yosh bolalarga ichirish qiyin bo'lgani sababli u zond orqali yuboriladi.

D a v o l a s h. Qorin bo'shlig'idagi chandiqlar tufayli ichak tutilishiga taxmin qilingan bemorlar shifoxonaga yotqiziladi. Davolash konserva-

tiv usullar bilan boshlanadi. Ushbu muolajalar operatsiyadan oldingi tayyorgarlik ham hisoblanadi. Tayyorgarlik davri 2–3 soatdan oshmasligi kerak. Konservativ davolash muolajalariga quyidagilar kiradi.

Bemorning me'dasi osh tuzining (0,9 %) fiziologik eritmasi bilan yuviladi, presakral yoki paranefral bo'shliqqa 0,25 % novokoin eritmasi; vena qontomiriga 40 % glyukoza va 10 % osh tuzi eritmasi; teri ostiga ichak spazmini kamaytiruvchi eritmalar; atropin, no-shpa, plati-fillin, papaverin eritmaları; og'riqni kamaytiruvchi dorilar; promedol bemorning yoshi hisobga olingan holda yuboriladi. Qontomirga tuzli va oqsilli eritmalar tomchilab quyiladi, so'ngra 1 % li osh tuzi eritmasi bilan sifon yordamida huqna qilinadi. Bu muolajalar yordam bersa, bemorning ahvoli ancha yengillashadi. Qorinda og'riq kamayadi. Bemor qayt qilmaydi, ichaklar faoliyati yaxshilanadi. Og'ir hollarda bemorning qontomiriga tomchi dorilar, glyukoza eritmasi, tuz eritmaları, plazma, bemorning ahvoliga qarab qon yuborish davom ettiriladi. Bemorlarga mikroorganizmlar faoliyatini pasaytirish uchun keng ta'sirga ega antibiotiklar yuboriladi.

Operatsiya umumiy og'riqsizlantirish bilan bajariladi. Qorin bo'shlig'i o'rta kesim bilan ochiladi, agar bundan oldin qorin bo'shlig'i bir yoki ikki marta ochilgan bo'lsa, qorin shu chandiqlardan 2–3 sm chetroqdan ochiladi. Chunki shu chandiqlarning orqasida ichak qovuzloqlari joylashgan bo'lishi mumkin. Operatsiyaning xajmi qorin bo'shlig'idagi o'zgarishlarga bog'liq, bu ichaklar o'rtasidagi bitishmalarni ajratishdan nekroz bo'lgan ichaklarni rezeksiya qilib anastomoz qo'yguncha yoki ichak devorlarini tashqi tomonga chiqarib qo'yguncha davom etadi. Nekroz bo'lgan ichakni olib tashlashdan avval uning chegarasi aniqlanishi kerak, shuning uchun ichak devorlari iliq fiziologik eritmada ho'llangan doka bilan isitiladi, o'zgargan ichak tutqichiga 0,25 % novokain eritmasi yuboriladi.

Bu muolajalardan keyin ichakning rangi o'zgarmasa va qontomirlarida pulsatsiya sezilmasa, unda ichakning shu qismi sog' ichak chegarasidan rezeksiya qilinadi. Agar olib keluvchi ichakning hajmi kengayib ketgan, ichida ko'pgina zaharli moddalar to'planib qolgan bo'lsa, unda elektr so'rg'ichda so'rib olinadi yoki ko'p yonbosh teshikli rezina nay qo'yilib, ikkinchi uchi tashqariga chiqariladi. Bir necha marta qorin bo'shlig'ida bitishmali ichak tutilishi operatsiya

qilingan va surunkali ichak tutilishining belgilari bo'lgan katta yoshdagi bemorlarda ancha murakkab operatsiya usullari Noblya operatsiyasi, gorizontal intestinoplikatsiya yoki enteropeksiya qo'llanadi. Keyingi vaqtlarda ayrim markaziy klinikalarda an'anaviy davo usullariga alternativ holda, chandiqli ichaklar tutilishida endoskopik davolash usullari ham qo'llanilmoqda.

Operatsiyadan keyingi bosqichda ayrim biologik moddalar, masalan fibrolizin, amniotik suyuqlik, gialirunoidaza, kortizon va uning mahsulotlari, geparin, polivinil pirrolidon va boshqalar qorin bo'shlig'ida chandiq hosil bo'lishini ancha kamaytiradi, lekin batamom oldini olishga kafolat bera olmaydi. Bitishma hosil bo'lishining oldini olish uchun operatsiyadan keyin quyosh chigali atrofiga UVCh, yodning kaliyli eritmasi bilan ionoforez, 0,25 % li novokain eritmasi qo'llanadi. Bir paytning o'zida organizmga lidaza, gialirunoidaza eritmalarini kiritish yaxshi natija beradi.

Ichak tutilishining dinamik shakllari

Dinamik ichak tutilishi – oshqozon-ichak traktida ichaklar harakati koordinatsiyasi buzilishi natijasida ichak nayida ovqat (ona ko'krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o'tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. Yosh bolalardagi shoshilinch xirurgik muolaja o'tkazilishi kerak bo'lgan kasalliklarda ichak tutilishining dinamik shakli alohida o'rin tutadi. Chunki bu kasallik xirurgik muolajadan keyin paydo bo'lishi mumkin. Dinamik ichak tutilishi kasalligining sabablari hozirgacha to'la o'rganilmagan. Ko'p mualliflarning fikricha, bu kasallikka, asosan, ichak tutqichidagi mahalliy qon aylanishining buzilishi, periferik va markaziy nerv apparatlarini, ichak devorlarini harakatga keltiruvchi faoliyatning o'zgarishi sabab bo'ladi. Bu jarayonda ichak nerv va mushak to'qimalarining parabiozi (to'qimalarning qo'zg'atuvchilar ta'siriga javoban alohida bosqichli reaksiyasi) ichak devoridagi qon aylanishining buzilishi hisobiga yuzaga keladi.

Ichak devoridagi qon aylanishining buzilishi qorin parda yallig'laniishi (*peritonit*), ichak devorlarining kengayib ketishi, organizmning ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotishi (*degidratatsiya*) va to'qimalarda

kislorod miqdorining kamayishi (*gipoksemiya*) natijasida kelib chiqadi. Barcha ichak tutilishi kasalliklari turlaridan bolalarda dinamik ichak tutilishi xastaligi 8–11 % ni tashkil etadi. Dinamik ichak tutilishi ikki xil bo‘ladi – spastik (*mushaklar tonusining oshib ketishi*) va paralitik (*nerv tomirining falaji – gipomotor*).

Spastik ichak tutilishi

Ichak tutilishining spastik turi – bu oshqozon-ichak traktida ichaklar harakati koordinatsiyasi buzilishi, ya‘ni mushaklar tonusining oshib ketishi (spazmi) natijasida ichak nayida ovqat (ona ko‘krak sut) mahsulotlarining passaji buzilishi va o‘tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat.

Klinikasi. Spastik ichak tutilishi qisqa muddatda qorinda kuchli va xurujli og‘riq paydo bo‘lishi bilan ifodalanadi. Og‘riq qorin bo‘shlig‘ida chegaralanmagan bo‘ladi. Ko‘pincha bemorning umumiy ahvoli o‘zgarmaydi. Tana harorati me‘yorida yoki subfebril bo‘ladi. Ba‘zi vaqtlarda bemor bir marta qusishi mumkin. Najas kelmaslik holati ham ba‘zan kuzatiladi.

Qorin dam bo‘lmaydi, bir xil, paypaslab ko‘rilganda hamma bo‘limlari yumshoq, ba‘zi vaqtlarda spazm bo‘lgan ichak holatini aniqlash mumkin. Ichak harakatlari aniq eshitiladi. Qon va siydik sinamalari tekshirilganda o‘zgarish bo‘lmaydi. Taqqoslash tashxisi mexanik ichak tutilishi va buyrak sanchig‘i bilan o‘tkaziladi. Ba‘zan o‘tkir va og‘ir o‘tadigan ichak sanchig‘ida bemorda mexanik ichak tutilishi kasalligining bor yoki yo‘qligini ajrata olish ancha qiyin. To‘g‘ri tashxis qo‘yilishida to‘liq yozilgan kasallik tarixi (bemorda gijja borligi) va tekshirib ko‘rilgandagi xulosalar (qorin devori orqali ko‘zga tashlanadigan ichak peristaltikasi, mahalliy og‘riq va o‘smasimon hosila yo‘qligi) bemorda mexanik ichak tutilishi yo‘qligidan dalolat berishi mumkin. Bunday holatlarda bemorni rentgen nurlari orqali qorin bo‘shlig‘ini tekshirib ko‘rish talab etiladi. Tashxis qo‘yishda novokain blokadası ham ancha yordam beradi, chunki ikki tomonlama novokain blokadasidan so‘ng og‘riqning ko‘p vaqtgacha yo‘qolishi bemorda mexanik ichak tutilishi yo‘qligini ko‘rsatadi. Og‘riqning kasallikdan keyin yo‘qolmasligi, aksincha og‘riq xurujining kuchayishi mexanik ichak tutilishi belgilari

hisoblanadi. Buyrak sanchig'i, spastik ichak tutilishiga nisbatan xurujli, og'riq kuchli, odatda bel sohalarida bo'ladi. Og'riqning tarqalishi o'ziga xos xususiyatga ega. Bundan tashqari buyrak sanchig'ida siydikning qovuqdan chiqishi qiyinlashishi (dizuriya) va siydikda patologik elementlarning borligi aniqlanadi.

Ko'pincha rentgen tasvirida buyrakda yoki siydik chiqarish yo'llarida siydik toshlarini ko'rish mumkin. Muolajasi, asosan, konservativ usuldir. Bemorga sanchiqqa qarshi dorilar, tozalovchi xuqna tavsiya qilinadi, qoringa isitgich qo'yiladi. Ko'pincha yuqorida aytilgan muolajalardan so'ng og'riq yo'qoladi. Og'ir hollarda esa, og'riqni yo'qotish uchun ikki tomonlama paranefral novokain blokadasini bir necha marta takrorlash yoki 1–2 kunga peridural og'riqsizlantirish usulini qo'llash mumkin. Bemor najasida gijja topilsa, albatta gijjaga qarshi muolaja o'tkazish kerak.

Paralitik ichak tutilishi

Ichak tutilishining paralitik turida oshqozon-ichak traktida ichaklar harakati koordinatsiyasi buzilishi, ya'ni nerv tomirining falaji natijasida mushaklar tonusining susayib ketishi (gipomotorika) natijasida ichak nayida ovqat (ona ko'krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o'tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. Paralitik ichak tutilishi jarrohlik muolajalaridan keyin juda ko'p uchraydigan asorat bo'lgani tufayli xirurgik kasalliklar ichida muhim o'rin tutadi. Ichakning falajidan hosil bo'lgan ichak ichidagi bosimning ko'tarilishi ichak devorda qon aylanishining buzilishini chuqurlashtiradi. Natijada ichak devoridagi nerv to'qimasining faoliyati yanada buzilib, organik shikastlanishga olib keladi. Suyuqlik, oqsillar, elektrolitlarning ichak ichida to'planib qolishi, ichak devoridan qonga so'rilishining buzilishi markaziy va periferik qon aylanishining izdan chiqishiga sabab bo'ladi. Jarrohlik muolajasidan keyingi davrda paydo bo'lgan ichakning chala falaji, undagi umumiy va mahalliy o'zgarishlarning darajasiga qarab 3 ta rivojlanish bosqichi farqlanadi:

1-bosqich. Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, bemorning qorni ozroq dam bo'ladi, eshitib ko'rilganda ichak tovushlari aniq, lekin ichak peristaltikasi tovushlari qorinning hamma yerida bir xil kuchda

bo'lmagan holda eshitiladi. Bemor tez-tez qusib, tarkibida me'daning tiniq rangli to'plangan moddalari yoki ahyon-ahyonda o'n ikki barmoq ichakning barmoq aralashmalari bo'lishi mumkin.

2-bosqich. Bemorning ahvoli og'irlashadi, bezovtalanadi. Nafasi qisilib, yurak urishi tezlashadi. Qon bosimi normal holatda yoki ozroq ko'tariladi. Suv-elektrolit muvozanati qonda natriy, xlor, ba'zi holatlarda esa kaliy miqdori kamayganligi kuzatiladi. Aylanayotgan qon hajmi 25 % pasayadi (asosan plazmaning hajmi hisobiga). Qorinning dam bo'lishi anchagina ko'payadi. Eshitib ko'rilganda onda-sonda past ovozli ichak tovushi eshitiladi. Qusish tez-tez, tarkibida o'n ikki barmoqli ichakda to'plangan moddalar bo'ladi.

3-bosqich. Bemorning ahvoli o'ta og'ir bo'lib, qattiq bezovtalanish va karaxtlik kuzatiladi. Yurak urishi va nafas olish juda ham tezlashadi. Sistolik qon bosimi 90 mm simob ustuniga teng va undan ham past bo'ladi. Siydik ajralishi kamayadi yoki to'xtab qoladi. Biokimyoviy tekshiruvlarda qonning aylanayotgan hajmi 25 % dan 40 % gacha pasayadi. Qonda natriy, kaliy, xlor tuzlari kamayadi. Metabolik atsidoz bo'ladi. Qorin juda ham dam bo'lib, ba'zi holatlarda yettinchi qovurg'adan ham baland ko'tariladi. Qorinning hamma joylarida ichak tovushi eshitilmaydi. Perkussiyada qorin bo'shlig'ining yon tomonlarida to'mtoq tovush eshitiladi. Bunday o'zgarish, ko'pincha suyuqlikning kengayib ketgan ichak qovuzloqlari ichiga yig'ilib qolishidan paydo bo'ladi. Qusuqda yig'ilib qolgan ichak moddalari bo'lishi xarakterlidir. 1- va 3-bosqichda ichakning chala falaji ko'pincha peritonitning davom etishi hisobiga bo'lib, davolash usuli ham peritonit davosiga o'xshashdir.

D a v o l a s h. Kasallikni davolashda buzilgan gomeostazni tiklash va ichakning mahalliy falajiga qarshi asosiy kompleks-intensiv davo chora tadbirlarni qo'llash zarur. Me'da va ichak bo'shlig'ida to'planib qolgan moddalar evakuatsiyasini ta'minlash. Ichak harakatini kuchaytirish. Zararlangan joydan kelayotgan patologik impulslerini so'ndirish va ichak devorining mahalliy qon aylanishini yaxshilash.

BOLALARDA XIRURGIK INFEKSIYA

Xirurgik infeksiyaning bolalardagi xususiyatlari – bolalar xirurgik kasalliklarining 40 % atrofida yiringli yallig'lanish kasalliklari-

ni tashkil qiladi. Zamonaviy tibbiyot rivojlanganligiga qaramasdan, yiringli xirurgik infeksiya tibbiyotning dolzarb muammosi bo'lib qolayapti. Yiringli infeksiyaga qarshi kurash davrlarini bir necha bosqichga bo'lish mumkin.

P a t o g e n e z i. Yiringli yallig'lanish jarayonining kechishi mikro-organizm virulentligi va patogenligi hamda bola organizmining immunitetiga bog'liqdir. Infeksiyaning kirish yo'llari faqat jarohatlangan teri bo'lmasdan, balki sensibilizatsiyalashgan organizmning endogen autoinfeksiyasi hamdir. Bular, asosan, bemorlarning halqumida, yuqori nafas yo'llarida, qulog'i, o'pkasi va boshqa joylarida latent va surunkali infeksiya manbai sifatida topiladi. Yallig'lanish jarayoni boshlanishi uchun infeksiyaning ta'siri makroorganizmning sezuvchanlik darajasidan o'tishi kerak, bu esa ko'proq bolaning dastlabki immunologik holatiga bog'liq bo'ladi. Retikuloendotelial tizimi yetarlicha ishlay olmaganligi sababli fagotsitar reaksiya kamayadi va ko'pincha fagotsitoz II bosqichda to'xtab qoladi. Bularning hammasi toksin (leykotoksin)ning leykotsitlarga ta'sirini kuchaytirib, fagotsitoz aktivligini yana kamaytiradi. Kichik yoshdagi bolalar immuniteti ta'sir xususiyatlaridan ko'rinib turibdiki, ularda yiringli infeksiyaning keng tarqalishiga moyilligi sezilarli bo'ladi.

Bolalarda yiringli-xirurgik infeksiya sharoitida mahalliy jarayonning kechishi. Mahalliy jarayonda – tezlik bilan nekroz va shish, mahalliy fagotsitar reaksiyaning kamayishi, infeksiya tarqalishiga moyillikning oshishi hamda infeksiya manbaidan qonga, limfaga yallig'lanish mahsulotlarining ko'p miqdorda rezorbsiya qilinishi kuzatiladi. Shish, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda yaqqol ko'zga tashlanadi. Shishning patogenezida stroma destruksiyasi va unda suv to'planishining katta ahamiyati bor. Bu omil hali to'qimalar gidrofilligi normadan oshiq bo'lgan yosh bolalarda katta ahamiyatga ega. Kattagina shishlar paydo bo'lishiga gipoksiya, gistamin va gistaminga o'xshash moddalar hamda endotoksinlarning mikroblar parchalanishidan ko'p miqdorda ajralib chiqishi natijasida tomirlar o'tkazuvchanligining oshib ketishi sabab bo'ladi. Tomirlarning falajli kengayishi ham shishlarning ko'payishiga olib keladi. Kichik yoshdagi bolalarda ta'sirlar irradiatsiyasiga beriluvchanlik oqibatida (nerv tizimining differensiyalashmaganligi) tomirlar reaksiyasiga katta

maydondagi to'qimalar talab qilinadi. Jarohat manbaida suyuqlikning to'planishi kuchli mahalliy yallig'lanish atsidoziga va osmotik bosimning (oksidlar, uglevodlar parchalanishi, nordon mahsulotlar va tuzlarning ajralib chiqishi) oshishiga imkon beradi. Bu erda ayrim mikroorganizmlar, xususan, stafilokokkning o'tkazuvchanlikni oshiruvchi omilni ajratib chiqarishining muhim ahamiyati bor.

Ayniqsa, kichik yoshdagi bolalar to'qimalaridagi shish va suyuqlikning tarqalishi mahalliy to'siq funksiyasini anchagina pasaytiradi. Bularda hali gumoral immunitet yaxshi rivojlanmagan, perifokal joylashgan tomirlar esa shishgan to'qimalar bilan bosilib qoladi. Bu omillar tomirlar oziqlanishining kuchli buzilishiga olib kelib, jarayonning sog'lom joylarga ham tezlik bilan tarqalishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, yosh bolalarda retikuloendotelial tizimning yetishmovchiligi oqibatida, to'qimalar immuniteti ham yetarlicha hali rivojlanmagan bo'ladi. Bundan tashqari, mikroorganizmning himoya omili ta'sirida fagotsitar reaksiyalar tormozlanib qoladi. Ayrim floralardan, ayniqsa, stafilokokkdan ajralib chiqadigan leykotoksin, koagulaza va boshqa moddalar leykotsitlarning parchalanishiga, mikroob atrofida fibrinlarning to'planishiga olib keladi. Mana shu omil, ya'ni fagotsitozning keskin yomonlashuvi, retikuloendotelial tizimning o'z ishini yetarlicha bajara olmaganligi va ekzotoksin ta'siri bilan faoliyatining susayib borishi sababli immunitet keskin pasayadi.

Shunday qilib, yiringli infeksiyada mahalliy jarayonning kechishi, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda tezlik bilan rivojlanish xususiyatiga bog'liq. Bunga to'qimalardagi katta shish, tomirlar reaksiyasining tarqalganligi va immunologik reaksiyalarning yetarlicha rivojlanmaganligi sabab bo'ladi. Mikroorganizmlarning bir qator himoya va agressiya omillarining ta'siridan gumoral va to'qimalar immunitetlari pasayib, jarayonning kechishi og'irlashadi.

Yiringli xirurgik infeksiyani davolash kompleks usulda olib boriladi va quyidagi uchta komponentni o'z ichiga oladi:

- makroorganizmga ta'sir qilish;
- mikroorganizmga ta'sir qilish;
- mahalliy davolash.

Makroorganizmga ta'sir qilish. Yiringli xirurgik infeksiyali jara-

yonni davolashning asosiy masalalaridan biri – bu organizmdagi immunobiologik xususiyatlarni quvvatlash va saqlab qolish.

Kompleks intensiv terapiya chora tadbirlari olib boriladi. Kislo-ta-ishqorli holati buzilganda energetik preparatlar berib boriladi. Zarur bo'lganda oksigenoterapiya o'tkaziladi. Moddalar almashinu-vi atsidozi bo'lganda ishqorli yoki buferli eritmalar (natriy gidrokarbonat), trisamin, alkalozda – kaliy xlorid, siydik haydovchi moddalar tayinlanadi. Toksik moddalarni inaktivatsiya qilish va chiqarib yuborish uchun yaxshi natijalar beruvchi haydovchi diurez, proteaz ingibitorlari, vitaminoterapiya qo'llanadi.

Mikroorganizmga ta'sir qilish. Bu komponent antibiotiklarni qo'llash orqali amalga oshiriladi, quyidagi qoidalarga rioya qilinadi:

- beriladigan preparat mikrofloraga rezistent bo'lmazligi kerak;
- bakteriostatik antibiotikni, albatta yana bitta bakteriolitik antibiotikka qo'shib ishlatish lozim;
- bir xil zararli ta'sirga ega bo'lgan antibiotiklarni qo'shib ishlatish yaxshi natija bermaydi;

– qonda va mahalliy manbada har doim antibiotiklarning optimal konsentratsiyasini saqlab turish zarur;

– antibiotikoterapiya kamida 5–7 kun mobaynida o'tkaziladi, uning miqdori esa yoshga qarab buyuriladi.

Antibiotikogramma har doim (har 5–7 kunda 1 marta) kuzatib boriladi. Rezistentlik paydo bo'lganda dori vositasi almashtiriladi yoki uning miqdori ko'paytiriladi.

Mahalliy o'choqqa ta'sir qilish. Bu komponent esa tadbirlardan tarkib topadi va unda quyidagi qoidalarga amal qilinadi:

– yiringli jarohat o'chog'i va uning atrofidagi to'qimalarda jarrohlik muolajalari ehtiyotlik bilan o'tkaziladi, chunki limfatik to'siqning sustligi va shish tarqalganligi uchun infeksiyaning generalizatsi-yanalish xavfi bor;

– bolalar qon yo'qotishga juda sezgir bo'lganligi sababli muolaja paytida minimal darajada qon ketishga erishiladi;

– yiringli o'choq maksimal darajada drenajlanadi va nekrotik to'qimalar olib tashlanadi;

– yiringli o'choqda antibiotiklarning doimiy, maksimal konsen-tratsiyasi ushlab turiladi;

– o‘tkir bosqichda zararlangan a‘zo immobilizatsiya qilinadi. Davolashning boshida yiringli o‘choqni iloji boricha yaxshiroq sanatsiyalash zarur, bunda faqatgina jarrohlik usuli emas, balki fizioterapevtik va boshqa usullar ham qo‘llanadi. Ko‘p hollarda infeksiya o‘chog‘ining perifokal qismlarida ham muolaja qilishga to‘g‘ri keladi, bu esa jarayonning tez tarqalmasligining oldini oladi.

Yiringli jarrohlik infeksiyasini davolashning umumiy qoidalari bir xil, lekin qaysi muolajani birlamchi qo‘llashning farqi bor. Xastalikning o‘tkir bosqichini davolashda mikroorganizmga ta’sir qilish, destruksiya kuchayib ketishini to‘xtatish, gomeostazni me’yorlashtirish asosiy vazifalardan hisoblanadi.

Chaqaloqlar flegmonasi

Chaqaloqning teri osti yog‘ qavatining yiringli-destruktiv yallig‘lanishiga *chaqaloqlar flegmonasi* deyiladi. Patologik jarayon tez rivojlanadi, og‘ir kechib, teri osti yog‘ qavatidagi tarqalgan nekroz hisobiga terining qatlamlanishi va ko‘chishiga olib keladi. Nekroz jarayoni chuqurroqda joylashgan to‘qimalar (mushak, fastsiya, qovurg‘a tog‘aylari)ga o‘tishi mumkin. Zararlangan o‘choqda yallig‘lanish jarayonidan nekroz alomatlari kuchliroq bo‘ladi (1–2-rasm-lar). Shuning uchun bu kasallik *chaqaloqlarning nekrozli flegmonasi*, deb ham yuritiladi.

Kasallikni, asosan, stafilokokk chaqiradi. Infeksiya ko‘proq teri orqali tushadi. Patomorfologik tekshirishlarga qaraganda yallig‘lanish, asosan, ter bezlari atrofida boshlanadi. Keskin o‘zgarishlar teri osti yog‘ kletchatkasida ko‘proq uchraydi. Perifokal joylashgan qontomirlaridagi tromb va qontomir devoridagi sklerotik o‘zgarishlar, endo va periartritlarga sabab bo‘ladi. Qontomirlar trombozi, mahalliy yallig‘lanish jarayonining tez tarqalishi, teri osti yog‘ kletchatkasi oziqlanishining buzilishiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallik o‘tkir boshlanib, kuchli intoksikatsiya bilan kechadi. Dastlab chaqaloqlarning umumiy ahvoli og‘irlashadi, tana harorati tez ko‘tariladi (38–40 °C), chaqaloq emmaydi, qayt qiladi, bezovta bo‘ladi. Keyin holsiz bo‘lib qoladi. Terisi kulrang tusga kiradi, qonda leykotsitlar ko‘payadi, intoksikatsiya belgilari

kuchayadi, uning ichi ketib, eksikoz yuzaga keladi. Bu chaqaloqlar flegmonasining zaharli-septik shaklda kechishidir. Kasallikning oddiy turida umumiy klinik belgilar kuchli rivojlanmagan, intoksikatsiya alomatlarini kam uchraydi.



1-rasm. Chaqaloqlarning nekrotik flegmonasi.



2-rasm. Chaqaloqlarning nekrotik flegmonasi.

Flegmonaning ikkala turi ham bir xil rivojlanadi. Kasallikning dastlabki soatlarida terida 1,5–2 sm oʻlchamdagi chegaralangan qizirish paydo boʻladi, 6–8 soat oʻtgandan keyin oʻzgargan terining oʻlchami kattalashadi, zararlangan joyda shish paydo boʻladi. Birinchi kunning oxiri va ikkinchi kunning boshida qizargan joy kattagina yuzani egallaydi, chekkalari aniq boʻlib, oʻrtasida flyuktuatsiya aniqlanadi. Baʼzan nekroz hisobiga teri, teri osti yogʻ qavatidan ajralib qoladi va katta maydonda yumshoq toʻqimalar nuqsoni paydo boʻlishi mumkin. Flegmona kesilganda xiralashgan shilliq yoki suyuq yiring bilan birga kulrang tusdagi teri osti yogʻ toʻqimasi ajralib chiqadi.

Qiyoslash. Flegmonaning boshlanish bosqichlarida uni saramasdan ajrata bilish lozim. Ikkala kasallikda ham oʻzgarishlar oʻxshash boʻladi. Saramasning nekrotik flegmonadan ajratadigan belgilari: teridagi qizirish aniq chegaralangan boʻladi, teri yaltirab, taranglashib tura-di, flyuktuatsiya boʻlmaydi. Saramas koʻproq yuz, kindik va oraliq sohada aniqlanadi (3–4-rasmlar).

Koʻp hollarda oddiy nekrotik flegmonani chaqaloqlar mahalliy teri skleromasi bilan qiyoslash kerak. Skleromada bola terisi quruq, ushlab koʻrganda sovuq, tana harorati meʼyorda yoki pasaygan boʻladi. Turli oʻlchamdagi infiltrat ustidagi teri oʻzgarmagan boʻladi.



3-rasm. Saramas
eritematoz shakli.



4-rasm. Saramas bullyoz
shakli.

Davolash. Nekrotik flegmona bilan kasallangan bola shoshilinch ravishda bolalar jarrohlik bo'limiga yotqiziladi. Kompleks davolash muolajalari, jarrohlik aralashuvi, antibakterial, dezintoksikatsiyalovchi, umumiy quvvatlantiruvchi muolajalardan iborat. Sust immunizatsiya maqsadida stafilokokkga qarshi globulin va plazmani qo'llash yaxshi natija beradi. Kasallik bir bosqichdan ikkinchi bosqichga o'tganda shifokor taktikasi ham o'zgaradi. Kasallikning dastlabki bosqichida shoshilinch jarrohlik aralashuvi o'tkaziladi. Bemorda umumiy og'riqsizlantirish bilan birga mahalliy infiltratsiyalovchi og'riqsizlantirish yordamida zararlangan va sog' sohaga o'tish



5-rasm. Nekrotik flegmonani operativ
davolash.

chegaralarida 1–1,5 sm o'lchamdagi ko'plab kesmalar o'tkaziladi. Teri va teri osti yog' qatlamini qamragan bu kesmalar shaxmat taxtasi shaklini eslatadi (5-rasm). Mahalliy davolashdagi ushbu yondashish yallig'lanish jarayoni tarqalishining oldini olishga imkon beradi. Operatsiyadan so'ng har 6–8 soatda bog'larni almashtirib turiladi. Agar mahalliy jarayon tarqalishga moyil bo'lsa, sog'to'qimalar chegarasida qo'shimcha kesmalar qilinadi. Jarohat sohasiga gipertonik, antiseptik, antibiotikli bog'larni qo'yiladi.

Ikkinchi bosqichda sust immunizatsiya davom ettiriladi va faol immunizatsiya boshlanadi. Bunda nekrotik to'qima ko'chib tushishi va yaraning bitishini stimulyatsiya qilish ko'zda tutiladi. Nekrozli flegmonaning asoratlari yoki yo'ldosh kasalliklar kuzatilsa, maxsus davolash usullaridan foydalaniladi.

Chaqaloqlar mastiti va mastopatiyasi

Mahalliy klinik ko'rinishlari bilan bir-biriga o'xshash, lekin kelib chiqish sabablari va davolash muolajalarida turlicha yondashishni talab qiluvchi chaqaloqlar mastopatiyasi va mastitini ajrata bilish katta ahamiyat kasb etadi. Chaqaloqlar mastopatiyasi gormonal krizning ko'rinishlaridan biri bo'lib, chaqaloqning rivojlanishiga salbiy ta'sir etmasa-da, sut bezining yiringli yallig'lanishi uchun zamin yaratadi. Chaqaloqlar mastopatiyasining asosiy sababi, homila paytida bola organizmiga onadan yo'ldosh orqali qon bilan birga estrogenlarning o'tishidir. Bu gormonlar chaqaloq organizmida bir necha xil fiziologik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bunga ko'krak bezining kattalashishi va qattiqlashishi kiradi. Estrogenlar konsentratsiyasi bola organizmida ko'payib ketganda ko'krak bezlari juda ham qattiqlashadi, hajmi kengayib kattalashadi, tana sathidan bo'rtib turadi. Bola bezovta bo'lib, ayniqsa, yo'rgaklaganda yoki qo'li tanasiga tegib ketganda og'riq kuchayadi. Obyektiv ko'rganda ko'krak bezining kattalashganligi va shishib turganligi ko'zga tashlanadi. Paypaslaganda og'riq hisobiga bola bezovta bo'ladi.

Davolash. Maxsus muolaja talab qilmaydi. Terini oddiy parvarish qilish va mahalliy quruq bog'lam qo'yish bilan cheklani-ladi. Ko'krak bezini siqish yoki uqalash mumkin emas. Chunki bu to'qimalarni jarohatlaydi va ikkilamchi infeksiya tushishiga sabab bo'ladi. Ko'pincha chaqaloqlarda ko'krak bezining shishi 2–3 haftadan keyin o'zi yo'qolib ketadi.

Yiringli mastit. Agar mastopatiyaga ikkilamchi infeksiya qo'shiladigan bo'lsa, yiringli mastit rivojlanadi. Bu hollarda tana harorati ko'tarilib, mahalliy qizil dog', ko'krak bezi sohasida giperemiya va flyuktuatsiya paydo bo'ladi (6-rasm). Yiringli mastitni yumshoq to'qimalar va ko'krak bezi sohasida flegmona boshlanmasdan xirurgik yo'l bilan davolash lozim. Kesma har doim so'rg'ich aylanmasiga



6-rasm. Yiringli mastit.



7-rasm. Yiringli mastitda radial kesma olish.

nisbatan radial ravishda qilinadi. Antiseptik va antibiotiklar bilan bog‘lam qo‘yiladi. Agar atrof to‘qimalar yiringlashi hisobiga teri ajralib qoladigan bo‘lsa, qo‘shimcha kesmalar qilinadi (7-rasm). Kasallik oqibati, ko‘pincha yaxshi bo‘ladi, ba‘zan qiz bolalarda ko‘krak bezi yiringlashi sababli, ko‘krak bezi funksiyasi keyinchalik buziladi. Infiltratsiya vaqtida davolash infiltratni shimdirishga qaratilgan, buning uchun antibakterial terapiya, yarim spirtli, malhamli kompresslar va UVCh terapiya tavsiya qilinadi.

Gazaklanish darajasida radial kesma o‘tkaziladi va 3 % vodorod peroksid furatsilin 1:5000 eritmasi bilan yuvib, gipertonik bog‘lam qo‘yiladi. Agar yallig‘lanish jarayoni atrof yog‘ kletchatkasiga tarqalsa, ko‘krak qafasi flegmonasi rivojlanadi va qo‘shimcha kesmalar kesiladi. Yara antiseptik eritmalar bilan tozalanib, gipertonik yoki gipotonik malhamli bog‘lam qo‘yiladi.

Shu bilan birga umumiy davolash muolajalari, ya‘ni dezintoksikasiyalash, antibiotiklar, umumiy quvvat oshiruvchi dori vositalari qo‘llanadi. Kasallik asoratsiz shaklda ijobiy shaklda tarqalgan bo‘lsa, (qiz bolalarda) sut bezining rivojlanishi va uning faoliyatida o‘zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Omfalit – kindik chuqurchasi va uning atrofidagi to‘qimalarning yallig‘lanishidir. Ba‘zi hollarda jarayon kindik tomirlariga tarqalishi va unda tromboarterit paydo bo‘lib, atrofdagi yumshoq to‘qimalarga keng tarqalishi mumkin.

Omfalitning oddiy, yiringli va nekrozli turlari farqlanadi. Oddiy omfalitda kindik jarohati uzoq vaqt davomida bitmaydi. Kindikdan shilliq yoki yiringli suyuqlik ajralib turadi. Bemorning umumiy ahvoli o‘zgarmaydi, ishtahasi buzilmaydi, tana vazni yoshiga mos holatda qo‘shilib boradi.

Yiringli omfalitda kindik chuqurchasi yallig'lanishi atrof yumshoq to'qimalariga ham o'tadi. Kindik atrofi terisi qizarib turadi, infiltrat paydo bo'ladi. Kindik chuqurchasi yaralanib, fibroz qobiq bilan qoplanadi va uning atrofida teri qalinlashadi. Kindik atrofini bosib ko'rganda kindik chuqurchasidan yiring sizib chiqadi. Ba'zi hollarda qorin old devori flegmonasi kuzatiladi. Bolaning umumiy ahvoli kasallik boshlanishida o'rtacha bo'ladi. Tana harorati subfebril raqamlargacha ko'tariladi. Agar qorin old devori flegmonasi boshlanadigan bo'lsa, bola bezovta bo'lib emmaydi, toksikoz alomatlari qayd etiladi, tana harorati 39°C gacha va undan baland ko'tarilishi mumkin.

Nekrozli omfalit yiringli yallig'lanish asosida boshlanib, asosan, nimjon bolalarda kuzatiladi. Bunda yallig'lanish jarayoni nafaqat yon tomonga, balki chuqurlikka, ya'ni qorin bo'shlig'i tarafiga tarqaladi. Natijada teri nekrozi aniqlanib, yumshoq to'qimalardan ajralib qoladi. Bu jarayon qorin old devorining hamma qavatlariga tarqalib, ichak eventratsiyasiga sabab bo'lishi mumkin. Omfalitning oxirgi ikki turida infeksiya kindik tomirlariga o'tib, sepsis yoki jigar absessi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Sepsisga chalingan bemorlarda qalinlashgan hajmda kengaygan kindik tomirlari paypaslanadi.

Obyektiv tekshirganda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Kasallik surunkali kechganda omfalitning kalsinoz turini inkor qilish kerak bo'ladi, bunda yallig'lanish juda uzoq davom etadi. Aniq tashxis qo'yish uchun qorin old devorini yon tomondan rentgenografiya qilib ko'rilganda kalsifikat soyasi ko'rinadi. Kindikdan suyuqlik kelib turganda, fungusda, tug'ma kindik oqmasi aniqlanganda va xastalikning nekrotik turida chaqaloqlar flegmonasi bilan differensial taqqoslash o'tkaziladi.

Davolash. Omfalitning mahalliy turida kindik sohasi vodorod peroksidi bilan yuvilib, furatsilin 1:5000 eritmasi bilan yuviladi.

Kasallikning yiringli turida kompleks davo o'tkaziladi: keng spektrdagi antibiotiklar, vitaminlar, desensibilizatsiya qiluvchi dori vositalari, globulin tayinlanadi. Mahalliy gipertonik bog'lamlar (1 % NaCl, 25 % magneziiy sulfat, 1:5000 furatsilin eritmasi) qo'yiladi. Yiring to'xtaganidan keyin Vishnevskiy malhamini surish yara-ning tez bitishiga foyda beradi, UVCh tayinlanadi. Agar kindikda

kalsinoz aniqlansa, u qoshiqcha bilan tozalanadi va antibiotik bilan yuviladi. Omfalitning nekrotik turidagi zararlangan joy atroflariga antibiotiklar yuboriladi. Keyinchalik shu sohadan sog' to'qimagacha kichkina ko'p kesmachalar qilinadi. Mahalliy davolashdan tashqari, umumiy davo ham olib boriladi. Umumiy intensiv terapiya, anatoksin bilan immunlangan zardob, antibiotiklar sezuvchanlikni hisobga olgan holda tayinlanadi. Flegmonoz va nekrotik omfalitning davo natijasi bemorning qanchalik kech yotqizilganiga va o'tkaziladigan intensiv terapiyaga bog'liq.

Omfalit peritonit, absess, gematogen osteomielit va yiringli septik kasalliklar kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Yuqoridagi kasalliklardan tashqari, bolalar yumshoq to'qimalarining yiringli yallig'lanish jarayonlari kuzatiladi, ular quyidagilar: furunkul, furunkulyoz, karbunkul, psevdofurunkulyoz, limfadenit, adenoflegmona, absess, teri osti flegmonasi. Har biriga qisqacha ta'rif beramiz:

Furunkul (chipqon) – soch xaltasi va atrof to'qimalarning yiringli yallig'lanishi. Organizmning bir necha sohasiga furunkulning alohidalanib uchrashi – furunkulyoz; organizmning bir sohasiga (*birlashib*) furunkulning uchrashi – karbunkul, ushbu holda yallig'lanish jarayoni teri osti yog' qavati va fastsiyaga ham o'tadi, u bolalarda kam uchraydi; soch xaltasi (*follikulasi*) yallig'lanishiga – funikulit yoki follikulit; yumshoq to'qimalarning chegaralanmagan yiringli yallig'lanishi – flegmona; yumshoq to'qimalarning chegaralangan yiringli yallig'lanishi esa – absess deyiladi.

Etiopatoqenez i. Furunkulning asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokokk bo'lib, boshqa mikroorganizmlar ham bo'lishi mumkin. Stafilokokk follikul sohasiga tushib, ichkariga kirib boradi va o'tkir yiringli yallig'lanishga olib keladi. Organizmning bir-necha sohasiga furunkulning uchrashi furunkulyoz deyiladi. Organizmning bir sohasiga (*birlashib*) furunkulning uchrashi karbunkul deyiladi, karbunkulda yallig'lanish jarayoni teri osti yog' qavati va fastsiyaga ham o'tadi, karbunkul bolalarda kam uchraydi. Soch xaltasi (*follikulasi*) yallig'lanishiga funikulit yoki follikulit deyiladi.

Klinika s i. Kasallik o'tkir boshlanadi, terining ma'lum qismida qizarish va qichish paydo bo'lib, keyinchalik infiltrat hosil bo'ladi va

teri yuzasidan konussimon shish bo'rtib chiqadi. Shish biroz yaltirab, qizarib sog'lom teridan farq qiladi, infiltrat uchida qoramtir-qo'ng'ir dog' yoki yiring to'dalanib turadi. Teri osti yog' qavati nozik joylarda (lablar atrofi, qovoq, peshona sohalari) infiltrativ shish bo'lishi mumkin. Og'riq simillovchi, palpatsiyada, harakat qilganda, kiyim tek-kanda kuchayadi. Kasallikning 3–7-kunlarida infiltrat nekrozga uchraydi va soch xaltasi bilan birgalikda atrof to'qimalardan ajraladi (chipqon moddasi – nekrosterjeni). Hosil bo'lgan chuqurcha asta-sekin granulyatsion to'qima bilan to'lishib, atrofdagi shish va infiltratsiya kamaya boradi. Furunkul o'rniga oqimtir tusli, biroz cho'kkan chandiq hosil bo'ladi.

Bemor umumiy ahvoli chipqonda nisbatan qoniqarli bo'ladi, ba'zan furunkul asoratlanib, flegmona, limfangit, regional limfadenitga sabab bo'lishi, yiringli intoksikatsiya belgilari kuzatiladi. Yuz va bosh sochli qismlarida joylashgan furunkullar amaliy shifokorlarning jiddiy munosabatini talab qiladi, chunki sepsis rivojlanishi, jiddiy muammolarga olib kelishi mumkin.

Davolash. Infiltratsiya bosqichida konservativ-antibakterial, fizioterapiya muolajalari bilan davolashga harakat qilinadi, nekrosterjen – yiring hosil bo'lganda shish ustidan «xochsimon» yoki to'g'ri chiziqli kesib ochiladi va yiringli detrit olib tashlanadi. Antiseptiklar bilan ishlov berilib, gipertonik bog'lam qo'yiladi. Antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

Karbunkulni davolashda bemor shifoxonaga yotqizilib, jarohat sohasi krestsimon kesib, nekrotik to'qimalar olib tashlanadi va antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

Psedofurunkulyoz

Chaqaloqlar yog' va ter bezlarining yiringli yallig'lanishi kasalligi hisoblanadi. Chaqaloqlar yog' va ter bezlarining yiringli yallig'lanishi teri osti mikroabsesslari hosil bo'lishiga olib keladi, ushbu absesslar tashqi ko'rinishi jihatidan furunkulni eslatadi (lekin morfologik jihatdan furunkul sterjeni yo'q), shuning uchun ushbu yallig'lanish jarayoni psevdofurunkulyoz yoki *Finger absessi* deyiladi.

Etiopatogenezi. Pseudofurunkulning asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokokk bo'lib, boshqa mikroorganizmlar ham bo'lishi mumkin. Kasallikning moyillik omili bo'lib, chaqaloqlar parvarishi-ning gigiyenik qoidalarini buzilishi hisoblanadi.

Klinikasi. Kasallik boshlanishida chaqaloq bosh sochli qismida, keyinchalik bo'yin orqa qismi, yelka, dumba, bel, oyoq sohalariga kichkinagina suvli shishchalar – pustula paydo bo'lib, tezda qurib, po'stloq hosil qilishi kuzatilishi mumkin. Ba'zan ushbu joylarda no'xatdek yoki undan kattaroq teridan ko'tarilib turuvchi gumbazsimon infiltrat – shish paydo bo'ladi. Infiltrat ustidagi teri qizg'ishqo'ng'ir tusli, paypaslaganda qattiq-tarang, og'riqli. Infiltrat yiringga aylanganda fluktuatsiya – lipillash belgisi aniqlanadi.

Davolash. Infiltratsiya bosqichida konservativ-antibakterial, fizioterapiya muolajalari bilan davolashga harakat qilinadi, yiring hosil bo'lganda shish ustidan kesma olinib, ochiladi, antiseptiklar bilan ishlov berilib, gipertonik bog'lam qo'yiladi. Antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

Limfadenit

Limfa bezlarining yallig'lanishi – limfadenit deyiladi. Limfadenitni infiltratsiya va yiringli-destruksiya bosqichlari farqlanadi. Organizmga tushgan mikroorganizmlar, to'qimalar yemirilishidagi toksinlar – limfa tomirlar oqimi bilan limfa bezlarga kelib tiqiladi va u yerda turib qolib, yallig'lanish jarayonini chaqiradi. Kasallikning asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokokk bo'lib, boshqa mikroorganizmlar ham bo'lishi mumkin. Ko'pincha infeksiya kirish joylarini aniqlash mumkin (kariyesli tish, yiringli jarohat va hokazolar).

Klinikasi. Organizmdagi regional limfa bezlar sohasida shish, og'riq, keyinchalik teri ustida qizarish, palpatsiyada taranglashgan, og'riqli infiltrat aniqlanadi, flyuktuatsiya paydo bo'lishi mumkin. Yallig'lanish jarayonining limfa bezning atrof-to'qimalariga tarqalishi adenoflegmona deyiladi. Tana harorati ko'tarilishi, yiringli intoksikatsiya belgilarini kuzatiladi.

Limfadenitni tuberkulyoz, onkologik kasalliklar, gematologik kasalliklar, epid parotit, mushuk tirnagandan keyingi limfa bezlar kattalashuvi kabi kasalliklar bilan qiyoslash lozim.

Davolash. Limfadenitni infiltratsiya bosqichida konservativ – antibakterial, mahalliy malhamli bog‘lam, fizioterapiya muolajalari bilan davolashga harakat qilinadi.

Limfadenitni yiringli-destruksiya bosqichida va adenoflegmonani, umumiy og‘riqsizlantirish ostida, shish ustidan kesma olinib ochiladi, antiseptiklar bilan ishlov berilib tozalanadi, drenajlanadi, gipertonik bog‘lam qo‘yiladi. Antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

BOLALARDA O‘TKIR GEMATOGEN OSTEOMIYELIT

Bolalarda o‘tkir gematogen osteomiyelit. Suyak uch elementi-ning: suyak qobig‘i, suyak ko‘migi, suyak ichidagi yumshoq to‘qimaning yiringli yallig‘lanishi *osteomiyelit* deyiladi. Ushbu atama patologik jarayonning mohiyatini to‘liq qamrab olmaydi, chunki osteomiyelit atamasi suyak ko‘migi yallig‘lanishini bildiradi, lekin patologik jarayon suyakning barcha komponentlarini qamrab oladi, panostit atamasi mohiyatan to‘g‘ri hisoblanadi. Kasallik, asosan, qonga infeksiya tushishi, ko‘p hollarda stafilokokk, ba‘zan mikroorganizmlarning yiring tug‘dirishi natijasida paydo bo‘ladi. Kasallikni *gematogen osteomiyelit* deb atalishiga sabab shuki, bunda qon oqimi bo‘ylab suyakning biror joyiga infeksiya tushib zararlanadi va o‘sha joy yiringlay boshlaydi. Reaktiv yallig‘lanish, qon quyilishi, shish, ekssudatsiya, oqqon tanachalari yiring paydo qilib, suyak iligi to‘qimalarining irib ketishiga olib keladi. Osteomiyelit kuchli og‘riq beradigan va surunkali davom etadigan kasallik bo‘lib, kasallik keltirib chiqaruvchi mikroblar uzun naysimon suyaklarga tez joylashib oladi. Kichik yoshdagi bolalarda yiringli jarayon dastlabki 3 yosh ichida ko‘proq epifiz, 3 yoshdan kattaroq bolalarda esa metafiz, keyinroq diafizda to‘planib, bir joyga o‘rnashib oladi. Kasallik boshlanishi uchun uch asosiy omil: qo‘zg‘atuvchi, kasal organizm mikroflorasi va organizm reaktivligi muhim rol o‘ynaydi.

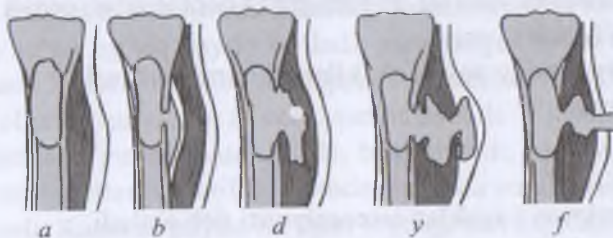
O‘tkir gematogen osteomiyelitda suyak ichi, suyakning o‘zi, suyak oralari yiring bog‘lab, yallig‘lanadi. Ko‘p hollarda tillarang stafilokokk qo‘zg‘atuvchi vazifasini bajarib, qonda ko‘payishi natijasida

ko'kimtir yiring tayoqchalarini paydo qiladi. Bu kasallik, asosan, (96 % gacha) kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. O'g'il bolalar bu xastalikka ko'p chalinadi, ularda kasallik tez kuchayadi. Buning boisi shuki, o'g'il bolalar suyagi arteriyadan ko'proq oziqlanadi. Xastalikning o'g'il bolalarda ko'p uchrashining yana bir sababi, ularning o'yinqaroqligi orqasidan lat yeyishi, beo'xshov xatti-harakatlarga moyilligidir.

O'tkir osteomiyelitni davolash va klinik yo'nalishlar bolaning yoshi, yiringli yallig'lanishning qaysi suyakda paydo bo'lgani, zararlangan joyning mahalliy belgilari, kasallik kechayotgan jarayon muddatlariga bevosita bog'liq. Yallig'lanish jarayoni dastlab kattagina joy bilan birga suyak pardasini ham qamrab oladi. Shuningdek, tomir devorlari, tomirlar atrofidagi birlashtiruvchi to'qimalar fibrin natijasida shishadi, oqarib quriydi, tomirlar torayishi kuchayadi. Qon oqimi orqali suyak ko'migiga o'tgan bakteriyalar mayda tomirchalar (kapillyar) devorlariga zaharli ta'sir o'tkazadi. Natijada o'tkazuvchanlik o'zgarishi bilan bakteriyalar membrananing ichiga kiradi va suyak ko'migi to'qimalariga o'rtnashib oladi. Patologik o'choq yuzaga kelib, shu joyda mikroblar to'plana boshlaydi. Bunda suyak iligining fagositar vazifasi ham katta ahamiyatga ega. Shu bilan birga, reaktiv yallig'lanish, qon quyilishi, shish, ekssudatsiya, oqqon tanachalari yiring paydo qilib, suyak iligi to'qimalarining irib ketishiga olib keladi. Keyinchalik, tomirlarning jarohatlanishi natijasida qonning suyuq qismi suyak pardasi qatlamining yiringlashiga, yiringning suyak ostida o'rtnashib olishiga, ya'ni yallig'lanish jarayonining kuchayishiga olib keladi. Suyak ko'migida infiltratsiya, so'ngra yiring hosil bo'lib, suyak devorini gaverson va folkman kanallari bo'yicha suyak usti pardasi ostiga chiqadi, natijada periostal absess hosil bo'ladi. Kasallik tashxislanmay, xirurgik muolaja o'z vaqtida o'tkazilmasa, jarayon yanada tarqalib, mushaklar orasiga, teri osti yog' qavatiga va terini yemirib, yiring tashqariga chiqishi mumkin (1-a; d rasmlar).

Ovqatlanishning buzilishi, oziq-ovqatning zaharli bakteriyalar urchishiga ta'siri natijasida organizm kam quvvat bo'lib, immunitet susayadi. Bu esa suyakning katta va kichik qismlarida sekvestrlar hosil bo'lishiga olib keladi. Keyinchalik bu sekvestrlar ham nobud bo'lib, suyak pardasidan hamda suyakning sekvestral qutisidan qaytadan qo-

biq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Natijada paydo bo'lgan yangi yallig'langan eski suyakni ajratib tashlaydi. Bu jarayon surunkali tarzda og'ir kechadi va suyak qayta tiklanadi.



1-rasm. O'tkir gematogen osteomiyelitda yiringli jarayon tarqalishi (sxema).

Kasallikning klinik paydo bo'lishi turlicha bo'lib, bu bolaning yoshi, organizmning quvvati, kasallik qo'zg'atuvchi mikroblarning urchishi – kuchli-kuchsizligi, xastalikning qaysi suyakda paydo bo'lgani va o'mashgan joyi, bu jarayonning oldini olish kabi mezonlarga bog'liq. Umumiy holsizlik zaharlanish belgilarining paydo bo'lishi va tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi, ayrim bolalarda xastalik hushdan ketish, alahsirash, tutqanoq, septik shok kabi belgilari bilan boshlanadi.

Yallig'lanish o'chog'i chuqur joylashgan holatlarda osteomiyelitning mahalliy belgilarini dastlab payqash qiyin, og'riqdan oyoq-qo'llar zirqiraydi, bola oyoq-qo'llarini ayab, o'rnidan qimirlashga ham qo'rqadi. Zararlangan joy paypaslab ko'rilganda yumshoq to'qimalarning taranglashganini sezish mumkin, shuningdek, xastalik uncha rivojlanmagan joylarda og'riq odatda mikroblar o'rnashib olish jarayoniga mos tarzda kuchli yoki kuchsiz bo'ladi. Keyinchalik og'riq zararlangan qo'l-oyoqlardan boshqa joyga o'tmasligi, qusish, zirqirash, shish paydo bo'lishi bilan chegaralanadi. Chaqaloqlarda kasallik septik tarzda kechadi, epifizda yiring paydo bo'ladi. Shu boisdan kasallik tezda bo'g'imlarga o'tadi. Yangi va chala tug'ilgan chaqaloqlarda ko'pincha to'qimalarning shishishi kasallikning asosiy mahalliy belgilari hisoblanadi. Ko'p hollarda qon to'planib qolishi natijasida to'qimalar qizaradi, ba'zan zararlangan joyidagi haroratni aniqlab bo'lmaydi. Oyoq-qo'llarning soxta falaj bo'lib qolishi osteomiyelit xastaligining dastlabki va har doimgi belgisidir.

T. P. Krasnobayevning klinik klassifikatsiyasiga ko'ra, o'tkir gematogen osteomiyelit quyidagi uch ko'rinishga ega:

- zaharli yoki adinamik;
- septikopiemik yoki og'ir (yiringning qontomirlari orqali yoyilishi);
- mahalliy yoki yengil.

Osteomiyelitning suyak shakllariga qarab uchrashi:

- naysimon;
- yassi;
- g'ovak;
- g'alvirsimon suyaklar osteomiyeliti deb ataladi.

Osteomiyelitning naysimon suyak qismlari uchrashiga qarab:

- epifizar (asosan, 3 yoshgacha);
- metadiafizar (asosan, 3 yosh va undan so'ng).

Osteomiyelitning naysimon suyak ko'migida rivojlanishi bosqichiga qarab:

- intramedulyar bosqich;
- ekstramedulyar kabi turlarga bo'linadi.

Osteomiyelitik jarayonning naysimon suyak ko'migida rivojlanishi bosqichiga xos klinik belgilar:

- intramedulyar fazada – tana harorati oshishi, muchalarda harakat chegaralanishi, og'riq va uning perkutor aniqlanishi;
- ekstramedulyar fazada – tana harorati oshishi, muchalarda harakat chegaralanishi, og'riq va uning perkutor aniqlanishlariga qo'shimcha ravishda mahalliy tana harorati, qizarish, shish, infiltratsiya, flyuktuatsiya aniqlanadi.

O'tkir gematogen osteomiyelitning zaharli yoki adinamik ko'rinishi. Kasallikning uchbu ko'rinishida bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'ladi, tana harorati $40-41^{\circ}\text{C}$ ga ko'tariladi, badan uvishadi, ong xiralashadi, alahsirash, gallyutsinatsiya kuzatiladi. Yurak urishi o'qtin-o'qtin to'xtab, tomir sezilar-sezilmas darajada uradi. Yurakda funksional shovqin paydo bo'lib, u gohida bir maromda uradi. Terida dumaloq qizil toshmalar, septik toshmalar (qorin va qo'l-oyoqlarda qizil dog'lar) aniqlanadi. Bola ahvolining og'irligidan zararlangan yiringli joyni aniqlash qiyin bo'ladi. Bunday holda bola og'riqdan shikoyat qilmaydi. Dastlabki kunlarda zararlangan joydagi o'zgarishlar ham sezilmaydi.

Kasallikning septikopiyemik shakli. Kasallikning bu ko'rinishida bola charchab qolayotganidan, kuchsizligidan, boshi zirqirab og'rishidan shikoyat qiladi. Tana harorati 33–39 °C darajagacha ko'tarilib, ba'zan tushib turadi. Kasallik boshlangandan bir necha soat o'tgandan so'ng og'riq paydo bo'ladi, zararlangan joyni to'laligicha egallab oladi. Zararlangan joyga ozgina tegib ketish ham kuchli og'riq beradi. Bolaning umumiy ahvoli yomonlashadi. Kasallik bolaning ruhiy holatiga ta'sir ko'rsatmasa-da, bosinqirash, asabiylashish, qu-sish, ich ketish hollari kuzatiladi. Bunday holatda yurak urishi pasayadi va tezlashadi. Kasallik paydo bo'lgan joydagi teri atroflarida, qorinda zaharli toshmalarni ko'rish mumkin. Ko'p hollarda qizil toshmalar toshadi. Bir qarashda zararlangan joy ko'zga tashlanmaydi. Ammo diqqat bilan qaralganda, zararlangan joyni topish oson. Bola holat-ni kasallik o'ziga moslashtiradi. 2–3 kundan so'ng taxmin qilingan zararlangan joy barmoqlar bilan paypaslab ko'rilganda, to'qimalarda-gi og'riqni bemor tez sezadi, to'qimalar taranglashgani tufayli og'riq kuchaya boradi. Keyinroq bolaga yordam ko'rsatilmasa, teri tagidagi shishlar qizarib, kattalashib, ayni paytda zararlangan joy atroflarida flyuktuatsiya aniqlanadi.

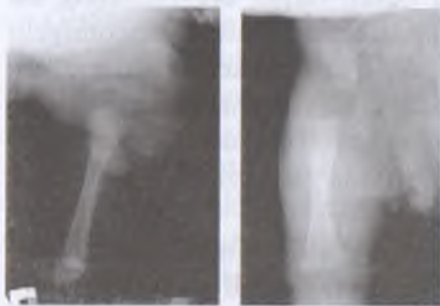
Osteomiyelitning septikopiyemik ko'rinishi uchun eng xarakterli xususiyat-metastaz (kasallikning qon oqimi orqali organizmning bir joyidan ikkinchi joyiga o'tishi) orqali yiringli infeksiya tushib, suyak-larni zararlashi, ko'pgina suyaklarda piyemik joylarni paydo qilishi, shuningdek, ichki a'zolar (o'pka, jigar, buyrak)da ham ozroq yiring paydo bo'lishidir. Metastaz – qon oqimi orqali organizmning bir joyidan ikkinchi joyiga o'tgan yiringli xastalik dastlab osteomiyelit jarayoni sifatida ko'zga tashlanmaydi, mahalliy ko'nikish hodisasi tufayli bolaning ahvoli yengillashgandek, bir maromga tushgan bo'li-shi mumkin. Bunday paytlarda bolaning ahvoli qaytadan yomonlashib qolishini to'g'ri anglash lozim. Ayni paytda yangi yiringlangan joyni izlab topish, aniqlash lozim bo'ladi.

Septikopiyemik osteomiyelitning eng og'ir ko'rinishlaridan biri bo'lib, bu yurak tashqi qopchasining (perikardit) yiringli yallig'lanishidir. Xastalikning mahalliy shaklida bolaning umumiy holati o'rtacha bo'lib, tana harorati 37–38 °C darajagacha ko'tariladi, zararlangan joyda, uning chegarasida kuchli og'riq paydo bo'ladi. Shish va flyuk-

tuatsiya ustida tezlikda qizarish aniqlanadi. Yallig‘langan joy odatda suyakning uncha katta bo‘lmagan yerining zararlanishi bilan chegaralanadi. Osteomiyelitning bu turi bemor sog‘ayishi bilan tugaydi, u qadar kuchli asorat qolmaydi, chunki u surunkali kasallika aylanishi mumkin.

Osteomiyelitning mahalliy ko‘rinishida bola holsizlikdan, ba‘zan esa boshi og‘rishidan shikoyat qiladi. Tana harorati 37–38 °C darajagacha ko‘tarilishi mumkin. Kasallik boshlangandan bemorda umumiy intoksikatsiya belgilari unchalik ko‘zga tashlanmaydi. Kasallikning dastlabki kunlari, asosan, mahalliy belgilari – shish, infiltratsiya, qizarish, og‘riq, mahalliy harorat oshganligi aniqlanadi. Keyinroq bolaga yordam ko‘rsatilmasa, teri tagidagi shishlar qizarib, kattalashadi, ayni paytda zararlangan joy atroflarida flyuktuatsiya aniqlanadi. Zararlangan joy perkussiyada og‘riq beradi. Osteomiyelitning ushbu turini yumshoq to‘qimalar flegmonasi, yiringlagan gematoma bilan qiyoslash lozim. Tashxis qo‘yilganda xastalikning o‘tkir boshlangani, terining qizargani, flyuktuatsiya tez paydo bo‘lganligi, intraoperatsion – suyak usti pardasi ko‘chganligi ma‘lum bo‘ladi.

Laboratoriya tekshiruvlari. Oqqon tanachalari miqdorining ko‘payishi, uning chap tomonga siljishi, yosh oqqon tanachalari (*mielosit*) harakatini yuzaga keltiradi. Neytrofillarning zaharli donadorligi paydo bo‘ladi. Qonda qizil qon tanachalari – gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamayadi. Eritrotsitlar cho‘kish tezligi tezlashadi va uzoq muddat yuqoriligicha qoladi. Albuminlar miqdori kamayib, globulinlar miqdori ko‘payadi. Qondagi ishqoriy muhit kamayadi, natriy va kaliy miqdori kamayadi. Oqsil moddalarining parchalanishi natijasida qondagi qoldiq azot miqdori oshadi.



2-rasm. Son suyagi rentgenogrammasi – metadiaphizda nozik chiziqli periostit belgilari.

Rentgenologik tekshirish.

Ikki proyeksiyada zararlangan soha rentgenogramma qilinadi. Kasallikning 10–12 kuni nazorat uchun qaytadan rentgenogram-

ma qilinadi, osteomiyelitning dastlabki belgilari va metadiafizda nozik chiziqli periostit belgilari aniqlanadi, osteoporoz, ba'zan osteoporoz fonida sinishga moyil bo'lgan chiziqli aniqlanadi (2-rasm).

Agar o'tkir gematogen osteomiyelit surunkali jarayonga aylangan bo'lsa, rentgenogrammada sekvestrga ega bo'lgan bo'shliq ko'rinadi, suyak to'qimalari juda ham yupqalashib qoladi (3-rasm).

Suyak chirishi (*osteonekroz*)ning rivojlanishiga tashxisni kechikib qo'yilishi, antibiotiklardan samarali foydalana olmaslik, kech xirurgik muolaja va immobilizatsiya qilish sabab bo'ladi. Regeneratsiya jarayonlarining buzilishi natijasida yangidan suyak hosil bo'lmasligi, suyakning bitmasligiga olib kelib, soxta bo'g'im hosil bo'lishiga olib keladi.

O'tkir gematogen osteomiyelitni qiyoslash lozim bo'lgan asosiy patologik holatlar. Osteomiyelitning septikopiyemik shaklini tif, terlama, meningit, gripp, qizamiq, qizilcha kabi infeksiyon kasalliklar bilan solishtirib, qiyoslab unga tashxis qo'yish talab etiladi. Yiring paydo bo'lgan joyni flegmonalar, chov atrofidagi limfa tugunlarining yallig'lanishi, infeksiyali artritlar, lat yeyishlar, sil kasalliklari, suyak shishi, poliomiylit, kortikal giperstoz bilan qo'shib differensial diagnostika qilinadi.

Chov va son limfadenitlari – xastalik xuruj qilganda, bu a'zolarida qattiq og'riq paydo bo'lib, tana harorati ko'tariladi, qo'l-oyoqlarda biroz shish paydo bo'lib, ular qo'l bilan paypaslab ko'rilganda og'riq beradi, harakat chegaralanmagan, suyaklarda perkutor og'riq aniqlanmaydi.

Revmatizmda bir necha bo'g'imlar birdaniga zararlanadi. Bunda bo'g'imlarda shish paydo bo'lib, ular nihoyatda qattiq og'riq beradi. Biroq revmatizm infeksiyasi osteomiyelitdagidek kuchli zaharlamaydi. Revma sinamalar to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi.



3-rasm. Surunkali gematogen osteomiyelitda suyak ko'rinishi.

Yiringlagan gematomalarda tana harorati baland darajaga ko'tariladi, organizm kuchli zaharlanib, oyoq-qo'llar zirqirab og'riydi. Bemor boladan so'rab ko'rilganda, uning lat yegani ma'lum bo'ladi. Yiringli gematoma joyi shishinqirab, teri qizarib turadi, keyinchalik teri ko'kimtir rangga kirib, yara ochilganda yiring bilan qoramtir qon oqib chiqadi. Yiringli gematomada suyak usti pardasining osteomiyelit bilan zaharlanish hodisasi juda kam uchraydi.

Poliomiyelitda asablar qaqshaydi, bemor o'z-o'zidan asabiylashadi. Reflekslar ishdan chiqishi, shol bo'lib qolish kuzatiladi. Lekin bemor xatti-harakatlarida va zararlangan joy paypaslab ko'rilganda ularning zirqirab og'rishi, og'riqning zo'rayishi aniqlanadi.

Suyak sili. Kasallik kuchsizroq, sekinlik bilan boshlanib, zararlangan mahalliy joyda tez rivojlanadi. Suyak sili uchun osteoporoz xarakterli bo'lib, suyak usti pardasida, zararlangan joy markazida reaksiya u qadar sezilmaydi. Epifizning zararlanishi suyak sili uchun xarakterli xususiyatdir. Uch yoshdan katta bo'lgan bolalarda esa, asosan, metafiz va diafizda osteomiyelit jarayonlari qayd etiladi.

Osteogen sarkoma. Kasallik suyaklar metafizida aniqlanib, o'sha joy rentgenga tushirilganda, suyak usti pardasining ignasimon, tarqoq holda ko'rinishi, suyak chuqurchasi to'qimalarining nuqsoni, suyak tuzilishida sekvestratsiya yo'qligi kuzatiladi.

Yuing sarkomasida naysimon uzun suyaklar diafizi zararlanadi, u sekinlik bilan yo'g'onlashib boradi. Shuningdek, osteomiyelit rentgen qilib ko'rilganda, yangi suyak o'sib chiqayotgani, xastalik uzoq davom etgan hollarda esa sekvestratsiya paydo bo'lgani aniqlanadi. Yuing sarkomasida metastaz hodisasi xastalikning qon oqimi orqali bir suyakdan boshqa suyakka o'tishi kuzatiladi.

Qobiqli giperostoz. Kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati 37,8–38,5 °C darajagacha ko'tariladi. Qo'l-oyoq zirqirab og'riydi, zararlangan joy paypaslab ko'rilganda qattiq og'riq seziladi. Suyakning diafiz qismida shish paydo bo'ladi. Rentgenologik tekshirishlar yordamida tashxis qo'yiladi (rasmda), giperostoz va osteoskleroz belgilari, suyakning qiyshaygani, suyak iligining qurib borayotgani va kanalining toraygani ko'rinadi.

Nuqsonli suyaklar deganda, suyak atrofi to'qimalarining 2 sm gacha yumshoq, to'qimalarning qisqarishi bilan bog'liq suyak butunligining buzilishi tushuniladi. Nuqsonli suyaklar hajmiga ko'ra xususiy, total hamda subtotal (suyakning uzunligi 2/3 dan kam bo'lmasligi) bo'lishi mumkin. Bundan tashqari nuqsonli suyaklar shakliga ko'ra, silindrik hamda tomonlari ponasimon yoki uchli va uch qirrali piramida shakliga o'xshab ketadi. Patologik o'zgarishlar, psevdodartroz va nuqsonli suyaklar diafiz, metafiz va epifiz aniqlanganda ko'proq uchraydi. Shuningdek, suyakning hamma qismlarini o'z ichiga olgan murakkab ko'rinishda bo'ladi.

Gematogen osteomiyelit kasalligini *brutsellyoz* kasalligi bilan ham qiyoslash lozim. Bunda tana haroratining ko'tarilishi, umumiy klinik belgilardan tashqari Vasserman reaksiyasiga laborator tekshirish kasallikka aniqlik kiritadi.

Gematogen osteomiyelit kasalligini davolashda quyidagilarga amal qilish zarur:

- yiringli yallig'lanish jarayonini batamom bartaraf etish;
- zararlangan suyakni tabiiy holatiga qaytarish;
- suyaklarning qiyshayib qolmasligiga erishish, bir-biriga qo'shib ketgan aralash to'qimalarning funksiyasini tiklash.

Kasallikning shakli, og'ir-yengilligi, zararlangan suyak to'qimalarining hajmi, bolaning yoshi, organizmning individual xususiyatlariga qarab terapiya muolajalari qo'llanadi. Shifoxonaga keltirilgan bemorga birinchi navbatda organizmni zaharsizlantirish (dezintoksikatsiya) tadbirlarini qo'llash kerak bo'ladi. Vena qontomirlariga yuboriladigan dori-darmonlar va terapevtik muolajalar laboratoriyada qon tekshirilib ko'rilganda aniqlangan kimyoviy o'zgarishlar natijalariga qarab buyuriladi.

Antibakterial muolajalar. Bu muolaja o'tkir osteomiyelitni davolashning asosiy usullaridan biri. Antibiotiklar bilan muolaja qilishni boshlashdan avval ularning ichki vena qontomirlariga, ayniqsa, suyak ichiga kuchli ta'sir qilishini hisobga olish kerak. Antibiotiklar bilan qilinadigan keyingi muolajalar zaharlangan joydagi mikroblarning sezuvchanligi bilan antibiotiklarning bir-biriga mu-

vofiqligidan kelib chiqqan holda tayinlanadi. Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligi hisobga olinib, 2–4 hafta mobaynida antibiotiklar tayinlanadi va har 10 kunda oʻrni almashtirib turiladi.

Bola organizmining umumiy holatini yaxshilovchi va simptomatik muolajalar oʻtkazish mobaynida, albatta, yurak faoliyati, nafas olish, kislorod terapiyasi qattiq nazorat qilib boriladi. Shuningdek, gimnastika bilan mashq qilishning (ogʻir ahvoldan xoli qilish boʻyicha qoʻllanadi) boshqa turlari, ogʻriqni qoldiruvchi va tanaga orom beruvchi dori-darmonlar ham qoʻllanadi. Kasallikning dastlabki kunlari bemorga kuchsiz kaloriyali, vitaminli, uglerod, yogʻ, oqsillarga boy yarim suyuq ovqatlar tanovul qilish tavsiya etiladi. Sut mahsulotlari, oʻsimlik yogʻi, parhezli mevalar, vitaminlar isteʼmol qilish maqsadga muvofiq.

Jarrohlik yoʻl bilan davolash. Jarrohlik ishi suyak ichiga igna kiritish asosida umumiy ogʻriqsizlantirish bilan boshlanadi. Shpritsga oʻrnatilgan igna yumshoq toʻqimalardan oʻtib suyakka yetib boradi, soʻng aylanma harakat bilan suyak iligi kanali boʻylab siljiydi. Ignaning oxiri qarama-qarshi qobiq qatlamiga kirgiziladi va igna ikki nuqtaga bogʻlab qoʻyiladi. Suyak iligi bosimi 60–80 mm (0,75–0,78 kPa) suv ustuniga teng boʻlishi kerak. Gematogen osteomiyelitda bosim 100 dan 500 mm suv ustuni (0,98–4,9 kPa) gacha koʻtarilib ketadi.

Operativ muolaja. Zararlangan joydagi yumshoq toʻqimalar T. P. Krasnobayev usuli boʻyicha kesiladi. Boʻgʻim nerv tomirlari oʻtgan joylarda ehtiyot boʻlib, yiring oʻchogʻi koʻrinib turgan joy terisi, teri osti yogʻ qatlami, mushak, suyak usti qobigʻi kesiladi. Mushaklar orasida yiring toʻplanib qolish xavfi borligi uchun ular orasi ochilib, suyak usti koʻriladi. Agar mushaklar orasida yiring toʻplanib qolgan boʻlsa, suyak usti qobigʻi yaraning uzunligi boʻylab ochiladi. Yumshoq toʻqimalarning bir-biridan uzilishi va suyak ustining ochilishi yiring oqishiga sharoit yaratadi. Suyak ichi bosimini kamaytirish (dekompressiyalash) maqsadida suyakni teshish (osteoperforatsiya) qilinadi (4-rasm).

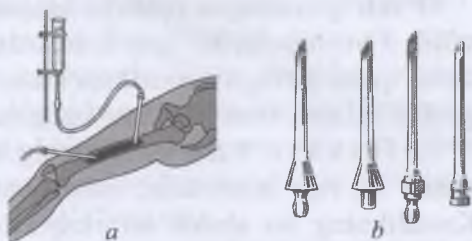
Suyakni teshish (*osteoperforatsiya*) operatsiyasi. Bu operatsiyada yumshoq toʻqimalar suyakka kesiladi. Odatda, ochilgan suyak yalangʻoch, gʻadir-budur, baʼzan kulrang koʻrinishda ham boʻladi. Elektr teshgich bilan 0,2–0,4 sm hajmdan katta boʻlmagan, ikki va undan ortiq teshikchalar teshiladi. Shunda suyak ichidagi yiring birdan

oqib chiqadi. Ba'zi hollarda suyak teshilgandan 1–2 kun o'tgandan so'ng ham yiring oqadi. Yaraga natriy xlorning gipertonik aralashmasiga ho'llangan bintdan bo'shgina qilib tiqin qo'yiladi.

Qo'l-oyoqlarni bog'lash (*immobilizatsiyalash*). Kasallikning kuchli bosqichida

qo'l-oyoqlar gipsli longetalar bilan odatdagidek bog'lab qo'yiladi, o'tkir yallig'lanish bartaraf etilgandan so'ng oyoq-qo'llar doka bilan bog'lanadi. Bunda yaraning o'rni ochiq qoldiriladi. Bog'lam 1,5–2 oy ushlab turiladi. Immobilizatsiya oyoq-qo'llarga to'la orom beradi, og'riqni kamaytiradi, zararlangan bo'g'imlarni, suyakni patologik buzilishdan asraydi va ularning qotib qolishiga yo'l qo'ymaydi.

O'tkir gematogen osteomiyelit asoratlari – yiringli metastazlar, surunkaliga o'tish, suyak sinishi, bo'g'im ankilozi, yolg'on bo'g'im hosil bo'lishi, mucha kaltalanishi, deformatsiyalanishi. Bemorda kasallik asoratlari kasallikning shakli, organizmning immunologik ta'sirchanligi, shuningdek, malakali shifokor yordami, klinik davolash muddatlariga chambarchas bog'liq. Kasallikning eng og'ir asorati – bu metastaz (kasallikning qon oqimi orqali organizmning bir joyidan ikkinchi joyiga o'tishi), zotiljam, o'pka shamollashi (*pnevmoniya*), yurakning yiringli yallig'lanishi (*perikardit*), buyrakning yiringli yallig'lanishi (*pielonefrit*) va boshqa a'zolarda yiring paydo bo'lishidir. Metafizar va diafizar osteomiyelit asoratlari patologik sinishlar guruhiga kirib ular o'z-o'zidan sodir bo'ladi yoki uncha kuchli bo'lmagan kuchanish ta'siri ostida ham ro'y beradi. Patologik sinishning sababi esa, suyak uzunasiga chirishining tez sodir bo'lishi bilan bog'liq.



4-rasm. Osteomiyelitda operativ davo prinsiplari (sxema).

Chaqaloqlarda epifizar osteomiyeliti

Suyak epifizar sohasi to'qimalarning yiringli yallig'lanishi epifizar osteomiyelit deyiladi. Kasallikning bu shakli ko'proq emadigan bolalarda qayd etiladi. Odatda, sepsis ko'rinishlaridan biriga o'xshaydi.

O'tkir gematogen epifizar osteomiyelitning o'ziga xosligi. Kasallik 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi; suyak proksimal va distal qismi yiringli yemirilishi kuzatiladi; epifiz bo'g'imda joylashganligi sababli artrit klinikasi kuzatiladi.

Klinikasi. Tana haroratining ko'tarilishi, psevdoparez, tegilganda og'riq, bezovtalik, intoksikatsiya sindromi paydo bo'ladi. Kasallikning bu shakli ko'proq emadigan bolalarda qayd etiladi (3-yoshgacha). Odatda, sepsis ko'rinishlaridan biriga o'xshaydi. Kasallik davom etishiga qarab: toksiko-septik va zararlangan joy (*mahalliy-lokal*) shakllariga ajratiladi:

Kasallikning toksiko-septik shaklida bemorning umumiy ahvoli juda tez yomonlashadi, harorat 39–40 °C darajagacha ko'tariladi, bola ko'krakni emmay qo'yadi, atrofdagi narsalarga befarq bo'lib qoladi, yuzi dardman, terisi kulrang tusga kiradi, darmonsizlanadi, chanqaydi, qusadi, ichi ketadi.

Epifizar osteomiyelitning zararlangan (*mahalliy*) shaklida avval lohaslik seziladi, keyin darmonsizlik paydo bo'lib, ishtaha yo'qoladi, asta-sekin harorat 37,5–38 °C ga ko'tariladi, bunda organizmning zaharlangani aniq seziladi.

Osteomiyelitning yuqoridagi ikki shaklida ham infeksiya o'rtnashib olgan. Tananing zararlangan joyi aniqlanmasdanoq, oyoq qo'llar qattiq og'riydi. Bu kasallikning eng muhim doimiy belgidir. Og'riq hisobidan qo'l-oyog'ini ehtiyot qiladi, psevdoparez belgisi (5–6-rasmlar). Kasallangan sohaga ta'sir etilganda bola holati og'riqqa nisbatan turli beo'xshov xatti-harakatlar bezovtalik, qattiq qichqiriq bilan namoyon bo'ladi. Bular bola qiliqlarida kun sayin kuchaya boradi. Dastlabki shifokor ko'rigida bola oyoq-qo'llarining zararlangan joyini aniqlash qiyin. Bu yiringli osteomielitning har bir shakli uchun xarakterli xususiyatdir. Odatda, kattaroq yoshdagi bolalar oyoq qo'llaridagi og'riyotgan joyni ancha aniqroq ko'rsatib bera oladi.

Qo'lning yelka suyaklaridagi epifizi zararlanganda og'riq butun gavra bo'ylab yoyiladi, bo'g'imlar harakatsiz bo'lib qoladi. Tirsak va uning yon tomonlaridagi suyaklarda yallig'lanish aniqlansa, tirsak bo'g'imlarida egiluvchan kontraktura kuzatiladi. Yelka oldi va kaft suyaklari epifizi zararlanganda panjalar osilib, barmoqlar harakati

to'xtab qolishi mumkin (11-rasm). Chanoq-son suyagi epifizi zararlanganda chanoq-son bo'g'imlarining faol harakati susayadi, qattiq og'riq beradi, darmonsizlik kuchayadi. Tizza suyaklari epifizi zararlanganda esa bo'g'imlarda to'g'ri burchakli egiluvchan kontraktura paydo bo'ladi. Katta va kichik boldir suyaklar osteomiyeliti bilan og'riganda tizzadan tovongacha bo'lgan joydagi bo'g'imlar egilmay, oyoq panjalari harakat qilmay qo'yadi (7-rasm).

Zararlangan joyning ko'rinishi. Bu joy atroflaridagi to'qimalar shishadi. Suyak usti va ostidagi qattiq shish yorilganda yumshoq to'qimalar va bo'g'imlarda sezilarli darajada harorat ko'tariladi, teri usti biroz qizaradi, flyuktuatsiya aniq ko'rinadi. Epifizar osteomiyelit rentgen orqali tekshirilganda, dastlab rentgen tasvirida suyak, bo'g'imlar oralig'ining bir necha barobar kengaygani ko'rinadi. Dastlabki rentgen tasvirida suyak tuzilishidagi buzilish u qadar aks etmagan bo'lsa, 6–7 kun o'tgandan so'nggi rentgen tasvirda suyaklar yadrosida destruktiv o'zgarishlar aniqlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi epifizar osteomiyelitni davolashda eng zarur jarrohlik ishlari bilan birga boshqa muolajalar bilan bog'liq barcha chora tadbirlar qo'llanadi. Davolash usulini tanlashda har bir bemorga individual yondashish talab etiladi.



6-rasm. Qo'lda
pseudoparez.



7-rasm. Oyoqda
pseudoparez.

Chaqaloqlar epifizar osteomiyeliti xirurgik sepsisning ko'rinishlaridan biridir. Ushbu ko'p qo'llanilib kelgan termin kasallikning asl mohiyatini aks ettirmaydi, chunki bunda epifizdan tashqari yallig'lanish alomatlari metafiz va ayrim hollarda esa diafizga tarqalgan bo'ladi, bu suyakning anatomofiziologik holatiga bog'liq bo'ladi. Kamdan kam hollarda suyakning total zararlanish hollari ham kuzatiladi. Kasallik qo'zg'atuvchi infeksiya chaqaloq organizmiga

teri, kindik qoldiqchasi va homilaning ifloslanishi, bo'g'im bo'shlig'i va suyakka gematogen hamda limfogen yo'llar orqali tushadi.

Kasallik ko'pincha boldir, son va yelka suyaklarining proksimal qismida uchraydi. Har beshta kasalning bittasida kasallik bir nechta suyakda birdaniga aniqlanadi. Chaqaloqlarning tug'ilgandagi vazni qancha kam bo'lsa, kasallik shunchalik og'ir va atipik ravishda kechadi. Osteomieliit qanchalik erta aniqlanib va o'z vaqtida davo boshlansa, kasallikning asoratlari va oqibatlari, ham funksional, ham anatomik o'zgarishlar shunchalik kam uchraydi. Shu sababli kasallikning klinik manzarasidagi erta paydo bo'ladigan belgilarga e'tibor berish kerak.

Chaqaloqlarda osteomiyelitning kechishiga ko'ra quyidagi turlari farqlanadi:

- 1) toksikoseptik;
- 2) septikopiemik;
- 3) o'tkir mahalliy.

K l i n i k a s i. Kasallikning toksikoseptik turi kam uchraydi, lekin juda o'tkir va tez boshlanadi. Tana harorati 39–40 °C gacha ko'tariladi. Bolaning umumiy ahvoli keskin og'irlashadi, holsiz bo'lib qoladi, atrofdagilarga e'tibor kamayadi. Ona ko'ragini olishdan bosh tortadi, ba'zan qaltirash paydo bo'ladi. Bemorning tashqi ko'rinishi keskinlashib, teri qoplami rangpar (kulrang) tusga kiradi. Disseptik alomatlar paydo bo'lishi mumkin, bu qayt qilish va bolaning ichi ketishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorda kuchli septik jarayon hisobiga barcha ichki a'zolar faoliyatining susayishi singari alomatlar kuzatiladi. Kasallikning mahalliy ko'rinishlari esa 1–2 kundan keyin yuzaga chiqa boshlaydi. Zararlangan bo'g'im sohasini yuzaki paypaslab ko'rish yoki harakatga keltirish bemorning qattiq og'riqdan azob chekib, bezovtalanishiga olib keladi. Chaqaloqning choyshab va tagliklari har gal almashtirilgandan keyin u ancha vaqtgacha tinchlanmasdan bezovta bo'ladi. Obyektiv tekshirishlar yordamida bo'g'im sohasida terining qizargani, shish paydo bo'lgani aniqlanadi.

Kasallikning septikopiemik turi umumiy septik ko'rinishlar bilan namoyon bo'lib, klinik belgilar yaqqol ko'zga tashlanadi. Kasallik o'tkir boshlanib, tana harorati 39–40 °C ga ko'tariladi. Bola organizmida zaharlanish alomatlari kuchayib boradi. Bu turda ham bel-

gilarning mahalliy o'zgarishlardan ustunligi kuzatilib, faqat bir necha kun o'tgandan keyin mahalliy alomatlar yaqqol namoyon bo'ladi. Bo'g'im sohasi paypaslab ko'rilganda mahalliy haroratning ko'tarilganligi, teri osti vena qontomirlarining kengayganligi, og'riq tufayli zararlangan bo'g'imning kam harakatlanishi va majburiy holatda turi-shi aniqlanadi.

O'tkir mahalliy turi asta-sekinlik bilan boshlanadi, bemorda kamqonlik alomatlari paydo bo'lib, tana harorati subfebril darajagacha ko'tariladi. Umumiy ahvol borgan sari og'irlashadi, zaharlanish alomatlari bo'lmasligi ham mumkin. Mahalliy belgilar 3—4 kunda yaqqol seziladi. Chaqaloqning har qanday faol va sust harakatdan keyin qo'l va oyoqlari ushlab ko'rilganda u bezovta bo'lib yig'laydi. E'tibor berib qaralganda esa, bemorning oyoq yoki qo'li majburiy holatda turganligini ko'rish mumkin (7-rasm). Yelka suyagi proksimal epifizi osteomiyelitida bolaning qo'li tanasiga yopishib turadi, bo'g'imlarida harakat bo'lmaydi. Yelka suyagi distal epifizi osteomiyeliti hamda bilak suyaklari proksimal epifizar osteomiyelitida tirsak bo'g'imida bukilgan kontraktura paydo bo'ladi. Bilak suyagi distal epifizi osteomiyelitida esa osilib qolgan barmoqlarda harakat bo'lmaydi.

Boldir suyagi proksimal epifizi osteomiyelitida oyoq chanoq-boldir bo'g'imi bo'ylab tashqi rotatsiya va yarim bukilgan holda bo'ladi. Chanoq-boldir va tizza bo'g'imlarida faol harakatlar kabi sust harakat ham, ayniqsa, salgina bukish og'riq beradi. Son suyagi distal epifizi osteomiyelitida tizza bo'g'imida to'g'ri burchak ostida bukilgan kontraktura paydo bo'ladi. Og'riqni kamaytirish uchun bola oyog'ini tashqari tomonga bukib yotadi. Suyaklarning epifiz qismi bo'g'im ichida joylashganligi tufayli artritning klinik manzarasi tez paydo bo'ladi va seziladi.

Kasallik boshlangan epimetafiz sohasidagi shish hisobiga bo'g'im sathi tekis yuzasining terisi yaltirab turadi, paypaslab ko'rilganda infiltrat borligi aniqlanadi. Yuzaki joylashgan bo'g'imlar osteomiyelitida (tirsak, bilak-panja, tizza, boldir-tovon) bu belgilar ancha erta paydo bo'lsa, chanoq-boldir hamda yelka bo'g'imi sohasidagi osteomiyelitda esa, bo'g'imlar qalin mushaklar bilan qoplanganligi uchun bu belgilar kechroq namoyon bo'ladi.

Agar yiring bo'g'imdan atrofdagi yumshoq to'qimalarga tarqaladigan bo'lsa, periartikulyar absess yoki flegmona alomatlari paydo bo'lib, mahalliy harorat ko'tariladi, terida qizarish kuzatiladi, teri osti venalari kengayadi va flyuktuatsiya qayd etiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida qonning laboratoriya tahlili sepsisga xos bo'ladi. Leykotsitoz ($8 \times 10^9/l - 20 \times 10^9/l$), chap tomonga siljigan neytrofil-yoz, eritrotsitlar cho'kish tezligi reaksiyasining keskin tezlashuvi va anemiya belgilari aniqlanadi.

Rentgen tasvirida chaqaloqlar osteomiyelitida kuzatiladigan belgilar, asosan, kasallikning 8–10 kunlarida boshlanadi. Dastlabki o'zgarishlar bo'g'im bo'shlig'ining kengayishi bilan namoyon bo'lib, bu holat simmetrik tarzda o'tkazilgan ikkita bir xil bo'g'imning (sog' va zararlangan) rentgen tasvirini solishtirib ko'rganda aniqlanadi. Bu davrda naysimon suyaklarning bo'g'im hosil qilishda ishtirok etuvchi epimetafiz yuzasi, asosan, tog'ay to'qimasidan tashkil topganligi uchun osteodestruksiya alomatlari aniq kuzatilmaydi. Keyinchalik jarayonning metafiz orqali suyak diafizini qisman qamrab olishi sababli, bu sohalarda suyak tuzilishida o'zgarish, ya'ni siyraklashish bilan birga chiziqli periostit paydo bo'ladi. Kasallikning o'tkir davri o'tib (20–30 kun) tuzalish yoki surunkali kechish bosqichiga o'tish davriga kelganda o'sish sohasida joylashgan suyaklanish yadrosida o'zgarishlar qayd etiladi. Bu o'zgarishlar ko'pincha suyaklanish yadrosidagi qisman destruksiya yoki uning butunlay erishi, parchalanib ketishi sifatida kechishi mumkin.

Q i y o s i y t a s h x i s flegmona va suyak sinishi bilan o'tkaziladi. Chaqaloqlar flegmonasida qo'l-oyoq harakat qildirilganda osteomiyelitdagi kabi keskin og'riq bo'lmaydi. To'qimalar infiltratsiyasi, flyuktuatsiya, mahalliy harorat tez paydo bo'ladi, u bo'g'im sohasidan uzoqroqda ham aniqlanishi mumkin.

Suyak singanda mahalliy shish, og'riq va oyoq yoki qo'l harakati chegaralangan bo'lishiga qaramay, intoksikatsiya alomatlari hamda leykotsitoz kuzatilmaydi. Yakuniy tashxis rentgen tekshiruv natijalari asosida qo'yiladi. Epifizar osteomiyelitda davolash muolajalari umumiy va mahalliy tadbirlar asosida o'tkaziladi. Umumiy davolash osteomiyelitning kechishi, intoksikatsiya darajasi, chaqaloqdagi mavjud qo'shimcha kasalliklar hamda yo'ldoshda tug'ma nuq-

sonlar bor yoki yo'qligini hisobga olgan holda, yiringli-septik kasallarni davolashning asosiy qoidalariga muvofiq makro, hamda mikroorganizmlarga ta'sir etish yo'li bilan olib boriladi.

Chaqaloqlar osteomiyelitidagi mahalliy davolash muolajalari katta yoshdagi bolalar o'rtasida uchraydigan osteomiyelitdagi davolashdan farq qiladi va uni to'g'ri tashkil qilish turli ortopedik asoratlarni kamaytirishga imkon yaratadi. Osteomiyelit bilan zararlangan qo'l yoki oyoq turli shina va moslamalar yordamida fiziologik holatda immobilizatsiya qilinadi.

Mahalliy o'choq, ya'ni bo'g'imni punksiya qilish yo'li bilan tozalanadi. Agar punksiya davolash samara bermasa artrosentez qilinib, antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Immobilizatsiya qilinadi, kompleks antibakterial, infuzion terapiya o'tkaziladi. Bo'g'imda yiringli jarayon tugagach, fizioterapiya muolajalari o'tkaziladi. Yallig'lanishning o'tkir alomatlari tugagandan keyin bo'g'imning normal faoliyatini qayta tiklash borasidagi tadbirlar, ya'ni parafinli bog'lam, uqalash tavsiya etiladi.

Epifizar osteomiyelit bilan og'rigan bemorlar 2 yil davomida ortoped nazorati ostida dispanser kuzatuvida bo'ladilar va zarur holatlarda ularga tegishli ortopedik yordam ko'rsatiladi.

Asoratlari. Kasallik davomida juda ko'p yiringli joylar va patologik siniqlarning paydo bo'lishi yara asoratlariga kiradi. Keyingi asoratlar esa suyaklarning o'sishi bilan bog'liq zonalarining zararlanishi, ayniqsa, artritlar, kontrakturalar, bo'g'imda harakat nisbatan chegaralanishi, suyakning o'smay qolishi, oyoq-qo'llar suyagi o'sishidagi me'yorning buzilishi va ularning qiyshayib qolishi bilan izohlanadi.

Surunkali osteomiyelit. Uzoqqa cho'ziluvchanligi bilan xarakterlanadigan surunkali osteomiyelitning patomorfologik shaklida zararlangan suyak sekvestrlar, sekvestral qatlam va kapsulalar mutlaqo ishdan chiqadi. Odatda, sekvestral qatlam va kapsulalar oralg'i granulyatsiya va yiring bilan qoplanadi. Kasallik qaytalanganda yaraning ko'zi yopilib qolishi mumkin. Agar kasallik kuchayib ketsa tana harorati ko'tariladi, og'riq zo'rayadi, zaharlanish ortadi. Yara ko'zidan yana oz miqdorda yiring oqa boshlaydi. Oyoq-qo'llar dastlabki zararlangan paytdagi holatga o'xshab zirqiraydi, yum-

shoq to'qimalar shishinqirab yo'g'onlashadi. Surunkali osteomiyelit qaytalanganda teri yuzasi oqarib, ishtaha kamayadi. Harorat 37–37,5 °C bo'lib, tunlari yuqori darajaga ko'tariladi. Rentgen tasvirda osteoporoz joyida osteoskleroz belgilari ko'rinadi. Odatda, ichkarida joylashgan sekvestral kapsulalar butun konturlari bilan ko'zga tashlanadi (7-rasm).

D a v o l a s h. Surunkali osteomiyelitni davolash deganda, suyaklarni trepanatsiya qilish, sekvestrlarni chiqarish, yiring granulatsiyalarini tozalab, tashqariga chiqarib yuborish (nekrotomiya, nekrosekvestroektomiya, sekvestroektomiya) tushuniladi.

Osteomiyelitning atipik turlari. Osteomiyelitning atipik turlariga Brodi absessi, Garri skleroz osteomiyeliti, Ole albuminoz osteomiyeliti va antibiotik osteomiyelitlar kiradi.

Brodi absessi (to'qimalarda to'plangan yiring). Kasallikning bu turi uzoqqa cho'ziluvchanligi bilan xarakterlanib, u kuchsiz og'riq beradi, ba'zan isitma ko'tariladi. Rentgen tasvirida zararlangan joy destruksiyasi aylana shaklida ko'rinadi. Brodi absessini davolashda zudlik bilan suyaklardagi yiring tozalab olinadi, tozalangan joy antibiotiklar bilan ishlanadi.

Garri skleroz osteomiyeliti, Ole albuminoz osteomiyeliti va antibiotik osteomiyelit juda kam uchraydi. Ularning klinik ko'rinishi Brodi osteomiyelitiga o'xshab ketadi, ularni davolashda ham mazkur usul qo'llanadi.

VAZIYATLI MASALALAR

Vaziyatli masala № 1.

S. ismli bemor, 2 kunlik chaqaloq, tug'uruqxonadan bolalar xirurgiyasi bo'limiga ko'chirilgan. Chaqaloqni tug'ilgandan darhol burun va og'zidan ko'p miqdorda ko'pikli ajralma kela boshlagan. Birinchi kun oxiriga borib bemorda nafas aritmiyasi, hansirash, sianoz belgilari paydo bo'lgan. Nafas olish soni 1 daqiqada 54 marta daqiqada. O'pkasida turli kalibrli xirillashlar hamma joyida eshitiladi. Puls 1 daqiqada 146 marta. Yurak tonlari kuchli, bir maromda. Yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi. Jigar qovurg'a yoyidan 1,5 *sm* chiqib turibdi, taloq paypaslanmaydi. Mekoniy bo'lgan. Qorni dam, ko'proq epigastral sohasida, tarang emas, palpatsiyada og'riqsiz.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.

2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday tekshirish usullarini o'tkazish zarur.

3. Operatsiya oldi tayyorgarlik va davolash taktikasi.

Vaziyatli masala № 2.

D. ismli qiz bola, 6 soatlik chaqaloq, tug'uruqxonada. Anamnezidan ma'lumki, onasi 21 yoshda. Homiladorlik va tug'uruq birinchisi. Mazkur homiladorlikning 8–9 haftaligida 3 kun davomida mayda nuqtali toshmalar toshgan va bo'yin sohasida og'riq bezovta qilgan. Homilaning uchinchi uch oyligi homilaning tushishi xavfi bilan o'tgan. Tug'uruq 35–36 haftalik muddatda bo'lgan, bunda homila suvlari xira, Apgar shkalasi bo'yicha 6–7 ball., tana og'irligi 2050 *gr*, bo'yi 41 *sm*.

Bola tug'ilgandan keyingi ko'rikda anal sohasida orqa chiqaruv teshigi yo'qligi aniqlangan. Qorin odatdagi shaklda, dam emas. Bola yig'laganda uretradan gaz pufaklari ajraladi. Siydik mekoniy bilan aralashgan.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.

2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish zarur.

3. Bemorni davolash usulini aniqlang.

4. Mazkur nuqsonlarda qanday operativ usullar qo'llaniladi?

Vaziyatli masala № 3.

S. ismli qiz bola, 10 yoshida tuman shifoxonasida o'tkir flegmonoz

appenditsit bo'yicha shoshilinch operatsiya qilingan. Operatsiyadan keyingi davr silliq o'tgan. 4-kuni bemor axlati suyuq patologik aralashmalarisiz o'ta boshlagan (kuniga 4 marta). Bola qov usti sohasidagi og'riqdan, defekatsiya vaqtida og'riqdan shikoyat qiladi, tana harorati 37,6 °C gacha ko'tarilgan. Umumiy ahvoli o'rta og'irlikda, hushi aniq, holsiz. Harorati – 38,4 °C. Teri va ko'rinarli shilliq qavatlari och pushti rangda, toza. O'pkasida nafas vezikulyar, nafas soni 1 daqiqada 24 ta, yurak tonlari aniq. Puls daqiqasiga 112 ta. Qorni odatdagidek, dam emas. O'ng yonbosh sohasida operatsiyadan keyingi 6 sm jarohat bor, jarohat choklari yaxshi turibdi, yallig'lanish belgilarisiz. Qorni paypaslaganda yumshoq, qov usti sohasi og'riqli, Shyotkin–Blyumberg belgisi kuchsiz musbat. Mushak defansi aniqlanmaydi. Rektal tekshirishda to'g'ri ichak old devorida diametri 4 sm li qattiq konsistensiyali, o'rtasida yumshoq o'choqli hosila aniqlanadi, to'g'ri ichak ampulasi bo'sh. Ich o'tishi kuniga 4 marta, siyishi erkin.

1. Tashxis qo'ying.
2. Mazkur kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lgan omilni aniqlang.
3. Diagnostikasi.
4. Davolash usullari.

Vaziyatli masala № 4.

I. ismli bola, 22 kunlik chaqaloq, bolalar jarrohlik bo'limiga onasi-ning so'ziga ko'ra emizgandan keyin qusish shikoyati bilan yotqizildi. Bolada qusish yotganda, qichqirganda, yig'laganda yuzaga keldi. Umumiy ahvoli og'ir. Ko'rik paytida bolada qisman kekirish bor. Ishthasi kamaygan. Suyuq bariy bilan Trendelenburg holatida kontrastli rentgenografiya qilinganda bariy aralashmasini oshqozondan qizilo'ngachga qaytishi aniqlanadi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach shilliq qavatida turg'un peptik yaralar aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish mumkin?
3. Mazkur kasallikda qanday davolash usuli qo'llaniladi.

Vaziyatli masala № 5.

A. ismli 3 yoshli o'g'il bola, shifoxonaga onasi so'zidan rejali ravishda mustaqil axlat kelmasligiga, meteorizmga shikoyat bilan murojaat qildi. Kasalligi 5 oyligida, qo'shimcha ovqat berishdan ke-

yin boshlangan, shundan so'ng bolada vaqti-vaqti bilan ich qotishi va qorin dam bo'lishi va qayt qilish bezovta qilgan. Tozalovchi huqnadan so'ng yoki gaz chiqaruvchi nay o'rnatilgandan so'ng ichi o'tgan.

Ko'rik vaqtida umumiy ahvoli og'ir. Bolaning fizik rivojlanishi orqada qolmoqda. Ishthasi sust. Gipotrofik. Teri qoplamalari oqimtir. Qorin hajmi simmetrik kattalashgan, palpatsiyada yumshoq, og'riqsiz. Auskultatsiyada ichaklarning harakati shovqini baland eshitiladi. To'g'ri ichak barmoq bilan ko'rilganda ampula bo'sh, sfinkter tonusi oshgan. Qon umumiy tahlilida o'rta darajali anemiya aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.

2. Davolash usulini belgilang.

3. Xirurgik davolash usullari va muddatini ayting.

Vaziyatli masala № 6.

K. ismli bola, yoshi 13 da, tez charchashga, tez-tez bosh og'rishiga, fizik zo'riqish vaqtida balg'amli yo'talga, vaqti-vaqti bilan to'sh sohasidagi og'riqqa shikoyat bilan murojaat qildi. Anamnezida bola tez-tez bronxit bilan kasallanib turadi. Yo'tal doimo kuzatilmoqda, kasallik avj olgan vaqtlarda kuchayadi. Ajralgan balg'am yiringli. Tana harorati subfebril. O'tkazgan kasalliklari: gripp, qizamiq, bronxit, o'tkir pnevmoniya. Bola tana massasi defitsiti 35 % gacha. Teri qoplamalari oqimtir, nam. Oyoq-qo'l barmoqlari tirnoq falangalari baraban tayoqchasi ko'rinishiga ega. Puls daqiqasiga 84 marta. Nafas olish soni 28 marta. Ko'krak qafasi chap tomoni nafas aktida orqada qolmoqda. Nafas aktida yordamchi mushaklar ishtirok etmoqda. Chap o'pkaning havo sig'imi kamaygan. Auskultatsiyada mayda pufakchali xirillashlar, ko'proq chap o'pka pastki va yon sohalarida.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.

2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday tekshirish usullarini o'tkazish zarur.

3. Konservativ terapiya va mazkur kasallikning xirurgik davolash usullari.

Vaziyatli masala № 7.

S. ismli o'g'il bola, 20 soatlik chaqaloq. Tug'uruqdan 4 soat o'tgach bola ivigan sut va o't aralash qusgan. Qusiq moddasi ko'p miqdorda.

Ko'rik vaqtida qorin notekis, epigastral sohasi shishgan. Shish qusgandan so'ng kichiklashgan. Qorin paypaslaganda yumshoq, ham-

ma sohalari og'riqsiz. Jigar qovurg'a yoyidan 1,5 *sm* chiqqan, taloq paypaslanmaydi. Mekoniy ajralgan. Puls 1 daqiqada 146 marttagacha. Yurak tonlari aniq, ritmik. Yurak cho'qqisida sistolik shovqin. NS daqiqasiga 53 marta. O'pkasida ho'l xirillashlar eshitildi. Bolalar xirurgi ko'rigidan so'ng bolani bolalar xirurgiyasi bo'limiga ko'chirish tavsiya etilgan.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday tekshirish usullarini o'tkazish zarur?
3. Operativ davolash usullari.
4. Operatsiyadan keyingi davrda bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarni ayting.

Vaziyatli masala № 8.

I. ismli chaqaloq, 1 kunlik, bolalar jarrohligi bo'limiga o'sib boruvchi nafas yetishmovchiligi klinikasi bilan yotqizildi. Bolada tug'ili-shi bilanoq nafasning qiyinlashuvi, kuchli hansirash 1 daqiqada 62 tagacha, qichqirganda va tinchlikda kuchayuvchi sianoz yuzaga kelingan. Nafas yetishmovchiligi progressiv kuchayib borgan. Bo'limga olib kelinganda ahvoli og'ir, teri qoplamlarida yaqqol diffuz sianoz mavjud. Ko'krak qafasini chap tomondan bochkasimon shish ko'rinishidagi deformatsiyasi aniqlanadi. Nafas qiyinlashgan, nafasda yordamchi mushaklar ishtirok etadi, 1 daqiqada 86 marttagacha, hansirash kuzatilmoqda. Perkussiyada chap tomonda timpanik tovush, auskultatsiyada o'ngdan susaygan nafas, xirillashlar eshitiladi, chapdan esa o'pka tovushi eshitilmaydi. Yurak tonlari to'shdan o'ng tomonda eshitiladi. Puls daqiqasiga 160 marta. Qorin shakli assimetrik.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Plevra ichidagi zo'riqish simptomlarining oshib borishiga sabab nima?
3. Operativ davolashga ko'rsatma va uning asosiy bosqichlari.

Vaziyatli masala № 9.

V. ismli chaqaloq, 5 kunlik. 3 kunligida chaqaloqlar patologiyasi bo'limiga olib kelindi. Shikoyati qorinning doimiy damligiga, oshqozon mahsulotlarining dimlanishiga, o't rangli qusishga, holsizlikka, teri qoplamlarining oqarishiga, tana haroratining 38,3 °C gacha ko'tarilishiga.

Ko'rikda ahvoli og'ir, holsiz. Teri qoplamlari kulrang-yer rangli, akrosianoz. Katta liqildoq $3 \times 2,5$ sm, shishmagan. O'pkasida dag'al nafas, xirillashlar yo'q. NS daqiqasiga 50 marta. Yurak tonlari aniq. Puls daqiqasiga 137 marta. AQB – 80/40 mm. sim. ust.ga teng. Qorin bir tekis damlagan, ichaklar peristaltikasi ko'rinib turibdi, palpat-siya qilishning iloji yo'q, palpatsiya qilganda qattiq bezovtalanadi. Qorin bo'shlig'ida biron-bir qo'shimcha hosila aniqlanmaydi. Jigar qovurg'a yoyidan 3,5 sm chiqib turibdi, taloq paypaslanadi. Mekoniy chiqmagan.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish kerak?
3. Operatsiya oldi tayyorgarlikning o'ziga xosligi.
4. Mazkur bemorda qanday davolash usuli qo'llaniladi?

Vaziyatli masala № 10.

S. ismli o'g'il bola. 14 soatlik chaqaloq, tug'uruqxonada. Anam-nezidan ma'lumki, onasi 20 yosh. Birinchi homiladorlik, birinchi tug'uruq, homiladorlikning 8–9 haftaligida 3 kun davomida bo'yin sohasida og'riq bezovta qilgan va nuqtasimon toshmalar bo'lgan. Homiladorlikning uchinchi uch oyligida homila tushishi xavfi bilan o'tgan, tug'uruq 35–36 haftada bo'lgan, homila suvi loyqalashgan, Apgar shkalasi bo'yicha 6–7 ball. bilan baholangan. Tana massasi tug'ilganda 2050 gr, uzunligi 41 sm. Tug'uruqxonada ko'rikda teri bilan qoplanmagan kindik tizimchasi asosidan chiquvchi o'lchami 15×10 sm o'smasimon bo'rtma aniqlandi. Hosila cho'zilgan amnion pardasi bilan qoplangan, bu parda orqali ingichka ichak tutqichi va jigar ko'rinadi. Yallig'lanish belgilari yo'q.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz.
2. Tug'uruqxonada birinchi yordam.
3. Bu patologiyada bolalarda qanday operatsiya turlari bajariladi?
4. Asoratlari.

Vaziyatli masala № 11.

N. ismli bemor. 17 kunlik chaqaloq, onasi kasalxonaga kasallik boshlangandan ikkinchi kuni bolaning umumiy ahvoli og'irligi, ko'krakdan bosh tortishi, tana haroratining febrilgacha ko'tarilishi shikoyati bilan kelgan. Kelganda umumiy ahvoli o'rta og'ir, bezovta. Tana harorati 38,2 °C. Teri qoplami oqimtir, namligi o'rtacha. O'ng

ko'krak bezi sohasida giperemiya, markazdan periferiyaga tarqalgan, uning markazida flyuktuatsiya aniqlandi. Yumshoq to'qima shishgan va qattiqlashgan. Til oq karash bilan qoplangan, nam. NS daqiqasiga 48 marta, pulsi daqiqasiga 147 marta. Qon tahlili: eritrosit – $4,76 \times 10^{12}$; gemoglobin – 140 g/l; rang ko'rsatkich – 1,0; trombositlar – 310 ming; leykotsitlar – $14,3 \times 10^9$ g/l; eozin – 2 %; tayoqcha yadroli – 8 %; segment yadroli – 39 %; limfotsitlar – 40 %; monotsitlar – 11 %; EChT – 28 mm/s.

1. Taxminiy tashxis qo'ying.
2. Kichik yoshli bolalarda bu kasallikning rivojlanish sabablari.
3. Qo'llaniladigan davolash usuli.

Vaziyatli masala № 12.

A. ismli chaqaloq, 1,5 oylik. Kasallik boshlangandan 2 hafta o't-gach fontansimon, o'tkir, achchiq hidli qayt qilish, tana og'irligining kamayishi va kam siyishiga shikoyat bilan kelgan. Kasallik o'tkir, emizishdan keyin va emizganga nisbatan ko'p ivigan sutli qusish bilan boshlangan. Ko'rsatilgan simptomlar doimiy xarakterda bo'lib, kuchayib borgan. Uch kun avval bola holsiz bo'lib qolgan, siyishlar soni miqdori har porsiyada kamaygan. 3 kundan buyon ichi o'tmagan. Ko'rikda bolaning atrofga reaksiyasi sust, yuz qiyofasi dardman, tana massasi 3200 gr. Terisi oqimtir, shilliq qavatlari och pushti rangda va quruq. Liqildoq cho'kkan. Teri osti yog' qavati kamaygan. Puls daqiqasiga 132 marta. NS daqiqasiga 34 marta. Emizishga harakat qilinganda qusishdan keyin epigastral sohadagi kamayuvchi shish e'tiborni o'ziga tortadi. Qorin devori bo'ylab silanganda me'da peristaltikasi to'liqini yuzaga keladi. *Perrectum*: ampula bo'sh, sfinkter tonusi oshgan.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish kerak?
3. Operatsiya old tayyorgarlik nimalarni o'z ichiga oladi?
4. Operativ davo usullari.

Vaziyatli masala № 13.

S. ismli bemor qizaloq, 5 yoshda, bolalar jarrohlik bo'limiga rejali tartibda to'g'ri ichakdan davriy ravishda (haftasiga 2–3 marta) qon kelishi shikoyati bilan kelgan. Ota-onasining so'zidan 1 oydan beri bemorning defekatsiya akti oxirida qizil alvon rangdagi qon borligi aniqlangan. Ajraladigan qon miqdori turlicha – bir necha tomchidan

3–5 ml gacha. Ayrim vaqtlarda axlat soʻngida anal sohasidan pushti rangda hosila chiqishi kuzatilgan.

Kelganda ahvoli qoniqarli. Teri qoplami oqimtir pushti, namligi oʻrtacha. Qorin simmetrik, damsiz, nafas olishda ishtirok etadi, yumshoq, ogʻriqsiz. Anus sohasi oʻzgarishsiz, toza. Axlat shakllangan, regulyar.

1. Taxminiy tashxis qoʻying.

2. Tashxis qoʻyish uchun qanday qoʻshimcha tekshirish usullaridan foydalaniladi?

3. Bemorni davolash usuli.

4. Konservativ va jarrohlik davolash usullari.

Vaziyatli masala № 14.

D. ismli oʻgʻil bola, 12 soatlik chaqaloq, tugʻuruqxonada. Anamnezidan, homiladorlikning 8–9 haftaligida 3 kun davomida boʻyin sohasida ogʻriq bezovta qilgan va nuqtasimon toshmalar boʻlgan. Homiladorlikning uchinchi oyligida homila tushishi xavfi bilan oʻtgan, tugʻuruq 35–36 haftada boʻlgan, homila suvi loyqalashgan, tana massasi tugʻilganda 2050 gr, uzunligi 41 sm. Tugʻuruqxonada birinchi koʻrikda kindikdan oʻngda qorin oldingi devorida defekt borligi aniqlandi, oʻlchami $4 \times 2,5$ sm, ingichka ichak tutqichi eventeratsiyasi kuzatilgan. Kindik tizimchasi oʻzgarishsiz. Ingichka ichak tutqichlari bir-biri bilan yopishgan, ayrim joylari toʻq rangda.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz.

2. Ushbu bemorga davolash usulini koʻrsating.

3. Operatsiya old tayyorgarligi, uning davomiyligi va xususiyatlari.

4. Bolalardagi bu patologiyada qanday jarrohlik usullari qoʻllaniladi?

Vaziyatli masala № 15.

N. ismli bemor, 1 oy-u 10 kunlik, kasalxonaga kasallikning birinchi kuni oxirida oʻng chov sohasida hosilaning borligi shikoyati bilan kelgan. Anamnezidan oʻng chov sohasidagi shish katta va kichiklashib turgan. Kasallik oʻtkir, sababsiz toʻsatdan bezovtalik bilan boshlangan, 2 marta qusgan. Oʻng sohada oʻsmasimon hosila hosil boʻlgan. Kelganda umumiy ahvoli oʻrta ogʻir, bezovta. Harorati $37,9^{\circ}\text{C}$. Oʻng chov sohasida ogʻriqli oʻsmasimon hosila, tarang, qattiq elastik konsistensiyali, qorin boʻshligʻida toʻgʻrilanmaydi. Yorgʻoqda ikkala moyak aniqlanadi, bir xil shaklda va konsistensiyada.

1. Taxminiy tashxis qo'ying.
2. Yosh bolalarda bu kasallikning rivojlanish sabablari.
3. Mazkur patologiyada bolalarda konservativ davolash xususiyatlari.
4. Mazkur patologiyada bolalarda operativ davolash xususiyatlari.

Vaziyatli masala № 16.

S. ismli o'g'il bola, 2 yoshda, ota-onasi bolaning qorin chap sohasida o'smasimon hosila borligiga shikoyat qilib kelgan, bu hosilani 3 kun oldin cho'miltirish vaqtida sezib qolishgan. Yana shu aniqlandiki, bolada keyingi 6 oy davomida sababsiz bezovtalik xurujlari, tez-tez siyish kuzatiladi. Bola holsiz, jismoniy rivojlanishdan orqada qolgan.

Ko'rik vaqtida teri qoplami va ko'rinadigan shilliq pardalari oqimtir pushti rangda va toza ekanligi aniqlangan. Teri osti yog' qavati sust rivojlangan. O'pkada nafas ko'krak qafasining ikkala tomonidan bir xil eshitiladi, xirillashlar yo'q. NS daqiqasiga 28 marta. Yurak tonlari aniq, maromda. Puls daqiqasiga 110 marta. Qorin to'g'ri shaklda, damsiz, palpatsiyada yumshoq, chap yon sohada elastik konsistensiyali, kuchsiz og'riqli, harakatchan, o'lchami 5–3 sm li hosila aniqlanadi. Peritonal simptomlar manfiy. Axlat va diurez maromida.

1. Tashxis qo'ying.
2. Kasallikning klinik tasviri.
3. Davolash usullari.

Vaziyatli masala № 17.

I. ismli qiz bola, 6 yoshda, shoshilinch tartibda yengil jismoniy harakat vaqtida hansirash, holsizlik, yo'tal, subfebril haroratga shikoyat bilan kelgan. Ko'rsatilgan shikoyatlar 3 kun oldin yuzaga kelgan. Shuningdek, oxirgi 2 hafta davomida bolada quruq, qattiq og'riqli yo'tal bo'lgan. Kasalxonaga kelganda umumiy ahvoli yaxshi emas edi. Teri qoplami oqimtir pushti, burun-lab uchburchagida sianoz bor. Palpatsiyada bo'yinning oldingi yuzasida va bo'yinturuq o'ymasida qor g'ichirlashi simptomi musbat, bo'yin yumshoq to'qimasining shishi aniqlanadi. Ko'krak qafasi simmetrik, nafas olishda ishtirok etadi. O'pkada nafas ko'krak qafasining ikkala tomonidan o'tadi, qattiq, turli pufakchali xirillashlar eshitiladi. NS daqiqasiga 30 marta. Yurak tonlari aniq, bir maromda. Puls daqiqasiga 110 marta. Qorin damsiz, palpatsiyada yumshoq, hamma qismlari og'riqsiz. Tahorat me'yorida.

1. Tashxis qo'ying.
2. Kasallikning tipik klinik tasviri.
3. Davolash usullari.

Vaziyatli masala № 18.

M. ismli o'g'il bola, pulmonologiya bo'limidan bolalar jarrohlik bo'limiga o'tkazilgan. Pulmonologiya bo'limida o'tkir pnevmoniya bo'yicha davolangan. 4 soat davomida bolaning ahvoli keskin yomonlashgan: bezovtalik, teri rangining oqarishi, sovuq yopishqoq ter, nafas olishning qiyinlashuvi, taxikardiya kuzatilgan. Ko'rikda bola og'zini ochib nafas oladi, yuzida qo'rquv, g'amgin, teri qoplami oqimtir, burun-lab uchburchagida, qo'l-oyoqlarida sianoz. NS daqiqasiga 50 marta, puls daqiqasiga 135 marta, kuchsiz, ipsimon, tonlar bo'g'iqlashgan. Ko'krak qafasining chap tomoni nafas olishdan orqada qolgan. Nafas olishda yordamchi mushaklar ishtirok etadi. Qovurg'alar oralig'i tekislangan. Perkussiyada yuqori qismida timpanik, pastki qismida bo'g'iq. Auskultatsiyada chap tomondan nafas o'tmaydi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Yuqoridagi patologiya qaysi kasalliklar bilan taqqoslanadi?
3. Bemorni davolash usuli.
4. Operatsiyadan keyingi davrda bemorni davolash.

Vaziyatli masala № 19.

L. ismli bemor, 1,5 yoshda, kasalxonaga kasallik boshlangandan 11 soat o'tgach kelgan. Anamnezidan: kasallik o'tkir boshlangan, bezovtalangan, oyoqlarini qorniga tirab olgan. Bezovtalik xuruji tinchlik bilan almashinib turgan. Yegan ovqatini 2 marta qayt qilgan. Bemor kasalxonaga kelganda umumiy ahvoli o'rta og'ir, lanj, harakatsiz. Puls daqiqasiga 120 marta, NS daqiqasiga 31 marta. Teri qoplami oqimtir, namligi o'rtacha. Qorin yumshoq, o'ng yonbosh o'lchami 8–4 sm li hosila paypaslanadi. Qorinparda yallig'lanish simptomi manfiy. *Perectum* tekshirilganda patologik hosila aniqlanmaydi, ampula bo'sh, qo'lqopda to'q rangli qon aralashmasi bilan shilliq aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Tashxis qo'yish uchun qanday qo'shimcha tekshirish usullarini o'tkazish kerak?
3. Konservativ davolashga qarshi ko'rsatma.

4. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Vaziyatli masala № 20.

A. ismli bemor, 1 yosh 6 oylik, kasallik boshlangandan 10 kun keyin shifoxonaning qabul bo'limiga kelgan. Kasallik ko'p marta suyuq axlat, tana haroratining 38,5 °C gacha ko'tarilishi bilan boshlangan. Somatik statsionarda enterokolit tashxisi bilan davolangan. Davolash o'tkazilganiga qaramay, ahvoli yaxshilanmagan, qorinda og'riq, febril harorat saqlangan. Keyinchalik, bemor tekshirish va davolash uchun xirurgik statsionarga o'tkazilgan. Bolaning umumiy ahvoli og'ir. Qorin dam, palpatsiyada qorinning pastki qismi og'riqli, ko'proq o'ng tomonda qattiq konsistensiyali, harakatsiz, og'riqli hosila aniqlanadi, qorin mushaklari o'rtacha taranglikda, Shyotkin-Blyumberg simptomi kuchsiz musbat. *Perrectum* tekshirganda to'g'ri ichakning oldingi devorida qattiq elastik hosila aniqlanadi, og'riqli va rigidligi yuqori. Axlat 1 marta bo'lgan. UTT tekshiruvida o'ng mezogastorda yumaloq shaklli hosila 66–55 mm, notekis konturli, exogenligi past, markazida o'lchami 21–19 mm bo'lgan suyuq komponentli hosila aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.
2. Bemorning keyingi davolanish usulini aniqlang.
3. Operativ davolash prinsiplari va operatsiyadan keyingi davo.

Vaziyatli masala № 21.

M. ismli bemor, 5 yoshda, poliklinikaga chap chov sohasida og'riqli hosila bilan murojaat qilgan. 2 hafta oldin bolaning ota-onasi chap chov sohasidagi hosilaga e'tibor berishgan, hosila bola tinch holatida yo'qoladi, lekin yo'tal va kuchangan vaqtda hosil bo'ladi. Keyingi 2 kun davomida hosila asta-sekin chov sohasida aniqlangan va yurgan vaqtda og'riq bezovta qilgan. Kelgan vaqtda ahvoli qoniqarli. Chap chov sohasida ovalsimon shaklli og'riqsiz hosila aniqlanadi, yorg'oqqa tushganda bir tomoni cho'zilgan, uning assimetriyasi kuzatiladi. Hosila konsistensiyasi – elastik. Gorizontol holatda qorin bo'shlig'iga tez to'g'rılanadi. Natijada g'uldirash eshutiladi. Shuningdek, bola yo'talganida turtki simptomi musbatligi ham aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxis.
2. Bu kasallik klassifikatsiyasi.
3. Davolash usullari.

VAZIYATLI MASALALARNING JAVOBLARI

Masala javobi № 1.

1. Qizilo'ngach atreziyasi, pastki traxeo-qizilo'ngachli oqma bilan, aspiratsion pnevmoniya.

2. Qizilo'ngachni kateter bilan tekshirish, Elefant sinamasi, ko'krak qafasi va qorin sohalari umumiy rentgenografiyasi, qizilo'ngachga rezina zond kiritib rentgen tekshirishini o'tkazish, qizilo'ngachni rentgen kontrastli tekshirish

3. Operatsiya oldi tayyorgarlik tug'uruqxonada boshlanadi, bunda har 15–20 daqiqada burun va og'iz orqali ajralma so'rib olinishi kerak, kislorod beriladi va og'iz orqali ovqatlantirish man qilinadi. Bola kuvezda maxsus brigada bilan maksimal tez muddatlarda bolalar xirurgiyasi bo'limiga ko'chiriladi. Operatsiya oldi tayyorgarlik muddati gomeostaz va gemodinamikadagi o'zgarishlar, nafas yetishmaslik va dehidratatsiya darajasiga bog'liq.

4. Operatsiya usuli atreziya shakli va bemor ahvoliga qarab belgilanadi. Agarda qizilo'ngach oxirlari o'rtasidagi diastaz 1,5–2 sm gacha bo'lsa oxirma-oxir anastomoz qo'yiladi. Diastazalar masofasi katta bo'lsa, bo'yin sohasiga ezofagostoma va Kader bo'yicha gastrostoma o'rnatiladi. Ezofago va gastrostomali bolalar 2–3 oylikdan 3 yoshgacha ikkinchi bosqich operatsiyasi – yo'g'on ichak transplantati bilan plastika qilinadi.

Masala javobi № 2.

1. Yuqorigi atreziya to'g'ri ichak – qovuq oqmasi bilan.

2. UTT, Vangensten–Rays bo'yicha invertogramma, fistulografiya.

3. To'g'ri ichak va anal teshigining atreziyasi xirurgik korreksiyaning talab etadi, faqatgina anal teshigini torayishini ayrim formalarini bujilash orqali davolash mumkin. Shoshilinch operatsiyaga ko'rsatmalar atreziyaning oqmalarsiz shakllari, mekonini ajralishiga to'sqinlik qiladigan siydik tizimiga ochilgan oqmalar va jinsiy tizimga yoki oraliqqa ochilgan tor oqmalar bo'lib hisoblanadi.

4. Oraliq va qorin–oraliq proktoplastikasi operatsiyalari qo'llaniladi.

Masala javobi № 3.

1. Duglas sohasi absessi.

2. Qorin bo'shlig'ini operatsiya vaqtida yetarlicha sanatsiya qilmaslik.

3. UTT, to'g'ri ichak orqali absessni punksiya qilish.

4. Qorin bo'shlig'i infiltrati, dizenteriya, tuxumdon kistasi, qorin ichki qon ketishi.

5. To'g'ri ichak orqali absess punksiya qilinadi, yiring topilgandan so'ng shu joydan skalpel orqali teshiladi va absess ochiladi, yiringli bo'shliq sanatsiya qilanadi va drenajlanadi.

Masala javobi № 4.

1. Qizilo'ngach xalaziyasi.

2. Me'da mahsulotlarini qizilo'ngachga kun davomida necha marta qaytishini aniqlash uchun uzaytirilgan N-metriya o'tkazish kerak. Gastroezofagal sintigrafiya.

3. Qizilo'ngach axalaziyasi, diafragmal churra, eroziv ezofagit, pilorospazm, pilorostenoz.

4. Konservativ davolashda nomedikamentoz va medikamentoz davolash usullari qo'llaniladi. Birinchi usulga (postural terapiya) va dietoterapiya kiradi. Kichik yoshdagi bolalarda doimo boshi 45° ko'tarilgan holatda, bolani ovqatlanirgandan so'ng doimo 20–30 daqiqa vertikal holatda ushlash tavsiya etiladi. Katta yoshli bolalarda ovqatlanishdan so'ng toza havoda sayr qilish, ammo egilish bilan bajariladigan jismoniy zo'riqishlardan ozod bo'lishi zarur. Medikamentoz davo reflyuktantning qizilo'ngach shilliq qavatiga nojo'ya ta'sirini kamaytirishga asoslangan. Hozirgi vaqtda bolalarda kasallikni xirurgik yo'l bilan davolashda Nissen operatsiyasi qo'llaniladi, bunda oshqozon tubidan qizilo'ngach terminal qismini o'rab olgan manjetka yasaladi, u esa kardial qism yetishmasligini oldini oladi.

Masala javobi № 5.

1. Girshprung kasalligi, rektosigmoidal formasi, dekompensatsiya bosqichi.

2. Bolalarda kasallikning yetakchi simptomlari mustaqil axlat qilmaslik (surunkali ich qotishi) va qorin dam bo'lishi. Surunkali axlatli intoksikatsiya.

3. Obturatsion pastki ichak tutilishi, ichak teshilishi, kolit, axlatli intoksikatsiya yurak-tomir va nafas tizimi faoliyatini buzilishi.

4. Anamnez – ich qotish vaqti. Irrigografiya (aganglioz va sup-rastenotik kengaygan sohalar borligi). Yo'g'on ichak devori biopsiyasi. Rektoanal manometriya. To'g'ri ichak elektromiografiyasi.

5. Radikal operatsiya muddati kasallikka diagnoz qo'yilgan vaqti va kasallik bosqichiga bog'liq. Radikal operatsiyaning bajarilish optimal muddati 12–18 oylikda. Operatsiya usullari: Svenson, Soave–Lyonyushkin, Dyumel–Bairov.

Masala javobi № 6.

1. Bronxoektatik kasallik.
2. Umumiy rentgenografiya, tomografiya, bronxoskopiya, bronxografiya va angiopulmonografiya.
3. Bronxoektazni jarrohlik yo'l bilan davolash lokal formalarda, bitta o'pkaning total zararlanishida, bundan tashqari 5–6 ta segmentni qoldirish mumkin bo'lgan ikki tomonlama jarayonlarda. Tarqalgan va deformatsiyali bronxitli diffuz traxeobronxitlarda operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bunday hollarda konservativ davolash usullari qo'llaniladi: traxeo-bronxial daraxtni davriy ravishda sanatsiya qilish, postdural drenaj, bronxoskopiya, ingalyatsiya, intoksikatsiyani kamaytirish, mikroflora virulentligini hisobga olgan holda antibakterial terapiya. Ko'p hollarda bolalar 5–7 yoshda operatsiya qilinadi.
4. Konservativ terapiyada kompleks chora-tadbirlar olib boriladi, bunda bolaning yoshi va bronxoektaz formolari hisobga olinadi. Bularga bronxoskopik drenaj, proteolitik fermentlarni intratraxeal yuborish, davolash fizkulturasi, postdural holat, ionogalvanizatsiya, antibakterial terapiya, qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa sanator-kurort davo o'tkaziladi.
5. Lobektomiya, segmentektomiya, pnevmonektomiya, o'pkaning zararlangan sohalari rezeksiyasi yoki ekstirpatsiyasi, bunda o'pka to'qimasi va tomirlari saqlab qolinadi.

Masala javobi № 7.

1. Tug'ma yuqori ichak tutilishi.
2. Ikki proyeksiyada qorin bo'shlig'i umumiy rentgenografiyasi, FGS.
3. Differensial diagnostika pilorospazm, pilorostenoz, tug'ma diafragmal churralar, MNS tug'ma jarohatlari bilan o'tkaziladi.
4. Davolash – operativ. Operatsiya usuli ichak tutilishining anatomic variantiga bog'liq. Ichak tutilishining xarakteri laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolarini sinchiklab taftish qilishdan so'ng tasdiqlanadi.

5. Kasallikning erta asoratlari: peritonit, aspiratsion pnevmoniya, bitishmali ichak tutilishi, jarohat qirralari ochilib ketishi natijasida ichaklar eventeratsiyasi, anastomoz choklarini ochilib ketishi. Kechki bitishmali kasallik.

Masala javobi № 8.

1. Tug'ma chap tomonlama yolg'on diafragmal churra (*bog'dalek yorig'i*).

2. O'pkaning bosilishi va uni ichak qovo'zlog'i bilan surilishi.

3. Lobar emfizema, o'pka kistasi, bosh miyaning tug'uruq jarohati, katta yoshli bolalarda stafilokokkli pnevmoniyadagi plevrit.

4. Bunday patologiyani har qanday yoshda aniqlanishi tezkor tartibdagi operatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi.

5. Operatsiyadan keyingi davrda ko'tarilgan holat, namlangan kislorod, o'zaytirilgan USV (IVL), ichaklar faoliyati tiklangunicha me'daga zond qo'yish, yoshga mos fiziologik talab va patologik yo'qotishni hisobga olgan holda infuzion terapiya o'tkazish. Og'riqsizlantirish, antibiotikoterapiya.

Masala javobi № 9.

1. Tug'ma pastki ichak tutilishi.

2. Qorin bo'shlig'i a'zolarining ikki proyeksiyadagi umumiy rentgenografiyasi, yo'g'on ichak irrigografiyasi, UTT.

3. Kasallik klinikasi ichaklar distal qismida passajining buzilishi, toksinlarning so'rilishi, ichaklarning parezi bilan tushuntiriladi.

4. Differensial diagnoz paralitik ichak tutilishi, Girshprung kasalligi (*o'tkir formasi*) bilan o'tkaziladi.

5. Operatsiya oldi tayyorgarlik odatda 2–3 soatdan oshmaydi va umumiy tartibdan iborat bo'ladi (bolani isitish, yurak dori vositalarini, vitaminlar, antibiotiklar kiritish, me'dani yuvish va shu kabilar) va og'ir hollarda (intoksikatsiya yaqqol rivojlanganda, gipertermiyada) bu holatga qarshi intensiv kurashga qaratilgan bo'ladi. Operatsiya oldi tayyorgarlikni bolalarda qisqaligi ichak perforatsiyasi, peritonit kabi asoratlarni erta yuzaga kelishi bilan bog'liq.

6. Davolash – operativ. Operativ davo turi ichak tutilishining anatomik joylashuviga bog'liq. Ichak tutilishi aniq xarakteri laparatomiya va qorin bo'shlig'i a'zolarining to'liq reviziyasidan keyin qo'yiladi.

Masala javobi № 10.

1. Katta hajmdagi kindik tizimchasi churrasi.
2. Steril bog‘lam, namlangan kislorod, vikasol, kuvezga joylanadi. Bolalar jarrohlik bo‘limida transportirovka tashkil etish.
3. Ha. jarrohlik yo‘li bilan davolanadi (qorin bo‘shlig‘ida churra xaltasi to‘g‘rilanadi, defekt tikiladi, qorin bo‘shlig‘i a‘zolari taftish qilinadi, mahalliy to‘qima va miya qattiq pardasidan plastika qilinadi, drenaj o‘rnatiladi).
4. Bir lahzali radikal operatsiya (churra kichik va o‘rta o‘lchamda bo‘lganda), ikki lahzali radikal operatsiya (katta o‘lchamli churralarda).

5. Ikki lahzali operatsiyaga ko‘rsatma.

6. 2–3 kun davomida uzaytirilgan anesteziya, baland holatda, namlangan kislorod, oksigenoterapiya, antibiotiklar. Oziqlantirish: bolada churraning o‘lchami kichik yoki o‘rta bo‘lsa, operatsiyadan 6 soat keyin og‘iz orqali ovqatlantiriladi, miqdori 10 ml dan har 2 soatda, har bir ovqatlanishda 5 ml dan qo‘shiladi. Suyuqlik yetishmovchiligida vena ichiga yuboriladi. Katta o‘lchamli churralarda 1-bosqichdan so‘ng 48 soat davomida parenteral oziqlantiriladi. 3-kundan ovqatlantirish 5–7 ml, 5 % glyukoza eritmasi, keyin suyuqlashtirilgan sut har 2 soatda 10 ml dan beriladi.

7. Qorin bo‘shlig‘i azolarini tug‘ma eventratsiyasi, yurak ektopiyasi, qo‘shma nuqsonlar bo‘lishi, churra xaltasining yiringlashishi.

Masala javobi № 11.

1. Chap tomonlama yiringli mastit.
2. Yiringli infeksiya zararlangan teri orqali kiradi va gematogen yo‘l bilan sut yo‘llariga o‘tib rivojlanadi. Ko‘zg‘atuvchi, asosan, stafilokokk. Mastit rivojlanishida oldin bo‘lib o‘tgan sut bezlarining fiziologik bo‘rtishi hamda kindik yarasining yallig‘lanishi ahamiyatga ega.
3. Sut bezlarining atipik fiziologik kattalashuvi, saramasli yallig‘lanish, teri osti adiponekrozi, absess.
4. Tezkor xirurgik statsionarga gospitalizatsiya. Kompleks davolashga yallig‘lanish o‘chog‘iga xirurgik ishlov berish, antibakterial, dezintoksikatsion va umumquvvatlovchi terapiya kiradi. Sepsis profilaktikasi. Davolash xususiyatlari bolaning umumiy ahvoriga va o‘tkazgan kasalliklari muddatiga bog‘liq.

5. Chaqaloqlar yiringli mastit bilan og'riganda kelgan vaqtiga va kasallik bosqichiga bog'liq bo'lmagan holda tezkor kompleks davo o'tkaziladi. Jarrohlik davolash yo'li bilan hamma kasallarda tashxis qo'yilgandan so'ng tezlik bilan o'tkaziladi. Og'riqsizlantirish qisqa muddatli narkoz. Yiringli mastitda kesim surg'ich oldi pigment sohasidan boshlab radial holatda markazga sog'lom teri va yiringli yarani ko'rib hisoblab 1,5–2 sm uzunlikda kesim o'tkaziladi.

Masala javobi № 12

1. Tug'ma gipertrofik pilorostenoz. Gipotrofiya 3-daraja.
2. EFGS – pilorik qismidan endoskop o'tmaydi, tuynuk juda toraygan. UTT – rels simptomi, pilorik qism gipertrofiyasi. Qorin bo'shlig'i a'zolari bariy bilan rentgenokonstrastli tekshiruvida antral ilmoq, katta qavs simptomlari; kechiktirilgan suratlarda oshqozonda kontrastning turib qolishi aniqlanadi.

3. Pilorospazm, oshqozon tug'ma tutilishi, o'n ikki barmoqli ichak tug'ma anomaliyalari.

4. Operatsiya oldi tayyorgarlik 24 soatdan oshmasligi kerak, bunda suv-tuz almashinuvi buzilishlari kamaytirish va aspiratsion pnevmoniyani davolash o'tkaziladi. Oshqozon dekompressiyasi.

5. Frede–Ramshtedt bo'yicha piloromiotomiya.

6. Operatsiyadan 3–4 soat keyin 7–10 ml 5 % glyukoza, 1 soatdan keyin 10 ml suyuqlashtirilgan ko'krak suti, shundan keyin har 2 soatda 10 ml dan sut beriladi. Keyingi kunlarda har kunga 100 ml dan sut qo'shib boriladi. 7–10 kundan so'ng bolaga 7 mahal ko'krak suti beriladi.

Masala javobi № 13.

1. Ovqat hazm qilish trakti pastki qismi – ichakdan qon ketishi. To'g'ri ichak polipi.

2. Mekkel divertikulining peptik yarasi, ichak ikkilanishidagi peptik yara, ichak invaginatsiyasi, gemorragik diatezlar, ichak gemangiomalari, gemofiliya (jarohatdan keyin).

3. Qorin bo'shlig'i umumiy rentgenografiyasi, qorin bo'shlig'ini UTT, rektoromonoskopiya, fibrokolonoskopiya, texnetsiy bilan radioizotopli skanerlash.

4. Xirurgik davolash.

5. Gemotransfuziya, gemostatik terapiya haqida o'ylash.
6. Polipni endoskopik elektroekstsiziyasi yoki polip oyoqchasidan tikib kesib olib tashlash.

Masala javobi № 14.

1. Gastroshezis.
2. Gastroshezis kindik tizimchasi churrasi tug'uruq vaqtida yorilishi bilan taqqoslanadi. Gastroshezisda churra xaltasi bo'lmaydi.
3. Davo faqat jarrohlik yo'li bilan, bolani shokdan chiqarilib va diurezni tiklangandan so'ng.
4. Eng muhimi, bolaning tana haroratini saqlash va qorin bo'shlig'i a'zolarini eventratsiyadan himoya qilish. A'zolari eventratsiyadan himoyalash uchun ko'p sonli moslamalar mavjud. Masalan, ichak uchun maxsus xalta, issiq fiziologik eritmalar bilan turli xil yopqich boylamlar, plastik plyonkalar bilan a'zoni yopish mumkin, yuzasiga esa katta quruq steril bog'lamalar qoplanadi.

5. Gastroshezisda operatsiya oldi tayorgarligini o'tkazish muhim. Bu maqsadda medaga nazogastral yoki oral zond kiritiladi. Shuningdek, bolaning tana haroratini saqlash juda muhim. Antibiotiklar va infuzion suyuqliklar kiritiladi. Dastlab vena ichiga kolloid eritmalar 20 ml/kg dozada, keyin Ringer laktat eritmasi (0,25 yoki 0,5 fiziologik eritmaga kaliy qo'shib) kiritiladi, shunday qilib hayotning birinchi 24 soati uchun umumiy xajm 122 ml/kg.

6. Gastroshezisda jarrohlik usulini qo'llash qorin devorining yetarli rivojlanganligi va defekt yo'qotilganda asorat qoldirmasligi bilan bog'liq. Bu nuqsonda birlamchi radikal operatsiya keng tarqalgan va ko'pchilik jarrohlar tomonidan qo'llanadi. Jarrohlik yo'li bilan davolashning murakkabligi shundaki, ichak tutqichi yo'g'onlashuvi va shishganda qorin bo'shlig'ining keskin rivojlanmay qolishidir. Bunda ichki a'zolar ustidagi tikilgan teri yoki sintetik to'qima ajralib ketadi. Operatsiya natijasida 2–5 yoshli bolalarda ventral churra shakllanadi.

Masala javobi № 15.

1. Qisilgan chov churrasi.
2. Chov churrasining asorati uning qisilishi hisoblanadi. Ichak tutqichi yoki charvi churra xaltasiga tushgach, churra darvozasida qisiladi, qon aylanishi va oziqlanish buziladi. Qisilishning saba-

bi qorin ichki bosimining oshishi, ichak funksiyasi buzilishi, meteorizm va b.

3. Bolalarda hayotining 1-oyida qisilgan chov churrasini o'tkir kista va urug' kanali istisqosi, chov limfadeniti urug' kanali buralishidan farq qilish qiyin.

4. Hamma bolalar absolyut operativ ko'rsatmaga ega emas, konservativ davolash qisilgandan 1–12 soatgacha o'tkaziladi.

5. 0,1 % li atropin eritmasi va 1 % promedol eritmasi (hayotining birinchi yilida 0,1 ml hisobda) kiritiladi, 15–20 daqiqa issiq vanna tavsiya etiladi, keyin bola chanog'ini yuqoriga qilib yotqiziladi. Churrani qo'l bilan to'g'rilash mumkin emas, chunki bunda qisilgan a'zo zararlanishi mumkin. Konservativ davolanganda natija bo'lmasa, 1,5–2 soat davomida shoshilinch operatsiya o'tkaziladi.

6. Churra xaltasi ajratiladi va kesiladi. Churra ichidagi qisilgan a'zoning holati o'rganiladi. Chov kanalining tashqi xalqasi va taranglashgan qorin qiyshiq mushagi kesiladi. A'zo qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Kanal Martinov bo'yicha plastika qilinadi.

Masala javobi № 16.

1. Chap tomonlama gidronefroz 3-darajasi.

2. Ureterogidronefroz, Vilms o'smasi, buyrak usti bezi neyroblastomasi, o'tkir pielonefrit, qorin bo'shlig'i o'smasi.

3. Buyrak parenximasining atrofiyaga uchrashi buyrak funksiyasining keskin buzilishiga va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

4. Gidronefroz tashxisining qo'yilishi operatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi. Plastik operatsiya yordamida jom siydik nayi segmentidagi to'siq bartaraf etiladi, bunda toraygan joy va qisman jom kengaygan qismi kesiladi va Xayns–Andersen bo'yicha anastomoz qo'yiladi. Ba'zan kam hollarda nefroektomiya qilinadi.

Masala javobi № 17.

1. Taranglashgan pnevmomediastinum. Obstruktiv bronxit. NY–1.

2. Ko'ks oralig'i emfizemasi uchun o'tkir rivojlanuvchi davomiylik xarakterli. Bemorning bo'yin, yuz, yelka kamarida teri osti simmetrik emfizemasi (*qor g'ichirlashi*) aniqlanadi. Ovoz bo'g'iq, hansirash va teri qoplami hamda shilliq qavat sianozi kuzatiladi. Gемodinamikaning buzilish belgilari o'z navbatida ekstrakardial yurak tamponadasi namoyon bo'ladi.

3. Bakterial pnevmoniya, taranglashgan pnevmotoraks, ko'ks oralg'i o'smasi, o'pkaning tug'ma kistasi.

4. Suprayugulyar mediastinotomiya, ko'ks oralig'ini drenajlash, aktiv aspiratsiya.

5. Operatsiyadan keyingi davrda bemorni davolash.

Masala javobi № 18.

1. O'ng o'pkaning shifoxonadan tashqari o'tkir yiringli destruktiv pnevmoniyasi, o'ng tomonlama taranglashgan piopnevmtoraks, NY-3, KY-2.

2. O'pkaning tug'ma yiringli kistasi, tug'ma diafragmal churra, gematoraks.

3. Shoshilinch xirurgik yordam. Plevra bo'shlig'ini drenajlash.

4. Massiv antibakterial terapiya – keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklarni vena ichiga, mushak orasiga va albatta plevra ichiga kiritish. Kompleks umumquvvatlovchi va stimullovchi davolash. Antibiotik va antiseptiklarni mahalliy qabul qilish, fizioterapevtik muolajalar, yallig'lanishni kamaytirish va mikroblar florani pasaytirishga yo'naltirilgan (ultrafiolet nurlash, UYUCH oqimi, antibiotikli elektroforez). Hamma bemorlarga nafas gimnastikasi, perkussiyali massaj, ingalyatsiya, bronxolitiklar tavsiya etiladi. Og'ir nafas yetishmovchiligi hollarida, bronxial o'tkazuvchanlik buzilganda va pnevmoniya qaytalanganda traxeobronxoskopiya va traxeostomiya bilan yordam berish zarur.

Masala javobi № 19.

1. O'tkir ichak invaginatsiyasi.

2. Pnevmoografiya, bariy bo'tqasi kiritish kontrastli rentgenografiya, UTT.

3. Differensial diagnoz qorinda og'riq xuruji, qusish, to'g'ri ichakdan qonli ajralma, qorin sohasida o'smasimon hosila bor bo'lgan kasalliklar bilan o'tkaziladi:

- dizenteriya;
- Shenleyn–Genox kasalligi;
- o'tkir appenditsit;
- mekkel divertikulining peptik yarasi;
- yo'g'on ichak polipozi;
- ichak yorig'iga o'sma yoki askarida tugunining tiqilishi;
- qorin bo'shlig'i spiralsimon kistasi;

– to‘g‘ri ichakning tushishi.

4. Ingichka ichak invaginatsiyasi:

– yonbosh-chambar ichak kirib qolishi;

– kasallik davomiyligi 12 soatdan ko‘p bo‘lsa;

– mexanik ta‘sir tufayli kelib chiqqan invaginatsiyalar;

– retsidiv.

5. Invaginatsiya yo‘g‘on ichakka havo haydash yo‘li bilan quyi-dagi uch usulda davolanadi: ochiq, yopiq (*dozalangan*) va yopiq narvonsimon.

6. Operativ davolashga ko‘rsatma: ingichka ichak kirib qolishi, shifoxonaga kech murojaat qilish (12 soatdan ko‘p), noaniq anamnez, retsidivlarda, invaginatsiyaning to‘g‘ri ichak orqali tushishi, katta yoshli bolalarda. Oral yo‘nalishda invaginatsiyaning sog‘ish yo‘li bilan o‘tkaziladi.

Masala javobi № 20.

1. O‘tkir appenditsit, o‘ng yonbosh sohasi absessi.

2. KT, qorinning oldingi devori elektromiografiyasi, laparoskopiya, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining obzor rentgenografiyasi, oksigenometriya.

3. Qorin bo‘shlig‘i absessi tezkor operatsiya qilinadi, operatsiya klinik belgilarning ifodalanganligi, bemorning yoshiga, kasallikning davomiyligiga bog‘liq emas.

4. Qorin oldingi devori bilan mustahkam birikkan absess bo‘lganda operatsiya texnikasi: Flyuktuatsiya sohasidagi teri va teri osti kletchatkasidan kesim o‘tkaziladi. To‘mtoq yo‘l bilan qorin parda va infiltratsiyalangan mushaklar ajratiladi, absess bo‘shlig‘iga tushiladi. Aspirator bilan bo‘shliqdan yiring so‘rib olinadi, bo‘shliqni antibiotik eritmasi bilan yuviladi, bo‘shliqqa Vishnevskiy malhami bilan doka-da tampon qilinadi va 3–4 kun davomida antibiotik kiritish uchun Nippel mikroirrigatori kiritiladi.

5. Operatsiyadan keyingi davolash bolalar appendikulyar absessida o‘tkir destruktiv appenditsitning operatsiyadan keyingi holatidek davolanadi. Tamponlar asta-sekin tortib, 7 kundan keyin chiqarib olinadi va yangisi bilan almashtiriladi. Bu muolajalar narkoz ostida bajariladi. Bemorlarning statsionardan chiqish muddati bolaning umumiy ahvoli va yaraning bitishiga bog‘liq.

Bolalarning ota-onasiga shuni tushuntirish zarurki, agar appendikulyar absess operatsiyasida chuvalchangsimon o‘simta olib tash-

lanmagan bo'lsa, bola rejali tartibda 2–3 oydan keyin appendoektomiyaga ko'rsatma beriladi.

Masala javobi № 21.

1. Chap chov yorg'oq churraasi.

2. Orttirilgan churra juda kam uchraydi. Bu churra bolalarda tug'ma, uning ichki chov halqasi orqali chov kanaliga tushishi qiyshiq hisoblanadi. To'g'ri churra bolalarda istisno. Churraning 2 ta turi mavjud: chov va chov-yorg'oq. Churralar qisilish bilan asoratlanadi.

3. Chov churrasiga tashxis qo'yish uchun chov kanalining tashqi teshigi tekshiriladi. Uning kengayish darajasi yorg'oq buralma devoriga jimjiloq, ya'ni barmoq kiritib aniqlanadi.

4. Chov churraasi, asosan, moyak qobig'i istisqosi bilan qiyoslanadi. Chov churraasi uchun ba'zan limfa tugunlarining kattalashishi bilan ham qiyoslanadi, unda limfa tugunlar doimo Pupart boylamidan pastda joylashadi. Shuningdek, bu sohada turli xil yaxshi sifatli hosilalar xarakterli.

5. Chov churrasining yagona radikal davolash usuli – operativ. Bemorlarga chov churraasi tashxisi qo'yilganidan so'ng rejali operativ davolashga ko'rsatma beriladi. Bolalarda churraning asosiy sababi qorin bo'shlig'i bilan bog'liq. Operativ davolashning maqsadi – churra xaltasini yo'qotish. Qorin oldingi devorini mustahkamlash kattalarda ahamiyatga ega, bolalarda esa ahamiyatga ega emas.

TEST SAVOLLARI

QIZILO'NGACHNING RIVOJLANISH NUQSONLARI

1. Qizilo'ngachning ikkala uchi ham ko'r tugaganda umumiy rentgengrafiyada nima ko'rinadi?

- A. ko'p mayda Kloyber kosachalari
- B. qorin sohasida go'ng zona bo'lishi
- C. ikkita katta Kloyber kosachalari
- D. oshqozon sohasida ko'p gaz bo'lishi

2. Qizilo'ngach atreziyasi yuqori qizilo'ngach-traxeya oqmasida rentgenologik ko'rinish?

- A. ko'p mayda Kloyber kosachalari
- B. ikkita katta Kloyber kosachalari
- C. qorin soxasida gung zona bo'lishi
- D. ichaklar pnevmatozi

3. Qizilo'ngach atreziyasi pastki qizilo'ngach-traxeya oqmasida rentgenologik ko'rinish?

- A. ichaklar soxasida pnevmatozi
- B. ko'p mayda Kloyber kosachalari
- C. ikkita katta Kloyber kosachalari
- D. qorin sohasida gung zona bo'lishi

4. Chaqaloqlarda qizilo'ngach atreziyasini tasdiqlovchi eng ishonchli tekshirish usuli?

- A. rentgen kontrastli tekshirish
- B. obyektiv ko'rik
- C. laboratorik tekshirish
- D. ultratovushli tekshirish

5. Qaysi kasallik turida qusiq tarkibida oshqozon qoldiqlari bo'ladi?

- A. qizilo'ngach xalaziyasi
- B. qizilo'ngach axalaziyasi
- C. qizilo'ngach atreziyasi
- D. qizilo'ngachning tug'ma torayishi

6. Qizilo'ngach atreziyasining eng barvaqt paydo bo'luvchi belgisi – bu?

- A. yo'talish
- B. og'iz va burundan ko'pikli ajralma kelishi

C. ko'karish

D. tug'ilganidan boshlab qusish

7. Qizilo'ngach xalaziyasiga xos belgi?

A. fontansimon qusish

B. gorizontal holatda, yig'laganda va bezovtalikda qusish

C. epigastral sohada shish bo'lishi va doimiy og'riq

D. iste'mol qilgan ovqatni o'zgarmagan holda qusish

8. Oshqozonga kontrast modda kiritib, Trendelenburg holatida rentgen tekshiruvi o'tkazganda, kontrastni qizilo'ngachga qaytib chiqishi qaysi kasallikni tasdiqlaydi?

A. qizilo'ngachni tug'ma kaltaligini

B. qizilo'ngach axalaziyasini

C. qizilo'ngach xalaziyasini

D. pilorostenozni

9. Qizilo'ngach axalaziyasida qusish xarakteri?

A. ko'p marta o't va qon aralash qusish

B. bola yig'lagan va bezovta bo'lgan vaqtda qusish

C. ovqatni o'zgarmagan holda qusish

D. fontansimon qusish

10. Qizilo'ngachning tug'ma stenozida klinik belgilarning ro'yobga chiqishi ko'proq qaysi faktorga bog'liq?

A. qisqargan joyning anatomik o'rniga

B. torayish darajasiga

C. toraygan joyning uzunligi

D. yo'ldosh kasalliklarga

11. Qizilo'ngach xalaziyasini aniqlash uchun rentgen kontrastli tekshirish o'tkazish vaqtida bemorning to'g'ri holati?

A. Trendelenburg holati

B. gorizontal

C. vertikal

D. oyog'ini yuqoriga qilib

12. Qizilo'ngach atreziyasi bilan tug'ilgan chaqaloq qorin bo'shlig'i umumiy rentgen tasvirida ichaklarda havo bo'lishi nimani bildiradi?

A. qizilo'ngach atreziyasining oqmasiz turini

B. pastki qizilo'ngach-kekirdak oqmasi borligini

C. yuqorigi qizilo'ngach-kekirdak oqmasi borligini

D. qizilo'ngach agneziyasi va aplaziyasini

13. Pastki traxeya-qizilo'ngach oqmasi bo'lgan chaqaloqni transportirovka vaqtidagi to'g'ri holati?

- A. vertikal holatda
- B. o'ng yoki chap yonboshda
- C. gorizontol holatda
- D. bemor holatini ahamiyati yo'q

14. Qizilo'ngach atreziyasi bilan tug'ilgan bolani radikal operatsiya qilish uchun qizilo'ngach segmentlari orasidagi masofa qancha bo'lishi kerak?

- A. 0,5 sm
- B. 2 sm
- C. 1–1,5 sm
- D. 2,5 sm

15. Qizilo'ngach atreziyasining eng og'ir asoratlari biri?

- A. destruktiv zotiljam
- B. ichak tutilishi
- C. aspiratsion zotiljam
- D. yurak-tomir yetishmovchiligi

16. Qizilo'ngachning tug'ma stenozini davolashni optimal usuli?

- A. operativ davolash
- B. spazmolitiklarni qo'llash
- C. bujlar yordamida kengaytirish
- D. vagotomiya

17. Qizilo'ngach axialaziyasida o'tkazuvchanlik qaysi joyda buziladi?

- A. qizilo'ngach kardial qismida
- B. 1-fiziologik torayishda
- C. 2-fiziologik torayishda
- D. 1–2-torayishlarda

18. Qizilo'ngach atreziyasida qaysi tekshirish usulini qo'llash mumkin emas?

- A. kontrastli rentgenografiya
- B. traxeobronxoskopiya
- C. ezofagoskopiya
- D. qizilo'ngachga rezina kateter kiritib rentgen qilish

19. Qizilo'ngach atreziyasida yuqori segmentga kontrast yuborib rentgen qilinganda nima aniqlanmaydi?

- A. qizilo'ngach atreziyasining uzunligi

B. traxeya-qizilo'ngach oqmasi kengligi
C. qizilo'ngach atreziyasining shakllari va o'pkadagi yallig'lanish belgilari

D. pastki traxeya-qizilo'ngach atreziyasi bo'lganda ichaklarda havo bor yoki yo'qligi

20. Yangi tug'ilgan chaqaloq birinchi emizishdan so'ng qussa, qizilo'ngach atreziyasi borligini bilish uchun nima qilish kerak?

A. ichaklarni kontrastli tekshirish

B. qorin bo'shlig'i auskultatsiyasi

C. oshqozonga zond o'tkazish

D. ko'krak qafasini obzor rentgenografiyasi

21. Qizilo'ngach atreziyasi gumon qilinsa, uni aniqlash uchun o'tkazilishi zarur bo'lgan eng oddiy va imkoniyatli usul – bu:

A. oshqozonga zond o'tkazish

B. qizilo'ngach va qorin bo'shlig'ini kontrastli rentgenografiyasi

C. ezofagokopiya

D. ko'krak qafasini ultratovushli tekshirish

22. Elefant sinamasini o'tkazish uchun zond orqali nima yuboriladi?

A. suv

B. kontrast modda

C. havo

D. antiseptik eritma

23. Qizilo'ngach atreziyasini paydo bo'lish sabablaridan biri – bu:

A. embrional davrda qizilo'ngachni qon bilan ta'minlanishining buzilishi

B. vakuolizatsiya jarayonining buzilishi

C. birlamchi qizilo'ngach trubkasi paydo bo'lishining buzilishi

D. qo'shni a'zolar hosil bo'lishining buzilishi

24. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qizilo'ngachni kontrastli tekshirish uchun qanday kontrast modda ishlatiladi?

A. bariy sulfat

B. yodolipol

C. indigokarmin

D. brilliant yashili yoki metil ko'ki

25. Qizilo'ngach atreziyasining eng ko'p uchraydigan turi?

A. ikkala uchi ham ko'r tugaydi

- B. yuqori uchi traxeyaga ochilib, pastki uchi ko'r tugaydi
- C. yuqori uchi ko'r tugab, pastki qismi traxeyaga ochiladi
- D. ikkala uchi ham traxeyaga ochiladi

BOLALARDA O'PKA VA BRONXLARNING RIVOJLANISH NUQSONLARI

1. O'pka ageneziasi nima?

- A. bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarining bo'lmasligi
- B. rudiment bronxlar va ko'r tugaydigan bo'lak bronxlarning bo'lmasligi
- C. bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkaning bujmayib qolishi
- D. bronxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagida ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi;

2. O'pka gipoplaziyasi nima?

- A. bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarining bo'lmasligi
- B. o'pka to'qimasining rivojlanmaganligi
- C. bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi
- D. bronxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagida ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi

3. O'pka atelektazi nima?

- A. o'pka to'qimasining rivojlanmaganligi
- B. bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarini bo'lmasligi
- C. bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi
- D. bronxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagida ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi

4. O'pka emfizemasi nima?

- A. o'pka to'qimasi rivojlanmaganligi
- B. bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarining bo'lmasligi
- C. bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkaning bujmayib qolishi
- D. bronxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagida ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi

5. Bolada tarqalgan ikki tomonlama bronxoektaz aniqlandi. Kasallik qanday davolanadi?

- A. reja asosida operativ davolash
- B. zudlik bilan operativ davolash
- C. byulau bo'yicha plevra bo'shlig'ini drenajlash

D. pulmonektomiya usuli bilan davolash

6. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash uslubi qanday?

A. pulmonektomiya

B. o'pkaning kista bor qismini rezeksiya qilish

C. Byulau bo'yicha torakosintez

D. konservativ davolash

7. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash usulini ko'rsating?

A. pulmonektamiya

B. Byulau bo'yicha torakosintez

C. kista bor qismini rezeksiya qilish

D. konservativ davolash

8. Lobar emfizemada perkussiyada aniqlanadi?

A. to'mtoq tovush

B. aniq o'pka tovushi

C. perkutor tovushning qisqarishi

D. quticha tovush

9. Lobar emfizemaning dekompensatsiyalashgan formasiga xos simptom – bu:

A. sianoz

B. yo'tal

C. gipertermiya

D. balg'am ajralishi

10. O'pkaning tug'ma bo'lakli emfizemasida eng qulay davolash usuli qanday?

A. pulmonektomiya

B. o'pkaning zararlangan bo'lagini olib tashlash

C. Byulau bo'yicha torakosintez

D. konservativ

11. Bronxoektaziya kasalligining asosiy diagnostik usuli?

A. bronxoskopiya

B. ko'krak qafasini ultiratorovush usulida tekshirish;

C. bronxografiya

D. ko'krak qafasi umumiy rentgenografiyasi

12. O'pka ageneziasi deb nimaga aytiladi?

A. o'pka to'qimasi rivojlanmaganligiga

B. bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarining bo'lmasligiga

C. bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishiga

D. Bronxlar, o'pka to'qimasi va o'pka qontomirlarining bo'lmasligiga

13. Bronxoektaz kasalligining shakllari bo'yicha qanday turlari mavjud?

A. silindrik, kistasimon, xaltasimon

B. silindrik, kistasimon, diffuz

C. silindrik, kistasimon, aralash

D. xaltasimon, aralash, kistasimon

14. Chaqaloqning ahvoli og'ir, hansirashi bor, chap tomonidan sust nafas eshitiladi. Rentgenda o'pka rasmi yomon ko'rinadi, ti-niqligi kuchaygan, pastki bo'lakda uchburchaksimon soya bor. Be-morga qo'yadigan tashxisingiz?

A. o'pka kistasi

B. lobar emfizema

C. o'pka gipoplaziyasi

D. o'pka ageneziiyasi

15. O'pka ageneziiyasi tasdiqlovchi tekshirish usuli?

A. bronxosikopiya

B. aortagrafiya

C. angiopulmonografiya

D. ultratovush tekshirish

16. O'pka gipoplaziyasini tasdiqlovchi tekshirish usuli?

A. bronxosikopiya

B. ultratovush tekshirish

C. aortagrafiya

D. angiopulmonografiya

17. Lobar emfizemani tasdiqlash uchun qaysi tekshirish usuli olib boriladi?

A. umumiy rentgenografiya

B. bronxoskopiya

C. aortagrafiya

D. bronxografiya

18. O'pka sekvestratsiyasini tasdiqlash uchun zarur tekshirish usuli – bu:

A. bronxoskopiya

B. aortagrafiya

C. bronxografiya

D. angiopulmonografiya

19. Lobar emfizemada o'pkaning qaysi bo'lagi ko'p zararlanadi?

- A. chap pastki bo'lak
- B. o'ng yuqorigi bo'lak
- C. o'ng o'rta bo'lak
- D. chap yuqorigi bo'lak

20. 6 yoshli bolaning o'pkasida kista topildi, ahvoli qoniqarli, nafas yetishmovchiligi yo'q. Sizning davo usulingiz qanday?

- A. kista punksiyasi
- B. konservativ davo
- C. kuzatish
- D. operatsiya

21. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash uslubi?

- A. o'pkani kista bor qismini rezeksiya qilish
- B. pulmonektomiya
- C. Byulau bo'yicha torakosentez
- D. konservativ davolash

22. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash usulini ko'rsating?

- A. pulmonektomiya
- B. kista bor qismini rezeksiya qilish
- C. Byulau bo'yicha torakosentez
- D. konservativ davolash

23. Lobar emfizemada perkussiyada aniqlanadi:

- A. to'mtoq tovush
- B. aniq o'pka tovushi
- C. quticha tovush
- D. perkutor tovushni qisqarishi

24. Lobar emfizemaning dekompensatsiyalashgan formasiga xos simptom – bu:

- A. yo'tal
- B. gipertermiya
- C. balg'am ajralishi
- D. sianoz

25. O'pkaning tug'ma bo'lakli emfizemasida eng qulay davolash usuli qanday?

- A. o'pkaning zararlangan bo'lagini olib tashlash
- B. pulmonektomiya
- C. Byulau bo'yicha torakotsintez
- D. konservativ

TUG'MA ICHAK TUTILISHLARI

1. Pilorostenoz kasalligida operatsiya qanday usulda qilinadi?

- A. Frede–Ramshted operatsiyasi
- B. Bilrot I operatsiyasi
- C. Mikulich operatsiyasi
- D. Ivanisevich operatsiyasi

2. Pilorostenoz kasalligiga xos umumiy rentgen tasvirida qanday belgi aniqlanadi?

- A. qorin bo'shlig'ida 2 ta suyuqlik sathlarining bo'lishi
- B. qorin bo'shlig'ida ko'plab suyuqlik sathlarining bo'lishi
- C. oshqozon hajmining kattalashishi
- D. diafragma ostida erkin havo bo'lishi

3. Uch haftalik chaqaloqda pilorostenoz borligini qaysi belgi tasdiqlay olmaydi?

- A. palpatsiyada kattalashgan privratnikning aniqlanishi
- B. oshqozon peristaltikasining ko'rinishi
- C. bariyning oshqozonda turib qolishi
- D. o't aralash qayt qilish

4. Pilorostenozning ishonchli rentgenologik belgisi?

- A. kontrast modda oshqozonda 4 soatgacha turib qolishi
- B. kontrast modda oshqozon kardial qismida turib qolishi
- C. o'n ikki barmoqli ichak diametrining torayishi
- D. pilorik kanalning torayishi

5. Pilorostenoz kasalligida oshqozon peristaltikasi qanday bo'ladi?

- A. peristaltika bo'lmaydi
- B. kuchaygan bo'ladi
- C. antiperistaltika
- D. vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladi

6. Pilorostenoz kasalligida modda almashinuvi buzilishining qaysi biri kuzatiladi?

- A. gipernatriemiya va giperkalimiya
- B. umumiy gipervitaminoz
- C. gipoxloremiya
- D. oshqozon shirasi kislotasining kamayishi

7. Chaqaloqlarda oshqozon-ichaklarni kontrastli tekshirishda qo'llaniladigan kontrast modda – bu:

- A. yodolipol
- B. urotrast

- C. biligrafin
- D. bariy sulfat

8. Pilorostenoz qaysi kasallik bilan taqqoslanadi?

- A. ichaklar normal aylanish jarayonining buzilishi
- B. ichki qisilgan churralar
- C. chaqaloqlar melenasi
- D. appenditsit

9. Pilorostenoz kasalligi etiologiyasidagi yetakchi omilni ko'rsating?

A. Pilorik kanalni homila davrida ifloslanishi va keyinchalik chandiqilanishi.

B. Pilorik soha mushaklarini gipertrofiyasi va uning parasimpatik asab hosilalari bilan anomal innervatsiyasi.

C. Parasimpatik asab hosilalarini tug'ma yetishmasligi natijasida pilorik kanalni torayishi.

D. Pilorik kanal bo'ylama mushaklarini giperplaziyasi va shilliq qavati gipertrofiyasi.

10. Pilorostenoz kasalligining yetakchi klinik belgisi nima?

- A. xansirash
- B. bezovtalik
- C. qusish
- D. ko'karish

11. Pilorostenoz kasalligida najas chiqishining xususiyatini aniqlang?

- A. doimo ich ketishi
- B. ko'p miqdorda ovqat qoldiqlari bilan
- C. tez-tez, suyuq, badbo'y hidli
- D. kam miqdorda, doimiy, qora-yashil rangli

12. Pilorostenoz kasalligi uchun qayt qilish turini aniqlang?

- A. favvorasimon qayt qilish
- B. ko'p miqdorda qayt qilish
- C. oxirgi emgan sut miqdoridan kam qayt qilish
- D. to'xtovsiz qayt qilish

13. Pilorostenoz uchun xos qayt qilishni aniqlang?

- A. o't bilan qayt qilish
- B. ivigan sut bilan qayt qilish
- C. mekoniy bilan qayt qilish
- D. qon aralash qayt qilish

14. Pilorostenozni aniqlovchi yetakchi tekshirish usulini ko'rsating?

- A. gastroduodenoskopiya
- B. qonning bioximik tahlillari
- C. oshqozon-ichaklarni kontrastli rentgenologik tekshirish
- D. kattalashgan privratnikni palpatsiyalanishi

15. Pilorostenoz qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

- A. mezenterial arteriyani o'tkazuvchanligining buzilishi
- B. oshqozon osti bezi kistafibrozi
- C. ingichka ichak atreziyasi
- D. qizilo'ngach axialaziyasi

16. Piloromiotomiya vaqtida jarrohlik uslubi qanday amalga oshiriladi?

- A. seroz qavatni kesib, keyinchalik mushaklarni o'tmas ajratish
- B. privratnikni shilliq qavatgacha kesish
- C. seroz qavatni kesib, keyin mushaklarni o'tkir yo'l bilan kesish
- D. privratnikgacha kesish, undan keyin qisqichlar qo'yish

17. Pilorostenoz kasalligida operatsiyadan keyingi asosiy tadbirni ko'rsating?

- A. umrov osti venasiga kateter qo'yish
- B. oz-ozdan tez-tez ovqatlantirish
- C. immunogemotransfuziya
- D. anabolik garmonlar qilish

18. Pilorotomiyadan keyin mumkin bo'lgan asorat qaysi qatorda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. assit
- B. koprostaz
- C. peritonit
- D. anuriya

19. Pilorostenozda o'tkazuvchanlik qayerda buziladi?

- A. oshqozon kardial qismida
- B. oshqozon terminal qismida
- C. qizilo'ngachning 3 fiziologik toraygan qismida
- D. o'n ikki barmoqli ichakning proksimal qismida

20. Qorindagi qum soati simptomi qaysi kasallik uchun xos?

- A. pilorospazm
- B. oshqozon o'smasi
- C. Ledd sindromi
- D. pilorostenoz

21. Tug'ma yuqori ichak tutilishiga xos klinik belgini aniqlang?

- A. qorinning puchaygan holati
- B. epigastral sohada shish bo'lishi
- C. tug'ilgandan boshlab o't va achigan sut bilan aralash qusish
- D. qorin oldingi devorini shishishi

22. Mekonial ichak tutilishining sabablaridan biri – bu:

- A. oshqozon osti bezining kistafibrozi
- B. oshqozon osti bezining halqasimon boshi
- C. ichaklar atreziyasi
- D. ichaklar burilishi nuqsonlari, Ledd sindromi

23. Tug'ma yuqori ichak tutilishiga xos rentgenologik belgi:

- A. qorin yuqori qismida ko'p Kloyber kosachalarining mavjudligi
- B. qorinning hamma joyida ko'p Kloyber kosachalarining mavjudligi
- C. ikkita suyuqlik sathi va ustida havo bo'lishi
- D. qorin bo'shlig'ida erkin havo bo'lishi

24. Ledd sindromi nima?

- A. o'n ikki barmoqli ichakni bosilishi va ingichka ichakni o'z o'qi atrofida buralib qolishi
- B. o'n ikki barmoqli ichak atreziyasi hamda och ichak atreziyasi
- C. yo'g'on ichak atreziyasi
- D. o'n ikki barmoqli ichak atreziyasi va ingichka ichakning o'z o'qi atrofida buralib qolishi

25. Tug'ma yuqori va pastki ichak tutilishlarida anatomik chegarani ko'rsating:

- A. oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak orasi
- B. ileotsekal burchak
- C. ko'ndalang chambar ichak
- D. och ichakning boshlanish qismi (*Treyts bog'lami*)

TUG'MA PASTKI ICHAK TUTILISHLARI

1. Pastki tug'ma ichak tutilishiga xos rentgenologik belgilarni ko'rsating?

- A. ko'p miqdorda suyuqlik sathlaring bo'lishi
- B. 2 ta havo pufagi va 2 ta suyuqlik sathi bo'lishi, pastki qismlarida havo bo'lishi
- C. diafragma ostida erkin havo bo'lishi
- D. ichaklar pnevmatozi

2. Mekonial ichak tutilishida qaysi a'zoning ferment ishlab chiqarishi buziladi?

- A. oshqozon, ingichka ichak
- B. oshqozon osti bezining tashqi sekret chiqarish apparati
- C. Langergans orolchasi to'qimalari
- D. jigar

3. Tug'ma ichak tutilishining qaysi turi uning aylanishi bilan bog'liq emas?

- A. Ledd sindromi
- B. o'rta ichakni buralib qolishi
- C. neyrogen ileus
- D. ichakning ichak tutqichi oynasida qisilib qolishi

4. Surunkali Girshprung kasalligiga xos rentgenologik belgi qaysi qatorda ko'rsatilgan?

- A. yo'g'on ichakda kengaygan va toraygan joylarning bo'lishi
- B. Kloyber kosachalari
- C. yo'g'on ichakda toraygan joyning bo'lishi
- D. yo'g'on ichakda kengaygan joyning bo'lishi

5. Surunkali Girshprung kasalligida operatsiyadan oldin qilindigan huqna:

- A. fiziologik eritma bilan
- B. tozalovchi huqna
- C. sifonli huqna
- D. xloralgidratli huqna

6. Chala tug'ilgan bolada to'g'ri ichak va anal teshigi atreziyasi aniqlandi. Quyidagilardan qaysi davo usuli to'g'ri?

- A. oraliq proktoplastikasi
- B. qorin-oraliq proktoplastikasi
- C. Diffenbax operatsiyasi
- D. kolostoma quyish

7. Girshprung kasalligining boshlanish davri va ich ketish xususiyatlari qaysi faktorga bog'liq emas?

- A. peristaltika bo'lmaydigan qismining uzunligiga
- B. anal sfinkterining zaifligiga
- C. ovqatlanish xususiyatlariga va bolani parvarishlashga
- D. konservativ muolajalarni to'g'ri o'tkazishiga

8. Qaysi nuqsonli rivojlanishda Vangestin usulida tekshirish o'tkaziladi?

- A. Girshprung kasalligining o'tkir shakli
- B. to'g'ri ichak atreziyasining oqmasi turi
- C. to'g'ri ichak atreziyasining oqmasiz turida
- D. to'g'ri ichak va anal teshigining tug'ma torayishlarida

9. Girshprung kasalligini o'tkir shakli klinik belgilari qachon yuzaga chiqadi?

- A. 2–3 haftalikdan boshlab
- B. qo'shimcha ovqatlar bera boshlagach
- C. 1 yoshdan keyin
- D. tug'ilgandan boshlab

10. Girshprung kasalligining o'tkir osti kechishida operatsiya qilish uchun optimal vaqt (bolaning yoshi):

- A. 1 yoshdan keyin
- B. 3 yoshdan keyin
- C. 5 yoshdan keyin
- D. 7 yoshdan keyin

11. Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi bilan yangi tug'ilgan chaqaloqni yonboshdan olingan invertogrammasi 18 soatdan keyin qilinishi lozim. Buning sababi nima?

- A. tashxisni tasdiqlash uchun
- B. ichaklarda suyuqlik sathini aniqlash uchun
- C. atreziya balandligini aniqlash uchun
- D. operatsiyadan oldingi tayyorgarlik hajmini va vaqtini aniqlash uchun

12. Girshprung kasalligining subkompensatsiyalashgan turini aniqlash usuli bu:

- A. irrigografiya
- B. qorin bo'shlig'ini ultratovushli tekshirish
- C. qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasviri
- D. og'izdan bariy eritmasini berib, gastroenterografiya qilish

13. Girshprung kasalligida sifonli huqna qilish uchun qaysi eritma ishlatiladi?

- A. 0,9 % li natriy xlor
- B. osh tuzining 1 % li eritmasi
- C. sovunli eritma
- D. 3 % li vodorod peroksidi

14. Girshprung kasalligini davolashda qaysi operatsiya palliativ hisoblanadi:

- A. Svenson operatsiyasi
- B. Soave operatsiyasi
- C. Kolostoma quyish
- D. Dyumel operatsiyasi

15. Vangenstin bo'yicha rentgen tekshiruv o'tkazish vaqtida bemorning holati qanday bo'lishini aniqlang?

- A. vertikal
- B. gorizontal
- C. qorin bilan yotqizilgan holda
- D. oyog'ini yuqoriga ko'targan holda

16. Anal teshigining ektopiyasida qaysi holat operatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi:

- A. oqmani qin daxlizida joylashishi
- B. ichaklar disbakteriozi
- C. kaprostat
- D. anal teshigini oldinga yoki orqaga siljishi

17. Girshprung kasalligini o'tkir kechishida agarda konservativ davo yordam bermasa eng optimal operatsiya – bu:

- A. Svenson operatsiyasi
- B. Dyumel operatsiyasi
- C. Kolostoma
- D. Soave operatsiyasi

18. Girshprung kasalligini surunkali kechishida operatsiya uchun optimal yosh:

- A. 3–6 oylik
- B. 1 yoshgacha
- C. 10 yoshgacha
- D. 3 yoshgacha

19. Girshprung kasalligining etiopatogenezidagi asosiy sabab:

- A. ichak devorida nerv tugunlarini tug'ma yo'qligi yoki kam rivojlanishi
- B. ichak mushak qavatining tug'ma yo'qligi yoki kam rivojlanishi
- C. ichaklar faoliyatni boshqarilishini markaziy nerv sistemasidan buzilishi
- D. ichaklar aylanish jarayonini buzilishi

20. Girshprung kasalligining qanday anatomik shakli mavjud emas?

- A. rektal

- B. ileosekal
- C. rektosigmoidal
- D. subtotal va total

21. Girshprung kasalligining asosiy va yetakchi belgisi qanday?

- A. jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi
- B. qorin hajmini kattalashib ketishi
- C. o'zi axlat qila olmasligi
- D. qayt qilish

22. Girshprung kasalligida radikal operatsiyaning mohiyati qanday?

- A. ichakning toraygan qismini kesib tashlash
- B. ichakning kengaygan qismini kesib tashlash
- C. ichakning toraygan qismini aylanib o'tuvchi ketma-ket anastomoz qo'yish
- D. ichakning toraygan va qisman kengaygan qismini kesib, olib tashlash

23. To'g'ri ichak va anal teshigi atreziyasida Vangenstin bo'yicha rentgen tekshirish bola tug'ilgandan keyin necha soat o'tgach o'tkaziladi?

- A. 18 soat o'tgach
- B. 2–4 soat o'tgach
- C. 8–10 soat o'tgach
- D. kindigi tushgandan keyin

24. Anal soha terisidan to'g'ri ichak ko'r tugagan qismigacha bo'lgan masofa qancha bo'lsa to'g'ri ichak pastki atreziyasi deyiladi?

- A. 3 sm gacha
- B. 2 sm gacha
- C. 4 sm gacha
- D. 5 sm dan ko'p bo'lsa

25. Girshprung kasalligidagi operatsiya usulini aniqlang?

- A. Frede–Ramshted operatsiyasi
- B. Ivanisseyvich operatsiyasi
- C. Andersen–Kucher operatsiyasi
- D. Soave–Lenyushkin operatsiyasi

JIGAR, O'T YO'LLARI VA ME'DA OSTI BEZINING RIVOJLANISH NUQSONLARI

1. O't yo'llari atreziyasiga xos belgi?

- A. sariqlik oshib borishi
- B. ALT va ACT miqdorining oshishi
- C. jigar va taloqning kichrayib borishi
- D. bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshib borishi

2. O't yo'llari atreziyasini qachon operatsiya qilish kerak?

- A. 3 oylikdan keyin
- B. dastlabki oylarda
- C. 6 oylikdan keyin
- D. 1 yoshdan keyin

3. Portal gipertenziyaga xos belgini aniqlang?

- A. giposplenizm
- B. miokard gipertrofiyasi
- C. astitning erta paydo bo'lishi
- D. o'pkadan qon ketishi

4. O't yo'llari atreziyasida qo'llaniladigan operatsiyani aniqlang?

- A. jigar bo'lagini olib tashlash
- B. ichaklararo anastomoz qo'yish
- C. laporosentez
- D. jigar va ichak orasiga anastomoz qo'yish

5. Portal gipertenziya jigar ichi shakliga sabab bo'luvchi omil qaysi qatorda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. jigar venalarining flebiti
- B. darvoza venasini trombozi
- C. o'tkir gepatit
- D. jigar darvozasi sohasidagi o'sma

6. Portal gipertenziyani jigardan tashqari (usti) shaklini eng dastlab paydo bo'ladigan belgini aniqlang?

- A. astitning paydo bo'lishi
- B. jigarning kattalashishi
- C. jigarning kichrayishi
- D. ALAT va ACAT miqdorining oshishi

7. Jigar ichidagi o't yo'llari nimadan hosil bo'ladi?

- A. o't yo'llarining bosh qismidan
- B. jigarning aylana bog'lamidan

- C. glisson kapsuladan
- D. jigar bo'lakchalaridan

8. Jigardan tashkari o't yo'llari nimadan hosil bo'ladi:

- A. o't yo'lining bosh qismidan;
- B. jigar bo'lakchalaridan;
- C. jigarning aylanma bog'lamidan;
- D. glisson qobig'idan;

9. O't yo'llari atreziyasi klinik belgilari qachon paydo bo'ladi:

- A. 1 oylikka borib
- B. tug'ilgandan boshlab
- C. 3 oylikka borib
- D. 5 oylikdan keyin

10. O't yo'llari atreziyasi qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

- A. peritonit
- B. sepsis
- C. o't yo'llarining shilliqli tiqinlar bilan bekilib qolishi
- D. jigar sirrozi;

11. O't yo'llari atreziyasini shilliq bilan bekilib qolishidan farqlash maqsadida qilinadigan muolajani aniqlang?

- A. qorin bo'shlig'ini umumiy rentgen tasviri
- B. diagnostik laparotomiya
- C. o'n ikki barmoqli ichakka 25 % li magneziiy sulfat eritmasini kiritish

- D. laparotsentez

12. O't yo'llari atreziyasida qo'llanilaligan operatsiya:

- A. o't yo'llari va ichak orasida anastomoz qo'yish
- B. jigar bo'lagini olib tashlash
- C. ichaklararo anastomoz qo'yish
- D. laparotsentez

13. Portal gipertenziyada qaysi kollateral qon aylanish yo'li bo'lmaydi?

- A. gastroezofogeal va paraumblikal venalari orqali
- B. diafragmal venalari orqali
- C. mezenteriogemoroidal venalar orqali
- D. qorin orti va mediastenal venalari orqali

14. Kiari kasalligida portal qon aylanishi buzilishining qaysi shakli uchraydi?

- A. jigar ichi shakli

- B. jigar osti shakli
- C. jigar usti shakli
- D. aralash shakli

15. Baddi–Kiari sindromida portal qon aylanishi buzilishining qaysi shakli uchraydi?

- A. jigar usti shakli
- B. jigar ichi shakli
- C. jigar osti shakli
- D. jigardan tashqari shakli

16. Portal qon aylanish buzilishining qaysi turi yurakka bog‘liq bo‘lgan Pik sirroziga sabab bo‘ladi?

- A. jigar usti shakli
- B. jigar ichi shakli
- C. jigardan tashqari shakli
- D. jigar osti shakli

17. Jigar kistasi va o‘smalarining informativ tekshirish usulini aniqlang?

- A. ultratovushli tekshirish
- B. kompyuter tomografiyasi
- C. radioizotop tekshirish
- D. angiografiya

18. Jigar fibrozi portal qon aylanishi buzilishining qaysi shakliga sababchi bo‘ladi?

- A. jigar usti shakli
- B. jigardan tashqari shakli
- C. aralash shakli
- D. jigar osti shakli

19. Darvoza venasi trombozi portal qon aylanish buzilishining qaysi shaklini chaqiradi?

- A. jigar usti shakli
- B. jigar ichi shakli
- C. aralash shakli
- D. jigar osti shakli

20. Darvoza venasi atreziyasi portal qon aylanish buzilishining qaysi turiga sababchi bo‘ladi?

- A. jigar osti shakli
- B. jigar usti shakli
- C. jigar ichi shakli

D. aralash shakli

21. Darvoza venasini chandiqlar, o'smalar, infiltratlar bilan bosilishi portal qon aylanishi buzilishining qaysi turiga sababchi bo'ladi?

A. jigar usti shakli

B. jigar osti shakli

C. jigar ichi shakli

D. aralash shakli

22. Pastki kovak venaga jigar venalari quyiladigan joydan yuqorida uning torayishi, tug'ma membranalari va tashqaridan bosilishlari portal qon aylanishi buzilishining qaysi turiga sababchi bo'ladi:

A. jigar usti shakli

B. jigar osti shakli

C. jigardan tashqari shakli

D. aralash shakli

23. Portal gipertenziyaning qaysi turi ko'p uchraydi?

A. jigar ichi turi

B. jigar usti turi

C. jigardan tashqari turi

D. aralash turi

24. Portal tizimdan qonni olib ketuvchi yangi yo'llar hosil qiluvchi operatsiya – bu:

A. organopekpiya

B. splenektomiya

C. tanner operatsiyasi

D. umumiy jigar arteriyasi periarterial nevrektomiyasi

25. Portal tizimga qon kelishini kamaytirishga qaratilgan operatsiya – bu:

A. organopeksiya

B. splenektomiya

C. tanner operatsiyasi

D. umumiy jigar arteriyasi periarterial nevrektomiyasi

BUYRAK VA SIYDIK YO'LLARI

TUG'MA NUQSONLARI

1. Quyidagi anomaliyalardan qaysi biri buyrak struktura anomaliyasiga tegishli?

A. buyrak polekistozi

B. gomolateral distopiya

C. taqasimon buyrak

D. buyrak ikkilanishi

2. Siydik oqimi tezligini aniqlash usuli – bu:

A. urofluometriya

B. urokimografiya

C. sistomonometriya

D. uretrosistografiya

3. Embrional bitishmalar natijasida vujudga kelgan gidronefroznining davolash usulini aniqlang?

A. Andersen–Kucher operatsiyasi

B. Foley operatsiyasi

C. Ureterolizis

D. Derjavin operatsiyasi

4. Quyidagilardan qaysi biri struktura anomaliyasiga kirmaydi?

A. solitar kista

B. g‘ovak buyrak (*Kachchi–Richcha kasalligi*)

C. buyrak multikistozi, polekistoz

D. buyrak aplaziyasi

5. Infravezikal obstruksiya ko‘p uchraydigan asorat:

A. ureterning neyromushak displaziyasi

B. neyrogen siydik pufagi

C. qovuqning haqiqiy divertikuli

D. qovuqning sohta divertikuli

6. Embrional davrda buyraklarning dastavval joylashish joyi:

A. bel sohasi

B. retroperitoneal, 1-bel umurtqasi sathida

C. qorin bo‘shlig‘i

D. chanoq sohasi

7. Embrional davrda buyrakning sekretor apparati nimadan rivojlanadi?

A. Volf nayidan

B. Myuller nayidan

C. Metanefrozdan

D. Nefrogen blastomadan

8. Embrional davrda buyrakning ekskretor apparati nimadan rivojlanadi?

A. Myuller nayidan

- B. Uraxusdan
- C. Metanefrozdan
- D. Volf nayidan

9. Volf nayidan quyidagilar hosil bo‘ladi:

- A. yig‘uvchi kanalchalar, kosachalar, ureter, urug‘ nayi
- B. buyrak koptokchalari, ilon izi kanalchalar
- C. bachadon, qin, urug‘ pufakchasi, urug‘ nayi
- D. jom, ureter, bachadon nayi, buyrak koptokchalari

10. Myuller nayidan quyidagilar hosil bo‘ladi?

- A. buyrak koptokchalari, ilon izi kanalchalar
- B. bachadon, bachadon nayi, qin
- C. yig‘uvchi kanalchalar, kosachalar, ureter, urug‘ nayi
- D. bachadon, qin, urug‘ pufakchasi, urug‘ nayi

11. Nefrogen blastomadan quyidagilarning qaysi biri hosil bo‘ladi?

- A. buyrak koptokchalari, ilon izi kanalchalar
- B. yig‘uvchi kanalchalar, kosachalar, jom
- C. ureter, uretra, urug‘ nayi
- D. buyrak koptokchalari, kosachalar, jom

12. Siydik miqdorini ko‘payishi – bu:

- A. pollakuriya
- B. poliuriya
- C. anuriya
- D. oligouriya

13. Siydik miqdorini kamayib ketishi – bu:

- A. anuriya
- B. oligokiuriya
- C. oligouriya
- D. dizuriya

14. Bir sutkalik siydikdagi shaklli elementlar soni qaysi sinama yordamida aniqlanadi?

- A. Addis-Kakovskiy
- B. Zimnitskiy
- C. Amburje
- D. Nicheporenko

15. Qaysi belgi gidronefroznining asoratlanishidan darak beradi?

- A. gematuriya
- B. paypaslanadigan shish
- C. og‘riq

D. piuriya

**16. Qaysi tekshirish usuli gidronefrozni sababini aniqlashga ko'p-
roq yordam beradi?**

A. ekskretor urografiya

B. radioizotopli renografiya

C. retrograd ureteropielografiya

D. angiografiya

17. Quyidagi hollardan qaysi birida gemoglobinuriya bo'ladi?

A. o'tkir pielonefrit

B. o'tkir glomerulonefrit

C. nekrotik papillit

D. paranefrit

**18. Quyidagi tekshirishlardan qaysi birini anuriyada qo'llash
man etiladi?**

A. obzor urografiya

B. sistouretrografiya

C. ekskretor urografiya

D. sistoskopiya

**19. Anuriyalarning qaysi biri siydik a'zolarining patologiyasi
bilan bog'liq emas?**

A. prerenal

B. subrenal

C. renal

D. arenal

20. Qovuqning qaysi nuqsonli rivojlanishi bo'lmaydi?

A. qovuq ektopiyasi

B. qovuq ekstrofiyasi

C. qovuqning ikkilanishi

D. qovuqning divertikuli

**21. Siydikni filtrlanishida quyidagilardan qaysi biri ishtirok eta-
di?**

A. buyrak kapsulasi

B. Shumlyanskiy–Bauman kapsulasi

C. glisson kapsulasi

D. mezonefrogen kapsulasi

**22. Quyidagi hollarning qaysi birida buyraklar simmetrik shakl-
da bitishgan deyiladi?**

A. L-simon, taqasimon

- B. S-simon L-simon
- C. taqasimon, fathersimon
- D. fathersimon, Z-simon

23. Buyraklarni joylashish anomaliyalarini tasdiqlovchi eng ishonchli tekshirish usulini aniqlang?

- A. umumiy urografiya
- B. buyrak punksiyasi
- C. radioizotopli renografiya
- D. ekskretor urografiya

24. Buyraklar ikkilanishining asosiy diagnostikasi:

- A. ekskretor urografiya
- B. ultratovushli tekshirish
- C. radioizotop renografiya
- D. obzor urografiya

25. Ekskretor urografiya buyrakni yorilishiga xos alomat:

- A. kontrast modda chiqishining susayishi
- B. kontrast moddani paranefral to'qimaga o'tishi
- C. kontrast moddani kattalashgan buyrak jomida yig'ilib qolishi
- D. kontrast moddani siydik nayi pastki qismida to'xtab qolishi

QORIN OLD DEVORI, QORINPARDA O'SIMTASINING RIVOJLANISH NUQSONLARI

1. Siydik nayining qovuqdan tashqari ektopiyasida siydik tuta olmaslik xarakterini ko'rsating?

- A. siydik pufagi to'lganda siydik tomchilab oqadi
- B. siydik doimo tomchilab turadi va siydik oqimi siyish vaqtida uzilib koladi
- C. normal siyish akti bo'ladi va siydik doimo tomchilab oqib turadi
- D. bola uxlaganda siydik oqib turadi

2. Qanday holatlarda qovuq ekstrofiyasi bo'lganda sigmasimon ichakdan siydik pufagi hosil qilinadi?

- A. qovuq hajmi kichik bo'lib, anal sfinkter funksiyasi sust bo'lganda
- B. qovuq shillik kavatida papillamatoz o'zgarishlar bo'lganda
- C. qovuq shillik qavati diametri katta bo'lganda
- D. qovuq hajmi kichik bo'lib, anal sfinkter funksiyasi yaxshi bo'lganda

3. Qovuq ekstrofiyasini davolashning fiziologik usulini aniqlang?

- A. Mixelson–Ternovskiy operatsiyasi

- B. Melnikov operatsiyasi
- C. qovuqni mahalliy to'qimalardan yasash
- D. qovuqni sigmasimon ichakdan yasash

4. Qovuq ekstrofiyasida qovuqqa siydik naylari:

A. siydik nayining teshiklari hosilaning yuqori qismida ikkita kichkina teshik bo'lib ochiladi

B. siydik naylarining teshiklari hosilaning pastki qismida bitta teshik bo'lib ochiladi

C. siydik nayining teshiklari to'g'ri ichakka ikkita kichkina teshik bo'lib ochiladi

D. siydik nayining teshiklari hosilaning pastki qismida ikkita kichkina teshik bo'lib ochiladi

5. Siydik pufagi ekstrofiyasini asosiy diagnostika usuli;

A. obzor urografiya

B. ekskretor urografiya

C. umumiy ko'rik

D. ultratovushli tekshirish

6. Qovuq ekstrofiyasi bilan tug'ilgan bolada qanday jarayon kuzatiladi?

A. Bola tug'ilgandan bir haftadan so'ng uning qovuq usti sohasida o'smasimon hosilani ko'rish mumkin

B. Bola tug'ilgan zahoti uning qovuq usti sohasida u yoki bu kattalikda bo'lgan qo'ng'ir-qoramtir tusli o'smasimon hosilani ko'rish mumkin

C. Bola tug'ilgan zahoti uning qovuq usti sohasida qip-qizil, o'smasimon hosilani ko'rish mumkin

D. Bola tug'ilganida ushbu patologiya aniqlanmaydi

7. Chov churralarini operatsiya qilishda jarrohlik uslubi nimaga bog'liq?

A. chov halqalari o'lchamiga

B. bemor yoshiga

C. qorin oldingi devori mushaklari holatiga

D. churra xaltasi hajmiga

8. Qorin bo'shlig'i bilan tutash gidroseleda qaysi operatsiya qo'llaniladi?

A. Bergman operatsiyasi

B. Rossa operatsiyasi

C. Grossa operatsiyasi

D. Vinkelman operatsiyasi

9. Qorin bo'shlig'i bilan tutashmagan moyak pardalari istisqosida suyuqlik qanday yo'l bilan hosil bo'ladi:

- A. qorin bo'shlig'idan keladi
- B. moyak hujayralari ishlab chiqaradi
- C. qin o'simtasi hujayralari ishlab chiqaradi
- D. limfa tomirlaridan o'tadi

10. Taranglashmagan gidroselini qachon operatsiya qilish maqsadga muvofiq?

- A. tashxis qo'yilgach
- B. ko'krak yoshida
- C. uch yoshdan keyin
- D. maktab yoshida

11. Moyak pardalarini qorin bo'shlig'i bilan tutashuvchi istisqosiga xos belgilarni aniqlang?

- A. shish o'zgarmasdan bir xil turishi
- B. shish ertalab kattalashib, kechga yaqin kichrayishi
- C. qo'l bilan ushlab ko'rganda shishning birdan kattalashishi
- D. shish ertalab kichiklashib, kechga kattalashishi

12. Bolalarda chov churralari paydo bo'lishining asosiy sababi:

- A. qorinparda qin o'simtasining bekilmasligi
- B. bola ko'p yig'lashi
- C. chov kanali yuza teshigi o'lchamlarini katta bo'lishi
- D. chov sohasi mushaklari yetishmovchiligi

13. Chov churrasini tasdiqlovchi belgi:

- A. yo'tal itarishi belgisi asosida
- B. qon va siydik tahlillarida o'zgarishlar bo'lishi
- C. qo'lni itarish belgisi asosida
- D. chov kanali tuynugini hajmini aniqlash asosida

14. Nukke kistasi paydo bo'lishining asosiy sababi nima?

- A. qorinparda o'simtasi obliteratsiyasining buzilishi
- B. infeksiya
- C. shikastlanish
- D. chov soxasi qon va limfa tomirlarining rivojlanishidagi disproporsiya

15. 1,5 yoshgacha bolalarda urug' tizimchasi va moyak pardalari istisqosi paydo bo'lishining asosiy sababi nima?

- A. infeksiya
- B. qorin parda qinsimon o'simtasi obliteratsiyasini buzilishi

C. shikastlanish

D. chov yorg'oq sohasi qon va limfa tomirlari rivojlanishini buzilishi

16. Tuxum pardalari istisqosi qiyosiy tashxisi qaysi kasallikdan boshlanadi:

A. varikosele

B. tuxum o'smasi

C. chov-yorg'oq churrasi

D. tuxumning buralib kolishi

17. Urug' tizimchasining to'satdan paydo bo'lgan kistasi qiyosiy tashxisi nimadan boshlanadi?

A. poliorxiya

B. kriptorxizm

C. chov limfadeniti

D. qisilgan chov churrasi

18. Urug' tizimchasi va moyak pardalari tutashmagan istisqosiga xos klinik belgi – bu:

A. uzoq vaqt davomida urug' tizimchasi va tuxum pardalarining taranglashib turishi

B. yorg'oq asimmetriyasi

C. kunning oxiriga borib yorg'oqning kattalashishi

D. og'riq sindromi

19. Urug' tizimchasi va moyak pardalari istisqosini aniqlovchi tarqalgan va yengil tekshirish usulini ko'rsating?

A. teshib ko'rish

B. diafanoskopiya

C. chov sohasining rentgen surati

D. chov sohasi palpatsiyasi

20. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda moyak pardalari taranglashgan istisqosini davolash usuli qanday amalga oshiriladi?

A. Rossa operatsiyasi

B. Bergman operatsiyasi

C. Vinkelman operatsiyasi

D. Moyak pardalarini teshish (*punksiya*)

21. Moyak pardalari va urug' tizimchasi istisqosini operativ davolash muddati qancha:

A. 6 oylikda

B. 1,5 yoshdan keyin

C. 5 yoshdan keyin

D. 10 yoshdan keyin

22. Moyak pardalari va urug' tizimchasi istisqosini qaysi mud-datlarda kuzatish mumkin:

A. 1,5–3 yoshgacha

B. 3–7 yoshgacha

C. chaqaloqligidan 1,5 yoshgacha

D. 7–14 yoshgacha

23. Qorinparda qin o'simtasi o'rta qismida suyuqlik yig'ilishi – bu:

A. enterokistoma

B. nukke kistasi

C. mekkel divertikuli

D. moyak pardalari istisqosi

24. Hidroselining chov yorgoq churrasidan asosiy farqli belgisi – bu:

A. diafonoskopiya yorishishi

B. og'riq bo'lmasligi

C. yorg'oqning kattalashishi

D. yorg'oq terisida o'zgarish bo'lmasligi

25. Eng ko'p uchraydigan churra turini aniqlang?

A. kindik churra

B. son churra

C. to'g'ri chov churra

D. qiyshiq chov–yorg'oq churra

TASHQI JINSIY A'ZOLARNING NUQSONLARI

1. Varikosele kasalligi kelib chiqishiga nima sabab bo'ladi?

A. buyrak venasida bosimning balandligi

B. moyak va uning ortig'i kasalliklari

C. moyak arteriyasida bosimning ortishi

D. buyrak arteriyasida bosimning ortishi

2. Kriptorxizmning asorati:

A. siydik tuta olmaslik

B. seminoma

C. akliy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish

D. moyak gipertrofiyasi

3. Sohta kriptorxizmga xos holatni aniqlang:

A. bir tomonda moyakni umuman yorg'oqda bo'lmasligi

- B. moyakning vaqti-vaqti bilan yorg'oqqa tushib turishi
- C. ikkala tomondan ham moyakni yorg'oqda bo'lmasligi
- D. moyakning chov kanalida ushlanib qolishi
- 4. Operatsiya qilinmagan kriptorxizmning eng xavfli asorati?**
 - A. bepustlik
 - B. ikkilamchi jinsiy belgilarni paydo bo'lmasligi
 - C. moyak atrofiyasi
 - D. seminoma
- 5. Kriptorxizmni davolashda qaysi dori vositasi qo'llaniladi?**
 - A. pitiutrin
 - B. metilttestosteron
 - C. xorionin gonadotropin
 - D. testosteron propionat
- 6. Varikoselega aynan xos bo'lgan belgi?**
 - A. yorg'oqning shishi
 - B. yorg'oqda chuvalchangsimon hosilalarning paypaslanish
 - C. moyak hajmining kattalashishi
 - D. moyak hajmining kichiklashishi
- 7. Kriptorxizmni operativ davolash uchun bemorning optimal yoshi:**
 - A. chaqaloqlik davri
 - B. 6 yoshgacha
 - C. 10 yoshgacha
 - D. 2 yoshdan
- 8. Ikki yoshli bolada chov ektopiyasi shaklidagi kriptorxizm aniqlandi. Operatsiya bolaning necha yoshidan qilinadi?**
 - A. 6 yoshdan keyin
 - B. 10 yoshgacha
 - C. 12 yoshgacha
 - D. kechiktirmasdan operatsiya qilinadi
- 9. Kriptorxizmni davolashda quyidagilardan qaysi biri noto'g'ri hisoblanadi?**
 - A. gormonlar bilan davolash ham mumkin
 - B. kriptorxizmni davolash 2 yoshdan boshlanadi
 - C. moyakni 2 bosqichli operatsiya bilan yorg'oqqa tushirish
 - D. moyakni operativ tushirish urug' tizimchasi elementlarini mobilizatsiya qilish yo'li bilan olib boriladi
- 10. Tuxumcha vikar gipertrofiyasi qachon kuzatiladi?**

- A. anorxizmda
- B. monorxizmda
- C. poliorxizmda
- D. kriptorxizmda

11. Kriptorxizm va tuxumchalar ektopiyasining farqi nimada?

- A. Kriptorxizmda tuxumchalar tushish yoʻlida qoladi, ektopiyada yoʻlidan adashib, boshqa joyni egallaydi.
- B. Kriptorxizmda tuxumchalar tushish yoʻlidan boshqa joyni, ektopiyada yoʻlida adashib qoladi.
- C. Kriptorxizmda tuxumchalar tushish yoʻlidan adashib qoladi, ektopiyada tushish yoʻlida qoladi.
- D. Kriptorxizm va tuxumchalar ektopiyasida morfofunktsional farq yoʻq.

12. Kriptorxizmda tuxumchalarni yorgʻoqqa tushirish operatsiyasining nomi?

- A. Organopeksiyao
- B. Orxidopeksiya
- C. Ru–Oppel operatsiyasi
- D. Neouretroplastika

13. Total epispadiyani davolash uchun bemorning optimal yoshi:

- A. chaqaloqlik davri
- B. 6 yoshgacha
- C. 8 yoshgacha
- D. 3 yoshgacha

14. Gipospadiyaning olat tanasi shaklida davolashni boshlash uchun bemorning optimal yoshi:

- A. 3 yoshdan keyin
- B. 1 yoshgacha
- C. 1,5 yoshgacha
- D. 3 yoshgacha

15. Orqa uretradagi klapanlarni ishonchli diagnostika usuli:

- A. umumiy urografiya
- B. oddiy tsistografiya
- C. ekskretor urografiya
- D. miksion sistografiya

16. Oʻgʻil bolalarda epispadiya shakllari:

- A. olat boshi, tana, yorgʻoq, total

B. olat boshi, tana, yorg'oq, oraliq

C. olat boshi, tana, total

D. olat boshi, tana, total, oraliq

17. Gipospadiyaning necha turi mavjud?

A. 4 ta

B. 2 ta

C. hech qanday turi mavjud emas

D. 5 ta

18. Gipospadiya – bu:

A. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi

B. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi

C. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi

D. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi

19. Epispadiya – bu:

A. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi

B. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi

C. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi

D. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi

20. Gematokolpos nima?

A. balog'at yoshiga yetayotgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat

B. balog'at yoshiga yetgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat

C. balog'at yoshiga yetayotgan o'g'il bolalarga xos bo'lgan holat

D. turmush qurgan ayollarga xos bo'lgan holat

21. Gematometra nima?

A. balog'at yoshiga yetgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat

B. balog'at yoshiga yetayotgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat

C. balog'at yoshiga yetayotgan o'g'il bolalarga xos bo'lgan holat

D. turmush qurgan ayollarga xos bo'lgan holat

22. Gematokolpos qanday xarakterlanadi?

A. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo‘lishi natijasida menstrual qonning birinchi marta chiqishi bilan xarakterlanadi.

B. Qizlik – hayo pardasi tabiiy bo‘lmasligi natijasida menstrual qonning qinda yoki bachadonda to‘planib qolishi bilan xarakterlanadi.

C. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo‘lmasligi natijasida menstrual qonning qinda yoki bachadonda to‘planib qolishi bilan xarakterlanadi.

D. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo‘lmasligi natijasida homilaning qinda yoki bachadonda qolishi bilan xarakterlanadi.

23. Gematokolposning klinik belgilari:

A. Qizlik pardasining to‘liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin qindan sababsiz qon ketishi bilan namoyon qiladi.

B. Qizlik pardasining to‘liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin qorinda og‘riq bilan namoyon bo‘ladi.

C. Qizlik pardasining to‘liq berkligi homiladorlik vaqtida qindan sababsiz qon ketishi bilan namoyon qiladi.

D. Qizlik pardasining to‘liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin hech qanday klinik belgi namoyon qilmaydi.

24. Gematokolposda klinik belgilari menstrual sikl boshlanishi bilan:

A. menstrual qon qinda to‘planib qoladi, bir necha kun qorinni pastki sohasida og‘riq bezovta qiladi

B. menstrual qon qinda to‘planib qoladi, bir necha kun tenezm kuzatiladi

C. menstrual qon qindan oqib, bir necha kun qorinni pastki sohasida og‘riq bezovta qiladi

D. bir necha kun qorinni pastki sohasida og‘riq, ko‘ngil aynishi, qu-sish bezovta qiladi

25. Gematokolposda klinik belgilari har sikldan so‘ng qanday xarakterlanadi?

A. Shikoyatlari uzviylik (*siklli*) bo‘lib, har sikldan so‘ng bemor ahvoli yaxshilanadi.

B. Shikoyatlari uzviylik (*siklli*) bo‘lib, har sikldan so‘ng bemor ahvoli yomonlashadi.

C. Shikoyatlari kamayib, har sikldan so‘ng bemor ahvoli yomonlashadi.

D. Shikoyatlar qilmaydi, har sikldan so‘ng bemor ahvoli biroz yomonlashadi.

BOLALARDA KO'KRAK BO'SHLIG'INING TARANGLASHISH SINDROMI

1. Diafragmal churralarning ishonchli rentgenologik belgisi:

A. O'pkalar sohasida uyachali yorug'lik zonalarini va suyuqlik sathlarining bo'lishi

B. O'pkalar sohasining qorayishi

C. O'pkaning pastki qismlarida o'pka rentgen suratini pasayishi

D. Ko'ks oralig'i a'zolarini churra tomonga siljishi

2. Asfiktik qisilishga xos belgini aniqlang?

A. yurak-tomir yetishmovchiligi belgilari

B. ichak tutilishi belgilari bo'lishi

C. nafas qisishi va sianozning kuchayib borishi

D. toksikoz-ekzikoz klinikasi

3. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bezovtalik paytida sianoz paydo bo'lishi qaysi kasallikka xos belgi?

A. ko'krak qafasining varonkasimon deformatsiyasi

B. traxeya-qizilo'ngach o'rtasidagi oqma

C. diafragmal churra

D. Subdural gematoma

4. Tug'ma diafragmal churralarning yetakchi belgisi:

A. ko'krak qafasi deformatsiyasi

B. ovqat hazm bo'lishini buzilishi

C. siydik ajralishining buzilishi

D. nafas yetishmovchiligi

5. Tug'ma diafragmal churralarning asosiy diagnostikasi:

A. qorin bo'shlig'i a'zolarining umumiy rentgen tasviri

B. ultratovushli tekshirish

C. bronxografiya

D. gastroenterografiya

6. Tug'ma va ortirilgan diafragmal churralar qanday farqlanadi?

A. deyarli farq aniqlanmaydi

B. klinik kechishi belgilari bilan farqlanadi

C. churra mahsulotlari bilan farqlanadi

D. churra xaltasi bo'lish-bo'lmasligi bilan farqlanadi

7. Diafragma churrasi – bu:

A. o'pkaning qorin bo'shlig'iga siljishi

- B. qorin bo'shlig'i a'zolarinig ko'krak qafasiga o'tishi
- C. ko'ks oralig'i a'zolarining sog' tomonga siljishi
- D. ko'ks oralig'i a'zolarining qorin bo'shlig'iga siljishi

8. Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasining asosiy diagnostikasi:

- A. oshqozonni kontrastli tekshirish
- B. ko'krak qafasini ultratovushli tekshirish
- C. ko'krak qafasini obzor rentgen tasviri
- D. Gastroduodenoskopiya

9. Diafragmaning qisilgan churrasiga xos bo'lmagan belgi qaysi qatorda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. o'pkadan qon ketish
- B. ko'krak qafasi sohasida og'riq
- C. qayta qusishlar
- D. sianoz va nafas olishning qiyinlashib borishi

10. Diafragmal churrani asfiktik qisilishida qaysi simptom bo'lmaydi?

- A. sianoz
- B. meteorizm
- C. bezovtalik
- D. ko'ks oralig'i a'zolarining siljishi

11. Mediastenit deganda:

A. ko'ks oralig'i yog' qavati va qorin pardaning yiringli yallig'lanishi tushiniladi

B. ko'ks oralig'i yog' qavati va ko'krak qafasida joylashgan a'zolarining yiringli yallig'lanishi tushiniladi

C. ko'ks oralig'i yog' qavati va ko'ks oralig'ida joylashgan a'zolarining yiringli yallig'lanishi tushiniladi

D. ko'ks oralig'i yog' qavati va me'daning yiringli yallig'lanishi tushiniladi

12. Mediastenitga sabab bo'ladigan omillar:

A. barcha javoblar to'g'ri

B. ko'ks oralig'i yog' qavatiga bronxlar teshilishi natijasida infeksiya tushishi

C. ko'ks oralig'i yog' qavatiga tish olinishi natijasida infeksiya tushishi

D. ko'ks oralig'i yog' qavatiga qizilo'ngach teshilishi natijasida infeksiya tushishi

13. Mediastenitning klinik kechish xarakteri:

A. ahvoli og'ir, yuqori harorat, bezovtalik, nolishli hansirash

B. ahvoli og'ir, yuqori harorat, bezovtalik, yo'talish, og'zidan ko'pik kelishi
C. bezovtalik, ahvoli og'ir, yuqori harorat, nolish, auskultativ quticha tovushi, hansirash

D. ahvoli o'rtacha, harorat, bezovtalik, hansirash

14. Mediastenitda kuzatiladigan asoratlar:

A. perikardit, plevrit, pnevmoniya, enterokolit

B. perikardit, koksit, plevrit, pnevmoniya, interlobit

C. perikardit, plevrit, pnevmoniya, ensefalit

D. perikardit, plevrit, pnevmoniya, interlobit

15. O'pka bakterial destruksiyasi deganda nima tushuniladi?

A. Bronxial daraxt yiringli-destruksiyasi bilan kechadigan septik kasallik.

B. O'pka parenximasi va plevraning proliferativ yallig'lanishi bilan kechadigan septik kasallik.

C. O'pka parenximasi va plevraning fibroz va sklerotik o'zgarishi bilan kechadigan toksik kasallik.

D. O'pka parenximasi va plevraning yiringli-destruksiyasi bilan kechadigan septik kasallik.

16. O'pka bakterial destruksiyasi kliniko-rentgenologik qanaqa shakllari farqlanadi:

A. o'pka, o'pka-plevral

B. o'pka, o'pka-plevral, o'pka-bronxial

C. o'pka, o'pka-plevral, plevral

D. o'pka, o'pka-plevral, perikardial

17. O'pka bakterial destruksiyasida o'pka shakllari qanday farqlanadi?

A. infiltrat, absess, bulla, emfizematoz

B. infiltrat, absess, bulla

C. infiltrat, absess, kistoz

D. infiltrat, kistoz, bulla

18. O'pka bakterial destruksiyasi o'pka-plevral shakllari qanday farqlanadi?

A. piotoraks, pnevmotoraks

B. piotoraks, piopnevmtoraks, pnevmotoraks

C. piotoraks, piopnevmtoraks, pnevmotoraks

D. piotoraks, piopnevmtoraks, pnevmotoraks, gidrotoraks

19. O'pka bakterial destruksiyasi surunkali shakllari farqlanadi:

A. bronxoektaz, surunkali empicma, orttirilgan o'pka kistasi

- B. surunkali absess, surunkali empiema, orttirilgan o'pka exinokokkozi
- C. surunkali absess, surunkali empiema, orttirilgan o'pka kistasi
- D. surunkali absess, surunkali bronxit, orttirilgan o'pka kistasi

20. O'pka bakterial destruksiyasining kechish shakllari qanday farqlanadi?

- A. o'tkir va surunkali
- B. o'tkir, o'tkir osti, surunkali
- C. o'tkir, kompensatsiyalashgan, surunkali
- D. o'tkir, cho'zilgan, surunkali

21. O'pka bakterial destruksiyasi qanaqa sindromlar bilan kechishi mumkin:

- A. abdominal, neyrotoksik, astmoid, renal
- B. abdominal, neyrotoksik, astmoid
- C. abdominal, neyrotoksik, bronxial, renal
- D. abdominal, neyrotoksik, astmoid, ensefalitik

22. O'pka bakterial destruksiyasi o'pka shakli kechishida qanday rentgenologik o'zgarishlar kuzatiladi?

A. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgaragan, sinuslari toza.

B. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgaragan, sinuslari toza.

C. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgaragan, sinuslarida suyuqlik satxi aniqlanadi.

D. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi o'zgarmagan, sinuslarida suyuqlik satxi aniqlanadi.

23. O'pka bakterial destruksiyasini davolashda Byulau usulida plevra bo'shlig'ini passiv drenajlashning mohiyati nimadan iborat?

A. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va plevra varaqasini yallig'lanishdan saqlash.

B. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va musbat bosimni saqlash.

C. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va manfiy bosimni saqlash.

D. Plevra bo'shlig'ini drenajlash, manfiy bosimni hosil qilish va yiringli xilqatni chiqarib tashlash.

24. O'pka bakterial destruksiyasi kechishida zararlangan o'pka sohasida auskultativ nafas qanday eshutiladi?

A. ikkala o'pkada ham qattiq nafas fonida nafas olishning susayishi

B. qattiq nafas fonida nafas olishning sust eshinishi

C. qattiq nafas fonida nafas olishning kuchayishi

D. qattiq nafas fonida har xil kalibrli xirillashlar

25. O'pka bakterial destruksiyasi etiologiyasida nima asosiy o'rin tutadi?

A. barcha javoblar to'g'ri

B. stafilokokk, grammanfiy flora – ko'k yiring tayoqchasi, klebsiela, protey, Kox tayoqchasi va ular assosatsiyasi

C. streptokokk, grammanfiy flora – yiring ko'k tayoqchasi, klebsiela, protey, ichak tayoqchasi, Kox tayoqchasi va ular assosatsiyasi

D. stafilokokk, streptokokk, grammanfiy flora – yiring ko'k tayoqchasi, klebsiela, protey, ichak tayoqchasi va ular assosatsiyasi

BOLALARDA O'TKIR QORIN SINDROMI

1. Kriptogen peritonit.

A. sababi noma'lum peritonit

B. qorinpardaning ichak tayoqchalari bilan yallig'lanishi

C. qorinparda va qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lanishi

D. appenditsitdan keyingi peritonit

2. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarga xos o'tkir appenditsit qanday belgilar asosida aniqlanadi?

A. giperleykotsitoz, umumiy bezovtalik, ko'p qusish, ich ketishi, yuqori harorat

B. qorindagi tarqalgan og'riq, bir marta qayt qilish, gektik harorat, ich ketishi

C. bir marta qayt qilish, ich ketishi, giperleykotsitoz

D. ko'p marta qayt qilish, subfebril harorat, ich qotishi

3. Quyidagi belgilardan qaysi biri nekrotik enterokolitning ichak teshilishi bilan kechuvchi asorati uchun xos emas?

A. anusdan qon kelishi

B. qusish, ichak faoliyatini buzilishi

C. perkussiyada jigar to'mtoqligini aniqlanishi

D. qorin oldingi devorini shishishi

4. O'tkir appenditsitni o'ng tomonlama buyrak sanchig'idan farqlashda qaysi blokada qo'llaniladi?

A. Loren–Epshteyn bo'yicha

B. Shkolnikov–Selivanov bo'yicha

C. Lukashevich–Oberst bo'yicha

D. Vagosimpatik blokada

5. O'tkir appenditsit diagnozi bo'yicha operatsiya vaqtida appendikulyar infiltrat aniqlandi. Sizing davolash usulingiz:

A. Ichakning infiltratga aloqador qismini rezeksiya qilish va anastomoz qo'yish

B. Appendektomiya

C. Infiltrat hosil qilgan to'qima va a'zolari bir-biridan ajratish

D. Qorin bo'shlig'iga drenaj qo'yish va jarohatni tikish

6. O'tkir appenditsitga xos og'riq qaysi qatorda to'ri ko'rsatilgan?

A. xanjar sanchgandek

B. sanchiqsimon

C. doimiy, zo'rayuvchi

D. kuchsiz, doimiy

7. Bemorda Duglas absessi aniqlandi, sizning davolash usulingiz:

A. intensiv so'riluvchi terapiya o'tkazish

B. to'g'ri ichak orqali kesib, yiringni chiqarish

C. o'rta chiziq bo'ylab laparotomiya qilish va yiringni chiqarish

D. o'ng yonbosh sohadan kesish va yiringni chiqarish

8. Bemorda sovuq appendikulyar infiltrat aniqlandi, konservativ davo vaqtida qorinda og'riq paydo bo'ldi, tana harorati 38,7 °C, peritonial belgilar paydo bo'ldi. Kasallikning davolash usulini aniqlang:

A. shoshilinch operatsiya

B. antibiotiklar miqdorini oshirish

C. qoringa sovuq qo'yish, kuzatish

D. laparoskopiya qilish

9. O'tkir tarqalgan peritonit operatsiyasidan keyin bemorning to'g'ri holati:

A. bosh tomon yuqoriroq, gorizontal

B. trendelenburg holati

C. o'ng yonbosh holati

D. chap yonbosh holati

10. Qorin oldingi devori shishi qaysi kasallikda kuzatiladi?

A. tug'ma ichak tutilishi

B. ichak invaginatsiyasi

C. chaqaloqlar peritoniti

D. Girshprung kasalligining o'tkir shakli

11. Appendikulyar absessni to'g'ri davolash usulini aniqlang?

A. punksiya yordamida yiringni so'rib olish

B. laparotomiya, qorin bo'shlig'ini taftish qilish, sigara tampon qo'yish

C. kesish, appendektomiya qilish va jarohatni tikish

D. so'ruvchi terapiya, fizioterapiya, antibiotiklar

12. Navbatchilik paytida bemor o'ng yonbosh sohasida sovuq infiltrat topildi. Sizning davolash usulingiz:

A. kuzatuv

B. shoshilinch operatsiya

C. rejali operatsiya

D. antibiotiklar, fizioterapiya, kuzatuv, infuzion terapiya

13. Bemorda birlamchi peritonitga shubha bor, sizning davolash usulingiz:

A. rejali operatsiya

B. shoshilinch operatsiya

C. antibiotiklar berish

D. qoringa muz qo'yish va kuzatish

14. Peritonitning og'ir formalarida qaysi preparat mikrosirkulyatsiyani tiklaydi?

A. qon va plazma

B. poliglyukin

C. reopoliglyukin

D. aminokrovin

15. Bolalarda absesslashgan appendikulyar infiltratda ratsional davolash usuli qanday amalga oshiriladi?

A. laparoskop yordamida yiringni tortib olish

B. konservativ

C. lazeroterapiya

D. operatsiya

16. O'ng yonbosh sohada yallig'lanish borligini tasdiqlovchi ishonchli belgi.

A. lokal og'riq

B. qusish

C. leykositlar sonining oshishi

D. qorin oldingi devori mushaklarining taranglashishi

17. O'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorda appendektomiya operatsiyasi o'tkazilishiga qarshilik ko'rsatuvchi holat:

A. homiladorlik

B. tug'ma yurak nuqsoni borligi

C. gemofiliya

D. 3-darajali kamqonlik

18. Voskresenskiy simptomini izohlab bering?

A. epigastral sohasidagi og'riqni o'ng yonbosh sohasiga o'tishi

B. o'ng yonbosh sohasini bosganda chap yonbosh sohasida og'riq bo'lishi

C. chap yonbosh sohasini bosganda o'ng yonbosh sohasida og'riq bo'lishi

D. ko'ylakni tortib, ustidan qorin sohasida qo'lning o'tkazish vaqtida og'riq bo'lishi

19. O'tkir appenditsitga shubha bo'lgan bemor shifoxonaga yetib kelgunga qadar kuchli og'riq bo'lsa, uni qaysi dori bilan og'riqsizlantirish mumkin.

A. og'riqsizlantirish mumkin emas

B. 50 % yoki 25 % li analgin

C. xloralgidrat

D. promedol

20. Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda appendektomiyaning qaysi turi ko'proq qo'llaniladi?

A. retrograd appendektomiya

B. tipik appendektomiya

C. ligaturali appendektomiya

D. invaginatsion appendektomiya

21. Qaysi vaqtda invaginatsion usulda appendektomiya qilish mumkin?

A. o'simta empiyemasida

B. ikkilamchi appenditsitda

C. flegmonoz appenditsitda

D. gangrenoz appenditsitda

22. Katta yoshdagi bolalarda qaysi vaqtda ligatura usulida appendektomiya qilinadi:

A. gangrenoz appenditsitda

B. flegmonoz appenditsitda

C. appenditsit tilit

D. o'simta empiyemasida

23. Shenleyn–Genox kasalligida nima sababdan qorinda oqriq bo'ladi?

A. ichaklar devori yallig'langanligi sababli

B. tomirlar o'tkazuvchanligi buzilganligi sababli

- C. chuvalchangsimon o'simta yalliglanganligi sababli
- D. qorinparda va ichak devoriga qon quyilganligi sababli

24. Qiz bolalarda diplokokkli peritonitda infeksiya qorin bo'shlig'iga asosan qaysi yo'l bilan kiradi:

- A. qin orqali
- B. gemotogen
- C. limfogen
- D. enterogen

25. Agarda o'tkir appenditsitga shubha bo'lsa, kasallikni aniqlash uchun necha soatgacha kuzatish mumkin:

- A. 2–6 soatgacha
- B. kutish mumkin emas
- C. 12 soatgacha
- D. 24 soatgacha

ME'DA–ICHAK TRAKTIDAN QON KETISHI

1. Laparoskopiya – bu:

- A. barcha javoblar to'g'ri
- B. endoskopik tekshirish va davolash usuli
- C. endoskopik muolaja
- D. optik sistemani qo'llash yo'li bilan bajariladigan operativ muolaja

2. Qorin bo'shlig'idagi kovak a'zo teshilganda bir sutkadan so'ng bemor qayt qilish xarakterini aniqlang?

- A. qon aralash qayt qilish
- B. fontanli qayt qilish
- C. o't aralash qayt qilish
- D. hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari bilan qayt qilish

3. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanganda bemorni shokka olib keluvchi holat:

- A. qon ketishi
- B. qusish
- C. yuqori harorat
- D. qaltirash

4. Qorin bo'shlig'ida kovak a'zoni shikastlanishiga xos belgi:

- A. perkussiyada jigar to'mtoqligining yo'qolishi
- B. perkussiyada jigar to'mtoqligining yaqqol aniqlanishi

- C. qorinda absolyut to‘mtollik bo‘lishi
- D. auskultatsiyada ichak harakatlarining kuchayishi

5. Jigari yorilgan bemor qaysi holatda yotadi?

- A. o‘ng enboshda yotadi
- B. majburiy yarim o‘tirgan holat
- C. chap yonboshga yotib, qo‘lini o‘ng qovurg‘a ostiga qo‘yib yotadi
- D. chalqancha yotadi

6. Taloq yorilganda qanday usul qo‘llaniladi?

- A. shoshilinch laparotomiya
- B. shoshilinch laparoskopiya
- C. shoshilinch splenografiya
- D. qon to‘xtatuvchi chora-tadbirlar o‘tkazish va bemorga tinchlik be-

rish

7. Taloq shikastlanishiga xos belgini aniqlang?

- A. Shyotkin–Blyumberg belgisi
- B. Veyner belgisi
- C. Voskresenskiy belgisi
- D. kindik belgisi

8. Splenektomiyaga ko‘rsatmalar:

- A. taloqning lat yeyishi
- B. taloqning mayda yirtilishlari, majaqlanib ketishi
- C. subkapsulyar yorilishi va gematoma hosil bo‘lishi
- D. taloq kapsulasining yorilishi.

9. Jigar va taloq yorilishlarining eng optimal diagnostikasi:

- A. kolonoskopiya
- B. qorin bo‘shlig‘i punksiyasi
- C. laparoskopiya
- D. qorin bo‘shlig‘i rentgenografiyasi

10. Jigar jarohati qanday tikiladi?

- A. sakkizsimon choklar bilan
- B. P-simon chok yordamida
- C. tugunsimon iplar yordamida
- D. tikilmasdan charvi bilan tampon qilinadi

11. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yopiq shikastlanishlarida ko‘p zararlanadigan a‘zoni aniqlang?

- A. taloq
- B. jigar
- C. oshqozon

D. ingichka, yo'gon ichak;

12. Taloqni yirtilganligi haqida (*latent davrida*) ko'p ma'lumot beruvchi tekshirish usuli – bu:

A. qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenogrammasi

B. qorin bo'shlig'ini ultratovushli skanerlash

C. irrigografiya

D. qonning umumiy tahlili

13. Taloq yirtilishining birinchi bosqichiga xos bo'lgan simptomni aniqlang:

A. Pasternatskiy simptomi

B. Veynert simptomi

C. Shyotkin–Blyumberg simptomi

D. kindik simptomi

14. Taloq yirtilishining quyidagilardan qaysi turi bo'lmaydi?

A. bir momentli

B. uch momentli

C. ikki momentli

D. barcha javoblar to'g'ri

15. Jigar yirtilishiga xos bo'lgan simptomni aniqlang?

A. Shyotkin–Blyumberg sipmtomi

B. Veynert simptomi

C. Gorner simptomi

D. kindik simptomi

16. Kulenkampff simptomi quyidagi kasalliklardan qaysi biriga xos?

A. qovuq yirtilishi

B. jigar yirtilishi

C. buyrak toshi

D. oshqozon-ichak teshilishi

17. Oshqozon osti bezi shikastlanishi diagnostikasida qaysi fermentning ko'payishi kuzatiladi?

A. tripsin

B. amilaza

C. insulin

D. pepsin

18. Qorin bo'shlig'i parenximatoz a'zolari shikastlanib, ichki qon ketishida qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik miqdori:

A. dinamikada kamayib boradi

B. dinamikada o'zgarmaydi

C. dinamikada oshib boradi

D. barcha javoblar to'g'ri

19. Parenximatoz a'zolar shikastlanishida qaysi holatda qorin bo'shlig'ida qon aniqlanmaydi?

A. jigar, oshqozon, ichak va taloq subkapsulyari yorilganida

B. faqat taloq subkapsulyar yorilganida

C. jigar va taloq subkapsulyar yorilganida

D. faqat jigar subkapsulyar yorilganida

20. Nima sababdan bolalarda parenximatoz a'zolarida ikki bosqichli qon ketishi kuzatiladi?

A. parenximatoz a'zolar kapsulasi plastik bo'lganligi sababli

B. parenximatoz a'zolar kapsulasi fibroz to'qimali bo'lganligi sababli

C. parenximatoz a'zolar kapsulasi elastik bo'lganligi sababli

D. parenximatoz a'zolar parenximasi elastik bo'lganligi sababli

21. Bolalarda parenximatoz a'zolar ikki bosqichli qon ketishi nimasi bilan xavfli?

A. kutilmaganda bemor bezovtalanishi bilan

B. kutilmaganda gematoma hosil bo'lishi bilan

C. kutilmaganda kuchli qon ketishi bilan

D. gematoma hosil bo'lib, qo'shni a'zolarni bosib qolishi bilan

22. Frenikus simptom qachon kuzatiladi?

A. jigar yoki taloq subkapsulyar yorilganida

B. faqat taloqdan qorin bo'shlig'iga qon ketganida

C. faqatgina jigardan qorin bo'shlig'iga qon ketganida

D. jigar yoki taloqdan qorin bo'shlig'iga qon ketganida

23. Vanka-Vstanka belgisida qanday holat kuzatiladi?

A. jarohatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida avvalgi holatiga qaytmaydi

B. jarohatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida gorizontal holatda yotib oladi

C. jarohatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida yig'laydi

D. jarohatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida avvalgi holatiga qaytadi

24. Kulenkamff belgisida qanday holat kuzatiladi?

A. qorinparda ta'sirlanish belgisi musbat, qorin old devori mushaklari taranglashgan

B. qorinparda ta'sirlanish belgisi manfiy, qorin old devori mushaklari taranglashgan

C. qorinparda ta'sirlanish belgisi aniqlanmaydi, qorin old devori yumshoq

D. qorinparda ta'sirlanish belgisi musbat, qorin old devori mushaklari yumshoq

25. Ikki momentli yorilish kuzatiladigan a'zolari belgilang?

A. taloq, buyrak, jigar

B. jigar, taloq, oshqozon osti bezi

C. jigar, qovuq, taloq

D. taloq, jigar

BOLALARDA ORTTIRILGAN ICHAK TUTILISHI

1. Mekkel divertikulini uchi kindikga tutashgan bo'lsa, qaysi kasallik asorati uchraydi?

A. strangulyatsion ichak tutilish

B. invaginatsiya

C. perforatsiya

D. divertikulit

2. Bemorga ichak invaginatsiyasi tashxisi qo'yildi. Kasallik boshlanganligiga 20 soat bo'lgan, sizning davolash usulingiz qanday?

A. gastroenterografiya

B. shoshilinch laparotomiya

C. irrigografiya

D. konservativ davo

3. Invaginatsiyada xurujsimon og'riqning kelib chiqish sababi nimada?

A. Meysner asab tolalarining falajlanishi

B. ichak peristaltikasi oqibatida

C. Auerbax asab tolalarining falajlanishi

D. ichaklar parezi

4. Ichak invaginatsiyasi – bu:

A. ichaklarni operatsiya yarasi orqali tashqariga chiqishi

B. ichak shilliq qavatini stoma orqali tashqariga chiqishi

C. ichaklarni tabiiy teshiklar orqali teri ostiga chiqishi

D. ichaklarni bir-biriga kirib qolishi

5. Qanday hollarda pnevmoirrigoskopiya invaginatsiyani davolash maqsadida qo'llaniladi?

A. kasallik boshlangan vaqti noma'lum bo'lsa

B. kasallik boshlangandan 12 soat o'tguncha

C. dastlabki 24 soatda

D. barcha hollarda

6. Invaginatsiyada to'g'ri ichak orqali nima ajraladi:

A. shilliq va axlat

B. qon va shilliq

C. suyuq axlat

D. hech narsa ajralmaydi

7. Qaysi holat obturatsion ichak tutilishiga xos emas?

A. surunkali qabziyat va Girshprung kasalligi

B. bitishmali kasallik

C. oshqozon-ichaklardagi trixobezoar

D. mekonial ileus

8. Ichak invaginatsiyasida to'g'ri ichakdan ajralayotgan qonning ko'rinishi:

A. axlat va qon aralashgan bo'ladi

B. malina murrabosiga o'xshagan ajralma

C. axlat rangi qora bo'ladi

D. axlat oxirida qirmizi qon chiqadi

9. 5 yoshli bola ikkinchi marta ichak invaginatsiyasi tashxisi bilan jarrohlik bo'limiga yotqizilgan. Kasallik birinchi marta invaginat konservativ yo'l bilan to'g'rilangan. Bu safar kasallik boshlanganiga 6 soat bo'lgan. Bunday holatda sizning davolash usulingiz:

A. konservativ yo'l bilan invaginatni to'g'rilash

B. shoshilinch operatsiya

C. rejali ravishda operatsiya o'tkazish

D. og'iz orqali bariy eritmasini berish va kuzatish

10. Falajli ichak tutilishida qo'llaniladigan eng samarali blokada – bu:

A. vagosimpatik blokadas

B. kovurg'alar oralig'i blokadas

C. paranefral blokada

D. Loren-Epshteyn blokadas

11. Ichaklar harakatini kuchaytiruvchi dori vositasi – bu:

A. atropin sulfat

B. magnezii sulfat

C. prozerin

D. novokain

12. 6 oylik chaqaloqda ichak invaginatsiyasi borligi aniqlandi. Kasallik boshlanganiga 8 soat bo'lgan. Davolash usulingiz?

A. kuzatuv

- B. konservativ davolash
- C. shoshilinch operatsiya
- D. rejali operatsiya

13. 8 oylik chaqaloqda to'satdan qornida xurujsimon og'riq paydo bo'ldi, 1 marta qusdi, qorin damlanmagan, yumshoq, qorin bo'shlig'ida 5–6 sm. hajmda hosila paypaslanadi, u harakatchan, og'riqli, bola 12 soatdan buyon betob. Axlat huqnadan keyin kam miqdorda chiqdi. Sizning tashxisingiz?

- A. o'tkir appenditsit
- B. buyrak sanchig'i
- C. ichak invaginatsiyasi
- D. qorin bo'shligi o'smasi

14. Ichaklar invaginatsiyasini necha soatgacha konservativ davolash mumkin?

- A. 8–10 soatgacha
- B. 12 soatgacha
- C. 6 soatgacha
- D. 18–20 soatgacha

15. Ichak invaginatsiyasida og'riqning xarakteri:

- A. doimiy kuchsiz og'riq bo'lishi
- B. kuchayib boruvchi og'riq
- C. xurujsimon og'riq
- D. qorin bo'shlig'ida ko'chuvchi og'riqning bo'lishi

16. Ichak invaginatsiyasi qaysi yoshda ko'p uchraydi?

- A. chaqaloqlarda
- B. 1–3 yoshlarda
- C. ko'krak yoshida
- D. maktab yoshida

17. Ichak tutilishida Valya simptomiga xos holatni aniqlang?

- A. to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rganda bo'sh bo'lishi
- B. tushayotgan tomchi simptomining bo'lishi
- C. qorin devori orqali ichaklar harakatining kuzatilishi
- D. qorinda qattiq hosilaning paypaslanishi

18. Erta bitishmali ichak tutilishida konservativ davolash muddati qancha?

- A. 12–24 soatgacha
- B. 2 kungacha
- C. 3–6 soatgacha

D. 3 kungacha

19. Kechki bitishmali ichak tutilishida konservativ davolash muddati qancha?

A. 1–3 soatgacha

B. 12 soatgacha

C. 3–6 soatgacha

D. 24 soatgacha

20. 6 yoshli bolaga ingichka ichak invaginatsiyasi tashxisi qo'yilgan. Sizning davolash usulingiz qanday?

A. rejali ravishda operatsiya

B. konservativ yo'l bilan to'g'rilash

C. shoshilinch operatsiya

D. bariy eritmasi bilan tekshirish

21. Surunkali ichak tutilishining asosiy diagnostikasi:

A. qorin bo'shlig'ining obzor rentgenportografiyasi

B. to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish

C. pnevmoirrigoskopiya

D. kontrast moddani oshqozon-ichaklardan o'tishini kuzatish

22. O'tkir ichak tutilishida to'g'ri ichak barmoq bilan ko'rilganda u qanday holatda bo'ladi?

A. to'g'ri ichak ampulasida axlat to'la

B. ampula qisilgan holatda

C. ampulada qo'l bilan ko'rilganda to'siq bor

D. ampula bo'sh, ochilib turibdi

23. Strangulyatsion ichak tutilishiga xos bo'lgan og'riq:

A. xanjar sanchgandek og'riq

B. doimiy kuchsiz og'riq

C. xurujsimon og'riq

D. doimiy kuchli og'riq

24. O'tkir ichak tutilishiga shubha bilan kasalxonaga tushgan bemorga rentgen tekshirish o'tkazishdan oldin quyidagi tashxislardan qaysi birini qo'llash mumkin emas?

A. oshqozonga zond qo'yish

B. tozalovchi hukna qilish

C. eksikozga qarshi kurash

D. simptomatik davo

25. Bolalarda glist invaziyasi qanday xirurgik holat keltirib chiqaradi?

A. spastik (*buyrak*) sanchig'i, obturatsion ichak tutilishi

- B. spastik (*ichak*) sanchig'i, strangulyatsion ichak tutilishi
- C. invaginatsiya, obturatsion ichak tutilishi
- D. spastik (*ichak*) sanchig'i, obturatsion ichak tutilishi

BOLALARDA XIRURGIK INFEKSIYA

1. Psevdofurunkulyoz qaysi a'zo yoki to'qimaning yallig'lanishi:

- A. terining
- B. apokrin ter bezlarining
- C. teri osti yog' qavatining
- D. teri va teri osti yog' qavatining birgalikda yallig'lanishi

2. Adenoflegmona qaysi to'qimaning yallig'lanishi:

- A. teri osti yog' to'qimasining
- B. terining
- C. limfa tuguni va atrof to'qimalarining yallig'lanishi
- D. limfa tugunlarining

3. Nekrotik flegmonada qaysi eritma bilan bog'lam qo'yiladi?

- A. 40 % li sergozin
- B. osh tuzini 1 % li eritmasi
- C. 40 % li glyukoza
- D. 25 % li magneziy sulfat

4. Nekrotik flegmonada har necha soatda bog'lamni almashtirish kerak?

- A. har 2 soatda
- B. har 5–6 soatda
- C. har 8 soatda
- D. har 12 soatda

5. Chaqaloqlar mastiti kasalligida qanday jarrohlik usuli qo'llaniladi:

- A. radial kesmalar
- B. shaxmat tartibida ko'p mayda kesmalar
- C. yarim oysimon kesmalar
- D. bo'shashtiruvchi kesmalar

6. Chaqaloqlar flegmonasida yallig'lanish o'chog'ida qilinadigan to'g'ri muolaja qaysi qatorda ko'rsatilgan?

- A. teri ostidagi ko'r cho'ntaklarni barmoq bilan ochish
- B. jarohatga antibiotiklar kiritishi uchun mikroirrigatorlar qo'yish
- C. jarohatga rezina chiqargichlar qo'yish
- D. gipertonik bog'lam qo'yish

7. Qaysi kasallik chaqaloqlar flegmonasi bilan qiyoslanadi?

- A. psevdofurunkulyoz
- B. saramas
- C. epifizar osteomiyelit
- D. gemangioma

8. Nekrotik flegmonada bog‘lamga qo‘yiladigan eritma – bu:

- A. 10 % li kaltsiy xlor
- B. Vishnevskiy malhami
- C. quruq bog‘lam
- D. 25 % li magneziy sulfat

9. Chaqaloqlar flegmonasining asosiy qo‘zg‘atuvchisini aniqlang?

- A. sodda hayvonlar
- B. stafilokokk
- C. viruslar
- D. chaqaloqning saprofit florasi

10. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishiga moyillik beruvchi anatomik xususiyatni ko‘rsating?

- A. ter bezlarining rivojlanmaganligi
- B. kichik qon aylanish doirasidagi o‘zgarishlar
- C. infeksiyaning kindik orqali o‘tishi
- D. teri shox qavatining sust rivojlanganligi

11. Chaqaloqlar flegmonasiga moyillik beruvchi anatomik xislatni ko‘rsating?

- A. teri osti yog‘ qavati tomirlarida anastomozlarning kamligi
- B. yog‘ bezlarining yaxshi faoliyat ko‘rsatishi
- C. tirnoq plastinkasining sust rivojlanganligi
- D. teridagi soch sterjinlarining erta tushishi

12. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasida birlamchi yallig‘lanish jarayoni terining qayerida joylashadi?

- A. terida
- B. teri osti yog‘ qavatida
- C. terining limfa tomirlarida
- D. shilliq qavatlarda

13. Chaqaloqlar flegmonasi organizmning qaysi qismida ko‘p uchraydi?

- A. kindik atrofi sohasida
- B. tananing orqa qismida
- C. ko‘krak qafasi oldingi qismida
- D. tananing ochiq qismlarida

14. Chaqaloqlar flegmonasi qaysi kasallik bilan qiyoslanadi?

- A. tug'ma teleangiiektaziya
- B. nevus
- C. teri va teri osti yog' qavatining tug'uruq jarohati
- D. skleroma

15. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi kasalligida operatsiya o'tkazilganidan keyingi davrda qaysi tadbir asosiy hisoblanadi?

- A. har kuniga 1 marta bog'lamni almashtirish
- B. gemodinamik ko'rsatkichlarni har soatda kuzatib turish
- C. 2-sutkadan boshlab har kuni vanna qilish
- D. har 6–8 soatda bog'lamni almashtirish

16. Psevdfurunkulyoz kasalligida qo'llaniladigan jarrohlik usuli:

- A. yarimoyssimon kesmalar
- B. ko'p mayda kesmalar
- C. radial kesmalar
- D. lampas kesmalar

17. Flegmonada qanday yallig'lanish kuzatiladi?

- A. tarqalgan
- B. kapsulali
- C. o'ralgan
- D. cheksiz

18. Bolalarda xirurgik sepsis nima ma'noni anglatadi?

- A. umumiy og'ir infeksiyon kasallikni
- B. barcha javoblar to'g'ri
- C. mahalliy va umumiy davolash kerakligini
- D. mahalliy o'chokli infeksiya borligini, makroorganizm reaktivligining o'zgarishi

19. Boldir sohasida aniq chegarali yaltiroq qizil rangda yallig'lanish ko'rinmoqda, terisi shishgan, atrofi og'riqli, jarayonning tarqalishi kuzatilmoqda. Kasallikka qo'yiladigan tashxisingiz?

- A. furunkul
- B. karbunkul
- C. saramas
- D. flegmona

20. Bolada konussimon yiringli o'choqlar bor, o'rtasida yiringli ildizi bilan. Uzoq muddatli o'tkir osti kechishi bilan xarakterlanayapti. Bunday holat qaysi kasallik uchun xarakterli?

- A. psevdofurunkulyoz
- B. saramas

C. teri osti absesslari

D. furunkul

21. Chaqaloqlar sepsisida eng ko'p uchraydigan septik o'choqni aniqlang?

A. yarali nekrotik enterokolit

B. osteomiyelit

C. chaqaloqlar flegmonasi

D. yiringli omfalit

BOLALARDA O'TKIR GEMATOGEN OSTEOMIYELIT

1. O'tkir gematogen osteomiyelitning klinik turlarini ko'rsating?

A. mahalliy, septiko-piemik, toksik

B. nekrotik, septik, mahalliy

C. mahalliy, septik, nekrotik

D. kataral, flegmonoz, gangrenoz

2. Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelit kasalligida suyakning qaysi qismi ko'proq zararlanadi?

A. metafiz va diafizar

B. metafizar

C. diafizar

D. epifizar

3. Qaysi kasallik atipik osteomiyelitlar turiga kirmaydi?

A. Ole osteomiyeliti

B. Brodi absessi

C. Yuing absessi

D. Garre osteomiyeliti

4. O'tkir gematogen osteomiyelit kasalligining eng erta paydo bo'luvchi va ishonchli belgisi nima?

A. suyak ichidagi bosimning oshishi

B. suyak sohasi terisining giperemiyasi

C. suyak atrofidagi yumshoq to'qimalarda yiring bo'lishi

D. suyak ichida qon bo'lishi

5. Katta yoshli bolalardagi o'tkir gematogen osteomiyelit kasalligida qo'llaniladigan immobilizatsiya:

A. simli narvonchalar yordamida;

B. orqa gipsli longeta yordamida;

- C. aylanma gipsli bog‘lam;
- D. qo‘lda tayyorlangan moslamalar yordamida;

6. Yetti yoshli bola son suyagining o‘tkir gematogen osteomiyelit kasalligining uchinchi kunida kasalxonaga yotqizildi. Ahvoli og‘ir, kuchli zaharlanish va zotiljam belgilari bor. Kasallikning to‘g‘ri davo usulini tanlang?

- A. shoshilinch operatsiya-osteoperforatsiya
- B. operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o‘tkazish va yumshoq to‘qimalarni kesish

- C. infuzion va antibakterial davo, rejali operatsiya qilish
- D. operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o‘tkazish va osteoperforatsiya qilish

7. Surunkali osteomiyelitga aynan xos bo‘lgan belgi:

- A. eriyotgan qand simptomi
- B. osteoporoz
- C. suyakning sinishi
- D. sekvestr va sekvestrial qutining bo‘lish

8. Qaysi kasallik chaqaloqlar flegmonasi bilan qiyoslanadi?

- A. psevdofurunkulyoz
- B. saramas
- C. epifizar osteomiyelit
- D. gemangioma

9. O‘tkir gematogen osteomiyelit kasalligiga shubha bo‘lgan bemorning suyak kanali punksiya qilinganda yiring topildi. Sizing keyingi zaruriy muolajangiz qanday?

- A. suyak kanalini yuvish
- B. suyak ichi bosimini aniqlash
- C. qo‘shimcha osteoperforatsiyalar qilish
- D. yumshoq to‘qimalarni kesish

10. O‘tkir gematogen osteomiyelit kasalligining boshlanish davrida tashxis qo‘yishga yordam beruvchi ishonchli tekshirish usuli:

- A. suyak ichi bosimini aniqlash
- B. yumshoq to‘qimalarini kesish
- C. flebografiya
- D. rentgenografiya

11. O‘tkir gematogen osteomiyelitga shubha bo‘lganda suyak ichidagi bosimni qancha vaqt davomida o‘lchash mumkin?

- A. 2–3 daqiqa
- B. 10–15 daqiqa

C. 20–25 daqiqa

D. 30–40 daqiqa

12. O'tkir gematogen osteomiyelitga shubha bo'lgan bemorning suyak kanali punksiya qilib ko'rilganda qon chiqdi. Sizning keyingi muolajangiz qanday?

A. suyak ichi bosimini aniqlash

B. qo'shimcha osteoperforatsiya

C. jarohatni drenajlash

D. jarohatni tikish

13. O'tkir gematogen osteomiyelitning o'tkir davri qancha vaqt davom etadi?

A. 20–25 kungacha

B. 2–3 oygacha

C. 7–8 oygacha

D. 8–10 oygacha

14. Son suyagi bo'yinchasi o'tkir gematogen osteomiyelitida davo uslubingiz qanday?

A. yumshoq to'qimalarni kesish, rezina chiqargichlar qo'yish

B. son suyagi bo'yinchasini osteoperforatsiya qilish

C. suyak ichiga antibiotiklar kiritish

D. artrotomiya

15. Son suyagi pastki uchligi o'tkir gematogen osteomiyeliti, kasallikning 6–7 kuni. Yumshoq to'qimalar punksiyasida yiring topildi. Sizning davo usulingiz?

A. yumshoq to'qimalarni kesish

B. osteoperforatsiya, suyak ichiga antibiotiklar kiritish

C. kesish, osteoperforatsiya, rezina chiqargich qo'yish

D. teri orqali osteoperforatsiya

16. O'tkir gematogen osteomiyelit kasalligida yiringli yallig'lanish jarayonining tarqalish chegaralari:

A. suyak kanali, devori, qontomirlar

B. suyak ko'migi, suyak devori, atrof yumshoq to'qimalar

C. suyak devori va kanali

D. suyak va suyak usti pardasi orasi

17. Katta yoshli bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelitning rentgenologik belgilari qachon paydo bo'ladi?

A. kasallik boshida

B. 1-oy oxirida

- C. 8–10 kunlarda
- D. 14–21 kunlarda

18. O'tkir gematogen osteomiyelitga xos rentgenologik belgi:

- A. periostit
- B. osteoskleroz
- C. yolg'on bo'g'im
- D. sekvestr

19. 8 yoshli bola chap boldir sohasidagi kuchli og'riqqa shikoyat qiladi. Ko'rik paytida u shishgan, kuchli og'riq bor, tana harorati 39,6 °C. Sizning keyingi to'g'ri harakatingiz:

- A. bo'shashtiruvchi kesmalar
- B. immobilizatsiya qilish
- C. diagnostik osteoperforatsiya
- D. kuzatuv

20. Surunkali gematogen osteomiyelitda qaysi jarrohlik harakati qilinmaydi?

- A. osteoperforatsiya
- B. oqmani kesib olish
- C. sekvestrektomiya
- D. suyakdagi bo'shliqni qoshiqlar yordamida tozalash

21. O'tkir gematogen osteomiyelit klinikasidagi eng xos belgi?

- A. rentgen tasvirida periostit va osteoporozning ko'rinishi
- B. tana haroratining ko'tarilishi
- C. oyoq yoki qo'lda psevdoparezning kuzatilishi
- D. leykoz

22. O'tkir gematogen osteomiyelitning boshlanish davrida ishonchli diagnostika qilish usulini aniqlang?

- A. angiografiya, flebografiya
- B. suyaklarni rentgenografiya qilish
- C. suyaklarni ultratovushli tekshirish
- D. osteoperforatsiya va osteonometriya

23. 6 yoshli bolada son suyagining o'tkir gematogen osteomiyeliti boshlanganiga 2 kun bo'lgan. Kassallikni davolashda eng to'g'ri usulni tanlang?

- A. shu joyga antibiotik yuborish
- B. yumshoq to'qimalarni kesish
- C. yumshoq to'qimalarni kesish, osteoperforatsiya qilish
- D. teri ustidan osteoperforatsiya va osteonomegriya qilish va Aleks-yuk ignalarini o'rnatish

24. Quyidagilardan qaysi biri birlamchi surunkali osteomiyelitlarga kirmaydi?

- A. Brodi absessi
- B. Olening albuminozli osteomiyeliti
- C. Pertes kasalligi
- D. Popkirovning antibiotikli osteomiyeliti

25. O'tkir gematogen osteomiyelitning asoratlariga quyidagilarning qaysi biri kirmaydi?

- A. ankilozlar
- B. osteomalyatsiya
- C. patologik chiqishlar va sinishlar
- D. yolg'on bo'g'imlar

TEST SAVOLLARINING JAVOBLARI

Qizilo'ngach rivojlanish nuqsonlari:

1-b, 2-c, 3-a, 4-a, 5-a, 6-b, 7-b, 8-a, 9-c, 10-b, 11-a, 12-b, 13-a, 14-b, 15-c, 16-a, 17-a, 18-c, 19-c, 20-c, 21-a, 22-c, 23-c, 24-b, 25-c.

Bolalarda o'pka va bronxlarning rivojlanish nuqsonlari:

1-a, 2-b, 3-c, 4-d, 5-a, 6-b, 7-c, 8-d, 9-a, 10-b, 11-c, 12-a, 13-a, 14-b, 15-c, 16-d, 17-d, 18-d, 19-d, 20-d, 21-a, 22-b, 23-c, 24-d, 25-a.

Tug'ma ichak tutilishlari:

1-a, 2-c, 3-d, 4-a, 5-b, 6-a, 7-d, 8-a, 9-b, 10-c, 11-d, 12-a, 13-b, 14-c, 15-a, 16-a, 17-b, 18-c, 19-b, 20-d, 21-b, 22-a, 23-c, 24-a, 25-d.

Tug'ma pastki ichak tutilishlari:

1-a, 2-b, 3-c, 4-a, 5-c, 6-d, 7-b, 8-c, 9-d, 10-b, 11-c, 12-a, 13-b, 14-c, 15-d, 16-a, 17-c, 18-d, 19-a, 20-c, 21-c, 22-d, 23-a, 24-b, 25-d.

Jigar, o't yo'llari va me'da osti bezining rivojlanish nuqsonlari:

1-a, 2-b, 3-c, 4-d, 5-a, 6-b, 7-a, 8-b, 9-b, 10-c, 11-c, 12-a, 13-b, 14-c, 15-a, 16-a, 17-b, 18-c, 19-d, 20-a, 21-b, 22-a, 23-a, 24-a, 25-b.

Buyrak va siydik yo'llari tug'ma nuqsonlari:

1-a, 2-b, 3-c, 4-d, 5-b, 6-b, 7-d, 8-c, 9-a, 10-b, 11-d, 12-b, 13-c, 14-d, 15-d, 16-a, 17-b, 18-c, 19-d, 20-d, 21-b, 22-c, 23-d, 24-a, 25-b.

Qorin old devori, qorinparda o'simtasining rivojlanish nuqsonlari:

1-c, 2-d, 3-c, 4-a, 5-c, 6-c, 7-d, 8-b, 9-c, 10-c, 11-d, 12-a, 13-a, 14-a, 15-d, 16-c, 17-d, 18-a, 19-b, 20-c, 21-c, 22-b, 23-d, 24-a, 25-d.

Tashqi jinsiy a'zolarining nuqsonlari:

1-a, 2-b, 3-b, 4-d, 5-c, 6-b, 7-d, 8-d, 9-a, 10-b, 11-a, 12-b, 13-b, 14-a, 15-d, 16-c, 17-d, 18-a, 19-b, 20-a, 21-b, 22-c, 23-d, 24-a, 25-b.

Bolalarda ko'krak bo'shlig'i taranglashish sindromi:

1-a, 2-c, 3-c, 4-d, 5-a, 6-d, 7-b, 8-a, 9-a, 10-c, 11-c, 12-a, 13-a, 14-d, 15-d, 16-a, 17-b, 18-c, 19-c, 20-b, 21-a, 22-b, 23-d, 24-c, 25-d.

Bolalarda o'tkir qorin sindromi:

1-a, 2-b, 3-d, 4-a, 5-d, 6-d, 7-b, 8-a, 9-a, 10-c, 11-b, 12-d, 13-b, 14-c, 15-c, 16-d, 17-c, 18-d, 19-a, 20-c, 21-b, 22-c, 23-d, 24-a, 25-a.

Me'da-ichak traktidan qon ketishi:

1-d; 2-a; 3-a; 4-a; 5-a; 6-a; 7-b; 8-b; 9-b; 10-b; 11-a; 12-b; 13-b; 14-b; 15-c; 16-b; 17-b; 18-c; 19-a; 20-c; 21-c; 22-d; 23-d; 24-d; 25-d.

Bolalarda orttirilgan ichak tutilishi:

1-a, 2-b, 3-b, 4-b, 5-b, 6-b, 7-b, 8-b, 9-b, 10-c, 11-c, 12-b, 13-c, 14-c,

15-c, 16-c, 17-c, 18-c, 19-c, 20-c, 21-d, 22-d, 23-c, 24-d, 25-d,

Bolalarda xirurgik infeksiya:

1-b, 2-c, 3-d, 4-b, 5-a, 6-c, 7-b, 8-d, 9-b, 10-d, 11-a, 12-b, 13-b, 14-d,
15-d, 16-b, 17-a, 18-b, 19-a, 20-d, 21-d.

Bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelit:

1-a, 2-d, 3-c, 4-a, 5-b, 6-d, 7-d, 8-b, 9-c, 10-a, 11-a, 12-a, 13-b, 14-d,
15-c, 16-a, 17-d, 18-a, 19-c, 20-a, 21-c, 22-d, 23-d, 24-c, 25-b.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Ahmedjanov I. A. Bolalar urologiyasi. Qo'llanma. – T.: Ibn Sino, 2003.
2. Suleymanov A. S. va hammual. Bolalar xirurgiyasi. Darslik. – T.: Ibn Sino nashriyoti, 2000.
3. Шамсиев А. М. Острые деструктивные пневмонии у детей. Руководство. – Т., 1996.
4. Шамсиев А. М. с авт. Хирургические болезни у детей. Руководство. – Т., 2001.
5. Xamrayev A. J. va hammual. Bolalar koloproktologiyasi. Qo'llanma. – T. 2001.
6. Акопян В. Г. Хирургия печени у детей. Руководство. – Москва, 1978.
7. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей. Учебник. – Санкт-Петербург, 1997.
8. Баиров Г. А. Хирургия проков развития у детей. Руководство. – Ленинград, 1988.
9. Баиров Г. А. Абдоминальная хирургия детей. Учебник. – Санкт-Петербург, 1994.
10. Дурнов Л. А. Педиатрическая онкология. Учебник. – Москва, 1996.
11. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия. Учебник. – Москва, 2004, v 2-м.
12. Исаков Ю. Ф. с авт. Руководство по торакальной хирургии детей. Пособие для врачей. – Москва, 1978.
13. Кудрявцев Б. А. Детская хирургия в лекциях. Учебник. – Арх-к., 2000.
14. Лопаткин Н. А., Пугачев А. Г. Детская урология. Учебник. – Москва, 1986.
15. Ленишкин А. И. Детская колопроктология. Руководство. – Москва: Медицина, 1990.
16. Михельсон В. А. Основы детской анестезиологии и реанимации. Учебник. – Москва, 1984.
17. Холдер Т. Н., Ашкрафт К. У. Детская хирургия. 3-т., перевод из английского языка. Руководство, 1997.

Internet manbalar

www.murm.dethir.ru
www.college.ru
www.medsurg.ru/child/
www.tma.uz

M U N D A R I J A

I BOB. BOLALARDA TUG‘MA NUQSONLAR

Qizilo‘ngachning rivojlanish nuqsonlari	4
Bolalarda o‘pka va bronxlar rivojlanish nuqsonlari.....	18
Traxeobronxomalyatsiya.....	22
Tug‘ma yuqori ichak tutilishlari klinikasi bilan namoyon bo‘ladigan kasalliklar va sindromlar.....	49
Aorta – mezenterial ichak tutilishi sindromi.....	55
Tug‘ma pastki ichak tutilishlari klinikasi bilan namoyon bo‘ladigan kasalliklar va sindromlar.....	60
Anorektal tug‘ma nuqsonlar	78
Jigar, o‘t yo‘llari va me‘da osti bezining rivojlanish nuqsonlari	85
Buyrak va siydik yo‘llari tug‘ma nuqsonlari	95
Tashqi jinsiy a‘zolarining nuqsonlari.....	126

II BOB. BOLALARDA O‘TKIR XIRURGIK KASALLIKLAR

Bolalarda ko‘krak bo‘shlig‘ining taranglashish sindromi.....	137
Bolalarda o‘tkir qorin sindromi	152
Bolalarda me‘da–ichak traktidan qon ketishi	171
Bolalarda orttirilgan ichak tutilishi	193
Bolalarda xirurgik infeksiya	208
Bolalarda gematogen osteomiyelit.....	221
Vaziyatli masalalar.....	238
Vaziyatli masalalarning javoblari	248
Test savollari	260
Test savollarining javoblari.....	316
Foydalanilgan adabiyotlar.....	317



ISBN 978-9943-07-547-4



9 789943 075474

Narkulov Jukhangir