

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM
VAZIRLIGI**

Abduvalieva CHO‘lponoy Muxammadjonovna

Bilim sohasi –Sog‘liqni saqlash 500000

Ta‘lim sohasi – Sog‘liqni saqlash 510000

**“BOLALARDA OSHQOZON VA ICHAKDAN QON KETISH BILAN
KUZATILADIGAN XIRURGIK XASTALIKLAR”**

o‘quv qo‘llanma

Pediatriya ishi 5510200

Ta‘lim yo‘nalishi uchun

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" noyabrdagi
"683-sh"-sonli buyrug'iga asosan

Ch.M.Abduvaliyeva

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510200 - Pediatriya ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

*Bolalarda oshqozon va ichakdan qon ketish bilan
kuzatiladigan xirurgik xastaliklar nomli o'quv qo'llanmasi*

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor *M.M. Madazimov*
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM
VAZIRLIGI VA SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**“BOLALARDA OSHQOZON VA ICHAKDAN QON KETISH KETISH
BILAN KUZATILADIGAN XIRURGIK XASTALIKLAR ”**

O‘quv qo‘llanma

**Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari uchun
o‘quv qo‘llanma**

TUZUVCHI :

Abduvalieva CHO'lonoy Muhammadjonovna Phd - Andijon Davlat tibbiyot instituti Bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti

TAQRIZCHILAR:

1. A.A.Gafurov - Andijon davlat tibbiyot instituti Bolalar jarroxligi kafedrasida t.f.d, professor
2. Sh.A. Nizamov - Toshkent Tibbiyot xodimlari kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, "Xirurgiy va bolalar xirurgiyasi" kafedrasida tibbiyot bo'yicha falsafa fanlari doktori (PhD)

Bolalarda Oshqozon va ichaklardan qon ketishga olib keluvchi xastaliklar nomenklaturasi juda ham ko'p. Ularning etiologik, patogenetik mexanizmi, bularda o'tkaziladigan davolash taktikasi, nuqtai nazoratdan biri ikkinchisidan katta farqlanuvchi xastaliklar bo'lib, ularning barchasiga xos bo'lgan klinik alomat – oshqozon yoki ichakdan qon ketish, bu xastaliklarni birini ikkinchisidan qiyosiy tashxislashni talab etadi. Chunki bularda o'tkaziladigan davolash tadbirlarining biri ikkinchisidan chuqur farqlanadi. Ayrim holatlarda noto'g'ri davolash taktikasini qo'llanilishi bemorning hayotiga xavf tug'diradi. SHuni ta'kidlab o'tish kerakki oshqozon yoki ichakdan qon ketishi kuzatilgan bu bemorlarda yagona klinik alomat bo'lishi mumkin, ayniqsa xastalikning boshlanish davrida. Oshqozon va ichaklardan qon ketish bilan kechadigan xastaliklar kup bulishiga karamasdan, hayotga xavf soluvchi kuchi uncha yukori emas. Ishlab chikilgan diagnostik standartlar va protokollar, ishlab turgan pediater va bolalar xirurglariga yukoridagi xastaliklarni asoratlari bilan davolashga yaxshi natijalar ko'rsatmoqda

Номенклатура болезней кровотечений из желудка и кишечника разнообразно. Этиология и патогенез из разнообразные тактики лечения при каждом заболевании различаются друг от друга, но основной клинической фактор это кровотечения из желудка и кишечника который дифференцируются при постановлении диагноза. Лечение при каждом заболевании разное. Случаи неправильной лечебной тактики может привести к летальному исходу. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта может быть единственный клинический симптом при ранней стадии заболевания. Несмотря на обилие перечисленных заболеваний, которые могут сопровождаться кровотечением в просвет желудочно-кишечного тракта, частота и жизнеугрожающая массивность их не

велика. Более того, разработанные стандарты диагностики и протоколы лечения позволяют практикующим педиатрам и хирургам довольно успешно бороться с геморрагическими осложнениями указанных заболеваний.

The nomenclature of diseases that cause bleeding from the stomach and intestines in children is much more. Their etiological, pathogenetic mechanism, the tactics of treatment conducted in these, one of the points of view is diseases that differ greatly from the other, the clinical symptom that is characteristic of all of them – bleeding from the stomach or intestines, requires a comparative diagnosis of one of these diseases from the other. Because one of the treatment measures that are carried out in these is deeply different from the other. In some cases, the application of improper treatment tactics poses a risk to the life of the patient. It should be noted that this may be the only clinical symptom in patients who have observed bleeding from the stomach or intestines, especially during the onset of the disease. Diseases with bleeding from the stomach and intestines without cabbage to choke, the life-threatening force is not burdened. Developed diagnostic standards and protocols, which show good results in the treatment of complications of diseases caused by functional pediatricians and pediatric surgeons

Uslubiy qo‘llanma ADTI MUHda muhokama qilindi

2022 « _____ » _____ № _____ bayonnoma

Uslubiy qo‘llanma ADTI Ilmiy kengashida tasdiqlandi.

2022 y « _____ » _____ № _____ bayonnoma

Ilmiy kengash kotibi dotsent:

N.A.Nasirdinova

BOLALARDA OSHQOZON VA ICHAKDAN QON KETISH.

Kirish

Oshqozon va ichaklardan qon ketishga olib keluvchi xastaliklar nomenklaturasi juda ham ko'p. Ularning etiologik, patogenetik mexanizmi, bularda o'tkaziladigan davolash taktikasi, nuqtai nazoratdan biri ikkinchisidan katta farqlanuvchi xastaliklar bo'lib, ularning barchasiga xos bo'lgan klinik alomat – oshqozon yoki ichakdan qon ketish, bu xastaliklarni birini ikkinchisidan qiyosiy tashxislashni talab etadi. Chunki bularda o'tkaziladigan davolash tadbirlarining biri ikkinchisidan chuqur farqlanadi. Ayrim holatlarda noto'g'ri davolash taktikasini qo'llanilishi bemorning hayotiga xavf tug'diradi. SHuni ta'kidlab o'tish kerakki oshqozon yoki ichakdan qon ketishi kuzatilgan bu bemorlarda yagona klinik alomat bo'lishi mumkin, ayniqsa xastalikning boshlanish davrida.

Oshqozon ichak traktidan qon ketishida odatda ko'pgina bemorlar statsionarga shoshilinch ravishda murojat qiladi. Bu holat bir tomondan xirurgik xastalik sifatida og'ir o'tishi, ikkinchidan ko'pgina somatik kasalliklar bir vaqtda qo'shilib kelishi bilan xarakterlidir.

Bemorlarda qon qayt qilish, ayrim hollarda bir necha marta bo'lishi mumkin. Xastalikning yana bir belgisi yuqoridagisiga nisbatan kam uchraydigan -axlatda qon bo'lishi yoki axlat qoramoyssimon tusga kirishi mumkin. Ayrim hollarda yuqorida ko'rsatilgan klinik alomatlar bir vaqtning uzida kelishi mumkin. Bemorlarning yo'qotgan qonini hajmini aniqlash murakkab va hozirgi kunga muammo bo'lib qolmoqda. Ota – onalar va katta yoshdagi bemor bolalar tomonidan berilgan ma'lumotlarga asoslanib yo'qotilgan qonning xajmini aniqlash, hamda xarakterini to'g'ri baholash muhim ahamiyat kasb etadi.

Oshqozon va ichaklardan qon ketishi xastalikning klinik belgilaridan biri bo'lganini inobatga olgan holda, bu xastalikni tashxislash jaroyonida olingan ma'lumotlar tahlilini to'g'ri olib borilsa, anamnestik ma'lumotlarni to'laqonli

to'plansa qon qaysi turda ketishini, qayt qilgan massa holatini to'g'ri baholansa, qon ketishdan oldingi bemorning ahvoli to'g'risidagi ma'lumotga ob'ektiv baho berilsa, qon ketish jarayonida ro'yyobga kelgan qo'shimcha belgilarga to'g'ri baho berilsa, bunday holatga olib kelgan xastalikni patogenetik menizmini to'g'ri aniqlash mumkin. Oshqozon – ichak yo'llaridan qon ketishini sababini o'z vaqtida va to'g'ri aniqlanilsa, vrach tomonidan qo'llanilgan davolash taktikasi to'g'ri olib borilishi mumkin. CHunki oshqozon va ichaklardan qon ketish, nafaqat xirurgik xastaliklarda kuzatiladi, balki mutlaqo noxirurgik xastaliklarda ham kuzatilishi mumkin. Bunday holatlar tashxisdagi xatolik tufayli qo'llanilgan xirurgik muolaja bemorning hayotiga xavf tug'dirishi mumkin. Demak, to'g'ri tashxis, bu bemorlarni to'g'ri davolashda asosiy omil bo'lib xisoblanadi. To'g'ri tashxis qo'yish ilk bor xastalikni anamnezini to'g'ri to'plash bilan bog'liq bo'ladi, anamnestik ma'lumotlar asosida qon ketish sababini aniqlash mumkin. Oshqozon ichak yo'llarida kuzatiladigan qon ketishi xirurgik xastaliklari bilan bog'liq bo'lsa, bu bemorlarni xirurgik statsionarga etkizishi lozim. CHunki bu bemorlarning aksariyat qismini shoshilinch ravishda operatsiya qilishga to'g'ri keladi. Kolgan bemorlarning ham ko'pgina qismi risola ravishda operatsiya qilishni talab qiladilar.

Oshqozon – ichak yo'llaridan qon ketishga olib keluvchi xastaliklarni ikkita guruhga bo'lish mumkin: xirurgik va noxirurgik xastaliklar. Xirurgik xastaliklarga quyidagilar kiradi: Qizilo'ngachning tugma nuqsonlari: tugma kalta Qizilo'ngach, xalaziya, tugma diafragma churralari, portal gipertenziya sindromi, oshqozon-12 barmoqli ichak yara xastaligi, sindrom Melori-Veysa, ichakdagi tugma nuqsonlar: Mekkel divertikuliti, oshqozondagi va ichakdagi yaxshi va yomon sifatli o'smalar, ichak invaginatsiyasi, gemorroy, orqa chikaruv teshigini yorilishi. Noxirurgik xastaliklar guruxiga quyidagilar kiradi: dizenteriya, sindrom SHenlelin-Genoxa (kapilyarotoksikoz), o'g'il bolalarda gemofiliya va qon uchraydigan xastaliklar kiradi. Oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishda tashxis birinchi navbatda xirurg noxirurgik xastaliklarni birini ikkinchisidan ajratishga

qaratilgan bu lozim. Keyinchalik xirurgik xastaliklarni o‘zaro kiyosiy tashxislashni talab CHunki davolash taktikasi biri ikkinchisidan katta farqlanadi. Oshqozon yo‘llaridan qon ketish ko‘p uchraydigan xirurgik xastaliklar to‘g‘risida to‘xtalamiz.

Xirurgik xastaliklar :

Tug‘ma kalta qizilo‘ngach;

Qizilo‘ngach xalaziyasi;

qizilo‘ngach divertikuli;

qizilo‘ngach va me‘da venalarini portal gipertenziyada varikoz kengayishi;

sindrom Melori-Veysa;

me‘da va 12 barmoq ichagi yarasi;

ichak invaginatsiyasi;

me‘da va ichaklar polipozi;

Mekkel divertikuli;

to‘g‘ri ichak chiqishi;

to‘g‘ri ichakni yorilishi;

gemorroj

Oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketishda tashxislash birinchi navbatda xirurgik va noxirurgik xastaliklarni birini ikkinchisidan ajratishga qaratilgan bo‘lishi lozim, so‘ngra xirurgik xastaliklarni o‘zaro qiyosiy tashxislashni talab etadi. CHunki bu xastaliklarni davolash taktikasi biri ikkinchisidan katta farqlanadi.

Me‘da – ichak yo‘llaridan qon ketish bilan kuzatiladigan xastaliklar quyidagilar umumiy bilan xarakterlanadi:

a) qon qayt qilish;

b) axlatda qon paydo bo'lishi;

v) ayrim hollarda me'da yoki orqa peshovdan qon ketishi;

g) qon ketish oz miqdorda bo'lib, uni laboratoriyada tekshirish asosida aniqlanadi:
axlatda yoki qayt massasida eritrotsit, gemoglabinni aniqlash;

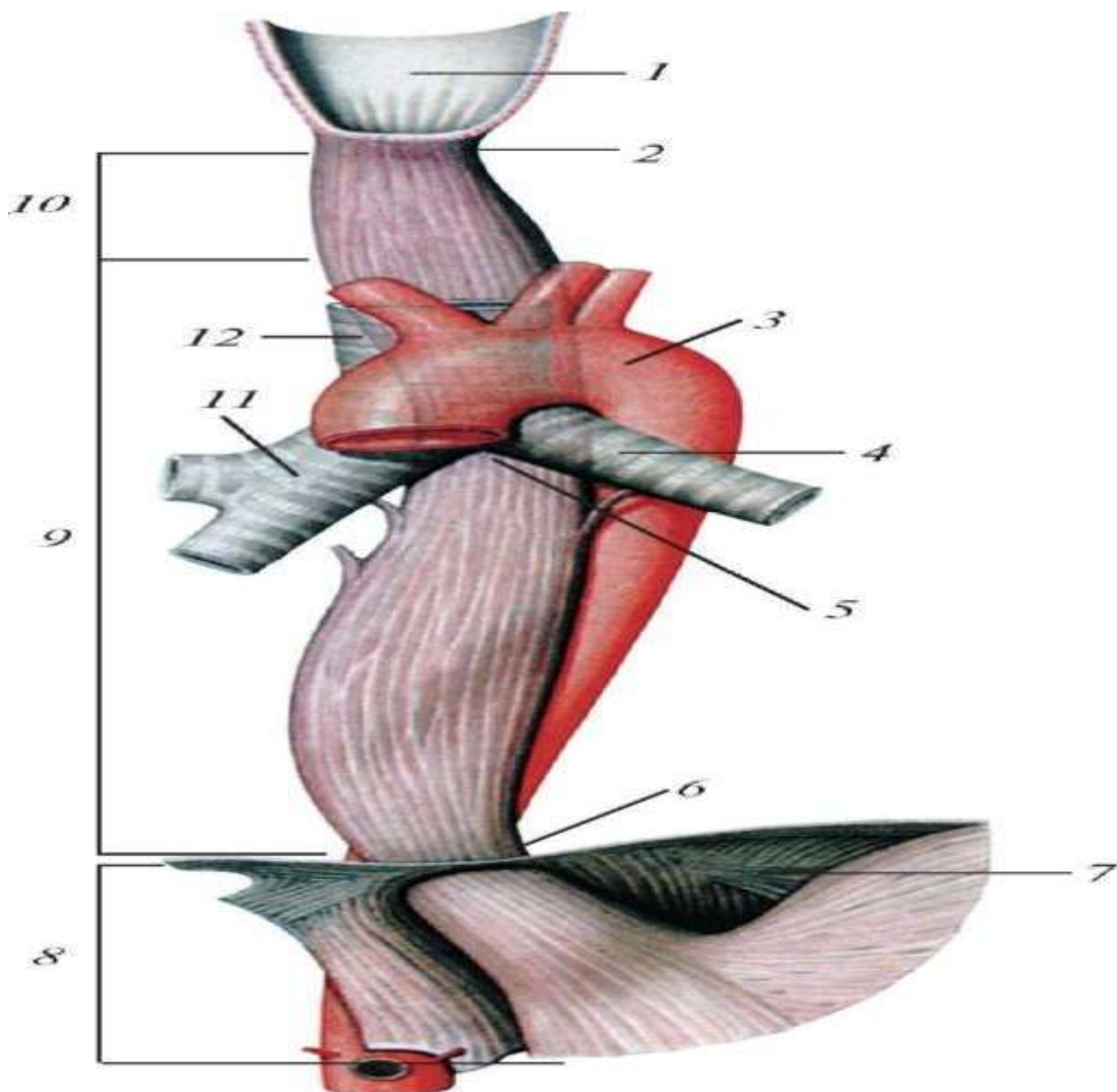
d) qon oqish me'da – ichak yo'llarini yuqorigi qismidan qizilo'ngach,

me'da, 12 barmoq ichak va ingichka ichakda bo'lsa axlat qoramtir; agarda terminal
qismda bo'lsa qonning o'zi bo'ladi.

QIZILO'NGACHDAN QON KETISH BILAN KUZATILADIGAN XASTALIKLAR

QIZILO'NGACH

ANATOMIYASI



1.rasm Qizilo'ngachni oldindan ko'rinishi: 1 - gortannaya chast glotki; 2 – qizilo'ngach buyin soxasi toraymasi; 3 - duga aorty; 4 –chap asosiy bronx; 5 - qizilo'ngach ko'krak soxasi toraymasi; 6 – qizilo'ngach diafragma soxasi toraymasi; 7 - diafragma; 8 - qizilo'ngach qorin soxasi; 9 – ko'krak kismi; 10 – buyin kismi; 11 – ung katta bronx bronx; 12 - traxeya

Qizilo'ngach (esophagus) – xalqum bilan oshqozonning kardial qismini boglovchi muskuldan iborat nay xisoblanib, katta yoshdagi odamlarda uzunligi 25-

30sm erkaklarda va 23-24sm ayollarda, devor qalindligi esa o'rtacha 3-4mm keladi.

Qizilo'ngachga kirish qismi yuqori kurak tishlari chegarasidan xisoblanganda o'rtacha 14-15smda joylashgan. Qizilo'ngach anatomik jihatdan uch bo'limdan iborat:

1. YUqori bo'yin sohasi – 5-6sm bo'lib, Qizilo'ngachning kirish qismidan uning orqa kuks oralig'igacha davom etgan qismi xisoblanadi.
2. O'rta ko'krak sohasi – 17sm gacha bo'lib, Qizilo'ngachning ko'krak qafasi bo'ylab diafragmagacha bulgan oralig'i xisoblanadi.
3. Pastki qorin sohasi – 2-4sm bo'lib, Qizilo'ngachning diafragmadan chikib oshqozonning kardial qismigacha bog'lagan sohasi xisoblanadi.

Qizilo'ngach xalqumning uzuksimon tog'ayining pastki kirrasidan ya'ni VI bo'yin umurtqasi chegarasidan boshlanadi. Qizilo'ngach oshqozonga old tomondan VII qovurg'a tog'ayi sohasida, orqa tomondan XI ko'krak umurtqasi chegarasida o'tadi. Qizilo'ngach o'zining yo'nalishida bir qancha a'zolar bilan birga yondosh joylashgan:

Old tomonidan: YUqorida– o'ngrokda traxeya bilan;

Pastda – yurakning o'ng bo'lmachasining orqa yuzasi bilan; xirida– diafragmadan chiqqandan keyin jigarning chap bo'lagi orqasi bilan;

Orqatomonidan: YUqorida – bo'yin va yuqori ko'krak umurtqalari bilan;

Pastda - Qizilo'ngach IV ko'krak umurtqasi qismida uzoqlashib, o'ng tomonida tok venalar (v.azygos) va chaptomonida ko'krak aortasi bilan;

SHu yo'nalishda Qizilo'ngach o'ng bronxial arteriyani, bir nechta qovurg'alararo arteriya va venalarini kesib o'tadi.

O'ngtomonidan: YUqorida – qalqonsimon bezning o'ng bo'lagi;

O'rtada– traxeya va traxeobronxial limfa tugunlari bilan;

CHaptomonidan: YUqoridan qalqonsimon bezning chap bo'lagi bilan;

O'rtada– mediastenal plevra bilan;

Pastda– oshqozon tubi bilan;

Qizilo'ngach old devori bo'ylab chap adashgan nerv, orqa devori bo'ylab o'ng adashgan nerv o'tadi. Qizilo'ngachning abdominal qismi qorin parda bilan uralgan.

Qizilo'ngach 3 qismida fiziologik torayish (angustiae) mavjud:

1. Qizilo'ngachning boshlang'ich qismida ya'ni uzuksimon tog'ayning pastki kirrasi sohasida – Qizilo'ngach og'zi xisoblanadi.

2. Kekirdakning ikkita bronxga bo'lingan erida, Qizilo'ngach bilan kesishgan sohasi.

3. Qizilo'ngachning diafragmadan qorin bo'shlig'iga o'tish qismida (kardial jomga to'g'ri keladi). Qizilo'ngachning devori 4 ta qavatdan iborat:

1.SHilliq qavati;

2.SHilliq osti (bezlar joylashgan) qavati;

3.Muskul qavati:

4.Biriktiruvchi to'qimadan iborat tashki qavati;

Muskul qavati Qizilo'ngach devorining asosini tashkil qiladi va ikkita qavatdan iborat:

1.Tashki uzunasiga ketgan muskul qavati;

2. Ichki aylanma muskul qavati;

Ular orasida nozik biriktiruvchi to'qima joylashgan bo'lib, unda qon tomirlari va nervlar joylashgan. Uzunasiga joylashgan muskullar aylanma joylashgan muskullardan qalinligi buyicha ikki barovar ingichkarokdir. Qizilo'ngach muskullaring boshlang'ich qismi kundalangargil muskullardir, pastki qismlarida esa sillik muskullardan iborat. Qizilo'ngachda quyidagi boylamlar mavjud:

1.Qizilo'ngach-bronxial boylam – bu qizilo'ngachni old chap devorini o'ng bronx asosi bilan bog'laydi;

2.Qizilo'ngach-aortal boylam – Qizilo'ngachning orqa chap devorini aorta ravogi bilan bog'laydi;

3.Morozov-Savvin boylami – bu qizilo'ngachning distalqismini diafragma bilan bog'laydi.

Qizilo'ngach bir nechta tomirlardan qon oladi va o'zaro yaxshi anastomoz xosil qiladi.

1. YUqori qismida – umrov osti arteriyasi tolalari, yuqoriqovurg'alar aro arteriyalar va qalqonsimon bez arteriyasi orqali;
2. O'rta qismida – Bir qancha qovurg'alaraor arteriyalartolalari, bronxial arteriya va aortaning Qizilo'ngach tolasi bilan;
3. Pastki qismida – pastki diafragmal arteriya va oshqozonning chap arteriyasi bilan;

Qizilo'ngachdan venoz qon oqishi pastki qalqonsimon vena, perikardial vena, orqa kuks oralig'i va diafragmal venalar orqali venoz qon vv. azygos va hemiazygos orqali yuqori kovak venasiga quyiladi. Bu venlar klapanlarga ega emaslar va bu venalar oshqozon va darvoza venalari bilan bog'liqdir. YA'ni shuni aytib o'tish kerakki, bu venalar orqali darvoza venalar sistemasi bilan kovak venalari uzviy bog'liqdir. Qizilo'ngachdan limfatik tomirlar chukur bo'yin limfatik tugunlariga, orqa kuks oralig'i va oshqozon limfatik tugunlariga boradi. YUqori qismdan traxeal va traxeobronxeal limfatik tugunlarga, pastda kardial qism limfatik tugunlariga quyiladi.

Qizilo'ngach parasimpatik (n.vagi) va simpatik (gangl.stellatum) nervlar bilan innervatsiyalanadi. SHunday qilib, Qizilo'ngachning asosiy vazifasi ovqat luqmasi va suyuqlikni xalqum bo'shlig'idan oshqozonga o'tkazishdan iboratdir.

Tug'ma kalta qizilo'ngach. — bu tug'ma nuqson bo'lib, qizilo'ngachning distal qismi me'da shilliq qavati bilan qoplangan bo'ladi. Bunuqsonning kelib chiqishida, qizilo'ngachning distal qismi embriondagi rivojlanish buzilishi natijasida me'daning shilliq qavati bilan qoplangan bo'ladi. Rivojlanishning birinchi oyi oxirida me'da ko'krak qafasida joylashgan bo'lib ikkinchi oyida qorin bo'shlig'iga tushish jarayonining buzilishi, qizilo'ngachning qisqa bo'lib qolishiga olib kelishi mumkin. Barcha hollarda me'da-qizilo'ngach refleksi kuzatiladi. Bu

kasallik boshqa nomlar bilan ham ataladi: bronxozofagus, ko'krakdagi me'da, joyiga tushmagan me'da.

Tasnifi. Tug'ma qisqa qizilo'ngachni ikki guruhga bo'lish mumkin:

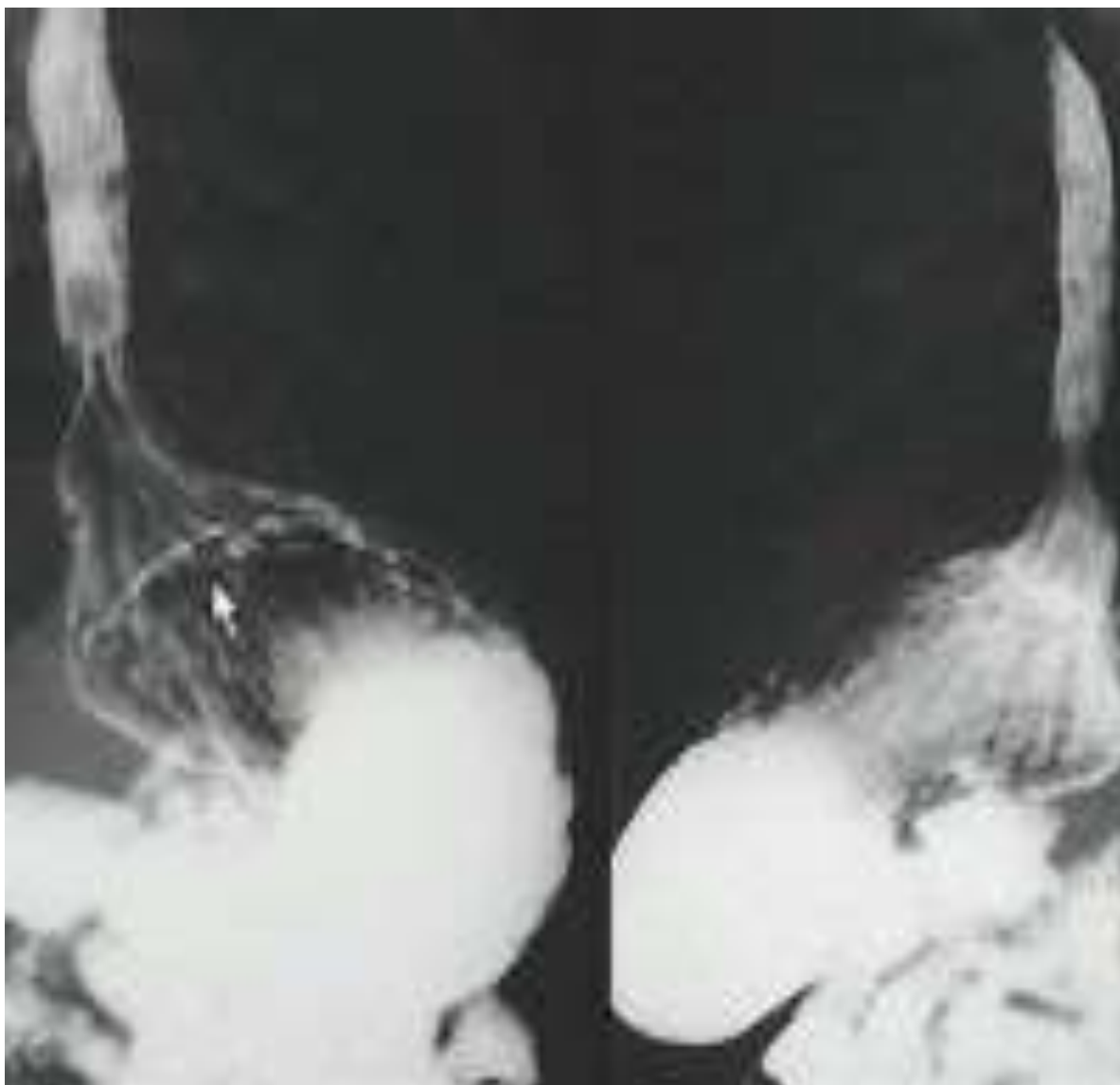
1. Peptik yarali ezofagit natijasida ikkilamchi qismning bo'lmasligi
2. YArali ezofagit natijasida striktura bergan holat.

Patogenezi. Tug'ma qisqa qizilo'ngachning patogenezi hali oxirigacha aniq emas. Ko'pincha qisqa qizilo'ngach bu me'daning o'z joyiga tushmaganligi oqibatidir deb xisoblanadi. Boshqa fikrlarga qaraganda esa, qisqa qizilo'ngach bu orggirshgan kasallikdir. Sababi: qizilo'ngach teshigi churrasi bo'lib, undagi me'da-qizilo'ngach refleksi peptik yarali ezofagitga olib keladi. U esa o'z navbatida chandiqqanib, torayishga va kalta bo'lishga olib keladi.

Klinikasi va tashxisi. Anamnezida qusish kuzatiladi. Qusish bola hayotining birinchi kunlaridayoq yoki bir oylik bo'lgancha boshlanadi. Keyinchalik kasallikning klinik ko'rinishi ikkilamchi torayish bor yoki yo'qligiga bog'liq bo'ladi. Agar stenoz hali paydo bo'lmagan bo'lsa, asosiy simptom qusish xisoblanadi. Qusish me'dadagi ovqat tarkibidan iborat bo'lib, ovqatlangandan keyin, bola kuchanganda, yig'laganda va gorizontal holatda yotganda boshlanadi. Qusuq tarkibida non ushoqlarini ko'rish mumkin. Me'dadagi ovqatning bemalol qizilo'ngachga oqib o'tishi natijasida qusish yuz beradi. Peptik yarali ezofagitdan keyingi ikkilamchi torayish bo'lganda ko'proq qizilo'ngachning buzilish belgilari kuzatiladi. Bunday kasallikka tashxis qo'yish uchun me'da-qizilo'ngach refleksi bor-yo'qligini bilish kerak. Bu esa rentgenologik tekshirishlar bilan aniqlanadi. Kontrast modda bilan tekshirish Trendelenburg holatida bajariladi. Bariy eritmasi ichiriladi yoki me'daga kateter orqali yuborib to'ldiriladi. Refleks bo'ladigan bo'lsa, kontrast moddaning qizilo'ngachga o'tib ketganini ko'rish mumkin. Ezofagoskopiya qilish diagnostikada muhim ahamiyatga ega, bu usulda me'da shilliq qavatida yuzaga keladigan fibrin qoplamalari, yaralar, eroziyalar ko'rinadi. Peptik yaralarning chandiqlanishi natijasida hosil bo'ladigan stenozlarni aniqlab,

uning o'lchamlari va qisqarish holatini baholash mumkin. Davosi. Davolash xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladi. Arap peptik yaralar natijasida stenoz hosil bo'lmasa, operatsiya usuli antireflyuks mexanizmi hosil qilishga qaratiladi. Ko'proq samara beradigani bu Nissen yoki Kanshn usuli bo'yicha fundoplikatsiya qilishdir. Nissen operatsiyasi qizilo'ngachning distal qismini me'daning bir bo'lagi bilan o'rab manjet hosil qilishdir. Natijada «to'kilmaydigan siyoxdonga» o'xshash antireflyuks mexanizmi hosil bo'ladi. Tug'ma kalta qizilo'ngach asorati peptik stenoz bo'lganda ham antireflyuksli operatsiya qilinadi, lekin unda qo'shimcha operatsiya-gastrostomiya qo'yiladi va qizilo'ngach orqali ip o'tkazilib, buj yordamida kengaytirib boriladi. Retsidiv kuzatilmaydi, bunga sabab — me'da-qizilo'ngach reflyuksining bo'lmaganligidir.

Klinikasi va tashxisi. Anamnezda qusish kuzatiladi. Qusish bolaning birinchi kunlaridanoq boshlanadi, yarali ezofagit paydo bo'lib. Qonli kusish kuzatiladi. Kusuk massasida sut bilan aralangan qoni kurish mumkin. Keyinchalik kasallikning klinik ko'rinishi ikkilamchi torayish bor yoki yo'qligiga bog'liq bo'ladi. Peptik yarali ezofagitdan keyingi ikkilamchi torayish bo'lganda ko'proqqizilo'ngachning buzilish belgilari kuzatiladi. Kontrast modda bilan Trendelenburg holatida tekshiriladi. Reflyuks bo'ladigan bo'lsa kontrast moddaning qizilo'ngachga o'tib ketishi ko'rinishi mumkin. Ezofagoskopiya qilish diagnostikada muhim ahamiyatga ega, bu usulda me'da shilliqqavatida yuzaga keladigan fibrin qoplamlari yaralar, eroziyalar ko'rinadi.



2 rasm. Tugma kalta qizilo'ngach, ko'krak kafasidagi oshqozon

Davolash. Davolash xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladi. Agar peptik yaralar natijasida stenoz hosil bo'lmasa, operatsiya usuli antireflyuks mexanizmi hosil qilishga qaratiladi. Ko'proq samara beradigani bu Nissen yoki Kanshi usuli bo'yicha fundoplikatsiya qilishdir. Tug'ma kalta qizilo'ngach asorati peptik stenoz bo'lganda ham antireflyuksli operatsiya qilinadi, lekin unda qo'shimcha operatsiya – gastrostomiya qo'yiladi va qizilo'ngach orqali ip o'tkazilib, buj yordamida kengaytirib boriladi. Retsidiv kuzatilmaydi, bunga sabab me'da qizilo'ngach reflyksining bo'lmaganligidir.

QIZILO'NGACH XALAZIYASI.

Xalaziya yoki kardiyaning ochilib turishi birinchi marotaba alohida kasallik sifatida Vechepevch tomonidan 1947 yilda yozib ketilgan.

Patogenezi. Bu kasallik juda kam o'rganilgan. Ma'lumki, normada kardiya yopiq holda bo'ladi, uning ochilishi reflektor ravishda ovqat luqmasi yutilib o'tayotgan paytda yuz beradi. Kardiya faoliyatining etishmasligi, chaqaloq 5—7 haftalik bo'lguncha saqlanishi fiziologik jarayon xisoblanadi. CHaqaloqlarda me'da-qizilo'ngach reflyuksining bo'lishi, shu soha ishining anatomofiziologik etishmovchiligi deb qaraladi. Kardiya qismi ishining etishmovchiligida bola qattiq yig'laganda, kuchanganda, qorin bo'shlig'i bosimi oshib, me'dadan ovqatning orqaga bemalol qaytib kelishi kuzatiladi. Doimiy bo'lib turadigan me'da-qizilo'ngach reflyuksi, me'dadagi kislotali ovqatning qizilo'ngach shilliq qavatiga emiruvchi ta'sir qilib, peptik ezofagit hosil bo'lishiga olib keladi va qon ketishi kuzatilishi mumkin

Ko'pchilik mualliflar bolalarda bo'ladigan kardiya xalaziyasini nerv-muskul boshqarilishining etarli bo'lmaganligida deb izohlaydilar. Boshqalar fikriga qaraganda kardiya xalaziyasiga olib keladigan sabab, me'daning joyiga etarlicha tushmay qolishidir. Bu narsa rentgenda ko'rinmasligi ham mumkin. Keyinchalik me'daning o'z joyiga tushishi natijasida ko'p hollarda o'z-o'zidan yaxshi bo'lib ketadi.



3 rasm Oshqozondan qizilo'ngachga reflyuks xalaziyada Me'da-qizilo'ngach reflyuksi natijasida peptik ezofagit, qonash belgilari paydo bo'ladi

Klinikasi va tashxisi. Xalaziya kasalligida tez-tez qusish, kusik massasida kon borligi kuzatiladi. Bola tug‘ilgan hayotining birinchi kunlaridayoq ovqat berish paytida yoki ovqatlantirilgandan keyin qusadi. Qusuq tarkibi asosan ivigan sutdan iborat bo‘ladi. Agar bola ovqatlanayotib yoki ovqatlanib bo‘lgan zahoti qayt qilsa, sut hali o‘zgarmagan bo‘lishi ham mumkin. Ayrim vaqtlarda vaqt o‘tishi bilan kup marta kayt qilishdan sung qusuq tarkibida qon bo‘lishi ham mumkin. Bola bir necha oylik bo‘lguncha ham qusishi kamaymasa, u ozib ketib, ovqat hazm qilishning buzilish belgilari paydo bo‘ladi. Ayrim kasallarda gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Aspiratsiya imkoni bo‘lganligi sababli bola ko‘pchilik hollarda bronxit va pnevmoniya kasalligiga chalinadi. Tashxis qo‘yishda hal qiluvchi vosita bu kontrastli rentgen usulidir.

Me‘da-qizilo‘ngach reflyuksini aniqlash uchun Trendelenburg holatida tekshirish kerak. Xalaziyaga gumon bo‘lgan hamma hollarda ezofagoskopiya qilish zarur, bunda shilliq qavat holati baholanadi va peptik ezofagit, qonash belgilari aniqlanadi.

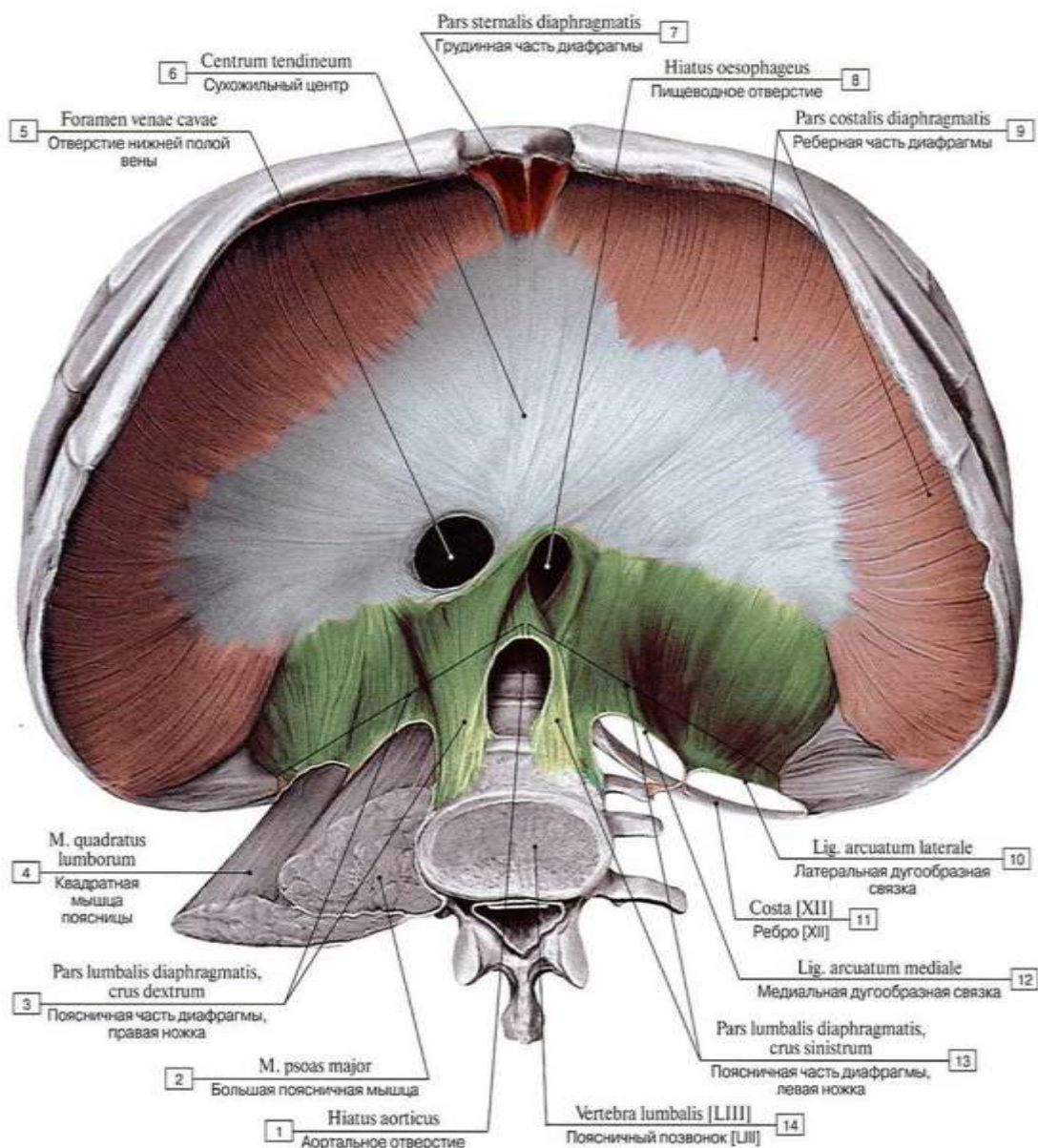
Differensial tashxis qo‘yishda ko‘p kamchiliklarni hisobga olish zarur: tug‘ma kalta qizilo‘ngach, diafragmaning qizilo‘ngach teshigi churrasi, qizilo‘ngach stenozi, pilorostenoz, pilorospazm, tug‘ruq paytidagi shikastlanish va boshqalar. Differensiyalovchi tashxisni faqat klinik belgilarga qarab qo‘yish juda ham murakkab, shuning uchun tashxis barcha klinik belgilar, rentgen tekshirish usullari va ezofagoskopiya ma’lumotlariga asoslanib qo‘yiladi.

Davosi. Bolalarda bo‘ladigan kardiya xalaziyasi ko‘pincha konservativ davolanadi. Buning uchun bolaning boshi hamma vaqt ko‘tarilgan bo‘lishi kerak, quyuq ovqatni bo‘lib-bo‘lib shoshilmasdan berish lozim. Konservativ davolash natijasiz bo‘lsa, operatsiya usuli qo‘llanadi. Operatsiya usullaridan modifikatsiyalashgan Kanshin operatsiyasi samarali xisoblanadi. Bolalarda qilinadigan antireflyuksli operatsiyalar ham yaxshi natija beradi.

DIAFRAGMA CHURRALARIDA QON KETISH.

Diafragma anatomiyasi. Diafragma (diaphragma, s. m. phrenicus) — Diafragmaning shakli uch yaproqqa o'xshash bo'lib, gumbazi yuqoriga qaragan, markaziy qismi pay, periferik qismi esa mushakdan tashkil topadi. Bu qismlarda bir nechta teshiklar bo'lib ulardan qizilo'ngach, aorta, pastki kavak vena, toq vena va nervlar o'tadi. Diafragmaning tuzilishida shu narsa ma'lumki, yosh kattalashib borishi bilan mushak qismi kamayib, pay qismi ortib boradi. SHu a'zoning pay markazi fibroz tutamidan tashkil topgan qattiq plastinkani tashkil etadi. Markaz uch yaproq qismdan iborat bo'lib, ikkita yon (o'ng va chap) va bitta oldingi yaproklardir. O'ng qismining medial yaprog'ida pastki kavak vena uchun teshik mavjud. Muskul qismida esa uchta: qovurg'a (pars costalis), to'sh (pars stemalis) va bel (pars lumbalis) bo'laklari tafovut etiladi. Qovurg'a qismi pastki oltita qovurg'adan, ichki sathidan alohida muskul tutamlari bo'lib boshlanadi va ichkariga yo'nalib pay markazga o'tib ketadi. YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda to'sh-qovurg'a va bel-qovurg'a uchburchaklari keng, bola ulg'ayishi bilan ular o'lchovlari sekin-asta kichrayib boradi. To'sh qismi chaqaloqlarda kechroq shakllanadi, biroq u keng va diafragmaning ko'p qismini tashkil etadi. Bel qismi esa nisbatan yaxshi taraqqay etgan va butun diafragma umumiy maydonning 25,16% ini egallaydi. Diafragmaninguch juft oyoqchalarini chaqaloklarning 50% da aniq ajrata olish mumkin. YAngi tug'ilgan bolalar diafragmasining o'ng yarim gumbazi VII—VIII qovurg'alar orqa qismining sathiga, chapi esa VIII—IX qovurg'alar sathiga to'g'ri keladi. Bir yoshli bolalarda o'ng gumbaz proeksiyasi VII—IX ko'krak umurtqasiga, 5 yoshlilarda IX—X umurtqaga, 7 yoshdan oshganlarda X—XI ko'krak umurtqalariga nisbatan aniq^anadi. CHap gumbaz bir umurtqa pastroq joylashadi. Diafragma yuqori joylashishining individual farqi nafaqat ko'krak qafasining turli xildagi tuzilishidan, balki qorin bo'shlig'ining ichki bosimi, ichki a'zolar, me'da-ichaklarning to'lato'lamasligiga ham bog'liqdir. Diafragmani qon bilan ta'minlashda ichki ko'krak arteriyasi, pastki yuqori

diafragma arteriyasi va qovurg'alararo arteriyalar ishtirok etadi. Innervatsiyasi diafragma va qovurg'alararo nervlarning tolalari hisobiga amalga oshadi.



4 rasm Diafragmani anatomik tuzilishi

Diafragmal churra deb, qorin bo'shlig'ida joylashgan organlarning diafragma pardasining tug'ma yoyinki sun'iy hosil bo'lgan teshiklardan ko'krak

bo‘shlig‘iga siljishiga aytiladi. Diafragmal churraning boshqa churralardan farqi shuki, bu erda hamma vaqt ham churra qopi, churra darvozasi mavjud bo‘lmaydi.

. Diafragmal churra turlari.

I. Tug‘ma diafragma churrasi.

1. Diafragma churrasi a) diafragma yupqalashgan qismining churrasi (chin churra),

b) chegaralangan qismining churrasi,

v) katta qismining churrasi,

g) bir qismining churrasi.

2. Diafragma ma’lum qismining bo‘lmasligi (soxta churra):

a) orqa kichik teshik,

b) katta teshik,

v) bir bo‘lagining bo‘lmasligi (aplaziya).

2. Qizilo‘ngach teshigining churrasi:

a) ko‘tarilgan qizilo‘ngach teshigi churrasi,

b) qizilo‘ngach oldi churrasi.

3. Diafragma oldi churrasi:

a) oldingi churra (chin),

b) Freniko-perikardial churra (soxta),

v) Retrograd Freno-perikardial churra (soxta).

II. Hayot davomida orttirilgan churralar.

1. Jarohatlanish churrasi.

A. Diafragmaning yorilishidan kelib chiqqan churra:

a) o‘tkir shikastlanish churrasi,

b) surunkali shikastlanish churrasi.

B. SHikastlanish natijasida diafragma ma'lum bir qismining bo'rtib chiqishi (haqiqiy).

2. SHikastlanishga aloqasi bo'lmagan churralar.

Bolalarda diafragma churralari asosan tug'ma bo'lib, diafragmaning tug'ma nuqsoni xisoblanadi. Qorin bo'shlig'i a'zolari ko'krak qafasiga diafragma deffektlaridan kirib qoladi. Bolalarda travmatik diafragma churralari kam uchraydi. CHaqaloqlarda diafragma churrasi tug'ma xastalik bo'lib, diafragma rivojlanishidagi mo'tadil jarayonning turli buzilishlari natijasida kelib chiqadi. Natijada qorin bo'shlig'i a'zolari diafragmadagi tabiiy yoki notabiiy teshiklar, uning o'ta yupqalashgan va kengaygan devori orqali ko'krak bo'shlig'iga siljiydi. Diafragma asosan uch manbadan hosil bo'ladi: ventral qismi ko'ndalang pardadan paydo bo'lsa, bir juft dorsa-lateral qismi plevroperitoneal burmadan yuzaga kelib, embrional rivojlanishning 2-oyida tugallanadi. Ko'ndalang to'siq va plevroperitoneal burmalar bir-biriga qarama-qarshi o'sib birlashadk va natijada diafragmaning asosiy qismi yuzaga keladi. Diafragmaning orqa — dorsal qismi esa ichak tutqichning birlamchi qismidan paydo bo'ladi. Turli teratogen omillarning ta'siri tufayli ushbu varaqlarning o'zaro birlashuvi buziladi va natijada notabiiy teshiklar hosil bo'ladi va ular churra darvozasi vazifasini o'taydi. Diafragma ko'ndalang to'siqlari rivojlanishining buzilishi natijasida diafragma old qismi churrasi kelib chiqadi. Plevroperitoneal to'siqning shakllanishi izdan chiqishi sababli soxta churralar paydo bo'ladi. O'rtacha 2000—2500 nafar tug'ilgan chaqaloqlardan bittasi diafragma churrasi bilan tug'iladi.

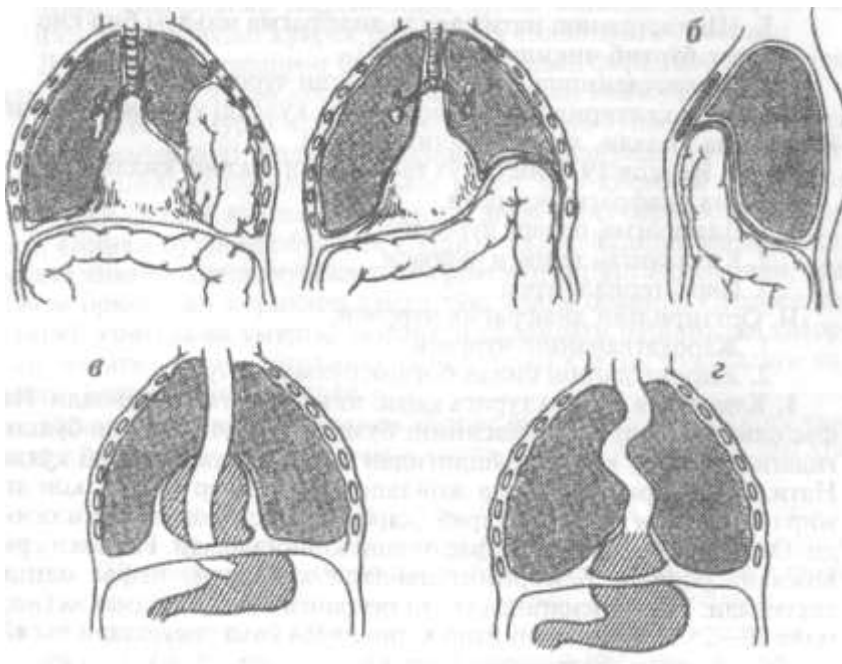
Soxta churralar. Soxta churrada diafragma devoridagi uchraydigan notabiiy teshiklar orqali (Bogdaleko va Morgan teshiklari) qorin bo'shlig'idagi a'zolar ko'krak bo'shlig'iga chiqadi va bu hollarda churra qopi bo'lmaydi.



5 rasm soxta diafragma churrasi

Diafragmal churra turlari.

Diafragma churralarini 3 ta asosiy turi tafovut qilinadi:



6 rasm Diafragma churralarini 3 ta asosiy turi

1. Nafas olish a'zolari vazifasining buzilishi. Bunda qorin bo'shlig'idagi organlar ko'krak bo'shlig'idan chiqib, o'pkani qisib qo'yadi. Natijada ko'krak qafasida joylashgan organlar (yurak, qon tomirlar) 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 r). Ko'krak

eshitib ko'rilganda o'pka tovushlari pasaygan bo'lib, ichak harakatlari eshitiladi. Tukillatib urib ko'rilganda timpaniq yoki bo'g'iq tovush borligi aniqlanadi. Diafragma churrasida oshqozon-ichak organlarining vazifasi ma'lum darajada buziladi. Natijada har xil asoratlar rivojlanadi. Qizilo'ngach teshigi churrasida Giss burchagi buzilib (o'tmas bo'ladi), oshqozon-qizilo'ngach refluyuksi paydo bo'lishi natijasida qizilo'ngachning kardial qismida yaralar (ezofagit) hosil bo'ladi. Keyinchalik qizilo'ngachdan ovqat o'tmay qoladi (struktura). Bunday holatlarda kasallikning boshlanish davrida bemorda qon aralash qusish paydo bo'ladi. Astasekinlik bilan qizilo'ngachdan ovqat o'tishi qiyinlashadi. Diafragma churrasi qisilib qolganda ichak tutilishi belgilari paydo bo'ladi. Bemorda ko'p marta qusish paydo bo'ladi, lekin qusish engillik keltirmaydi.

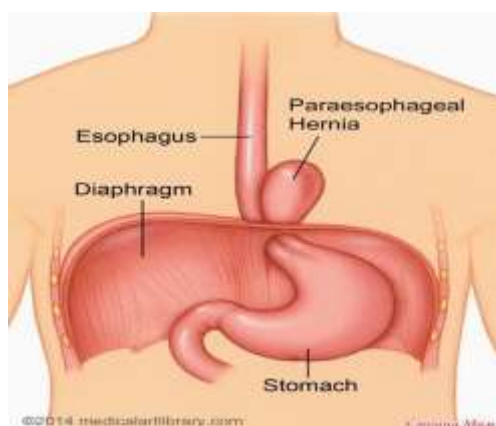
2. YUrak-qon tomir faoliyati buzilishi. CHurra yurakni bosib, qarama-qarshi tomonga siljitadi. Natijada yurak ishi qiyinlashadi. Bemorning umumiy ahvoli keskin og'irlasha boradi. Nafas olish yuzaki bo'lib, yurak urishi tezlashadi. S. YA. Doletskiy (1958) ma'lumotlariga qaraganda diafragma churrasi bilan 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 organ rivojlanishining buzilishi, ya'ni uning bir qismida muskullar taraqqiy qilmay qo'yishi yoki o'rnida juda yupqa parda hosil bo'lishi, yoyinki 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 (Lorrey teshigi), qovurg'a va umurtqa pog'onasi orasidagi bo'shliqsan (Morgan teshigi) qorin bo'shlig'idagi organlar 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 taraqqiyotining 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 muskullar rivojlanmay, teshik kattalashadi. Tayyor churra qopiga esa shu teshik orqali oshqozon siljiydi. Natijada qizilo‘ngach teshigi churrasi hosil bo‘ladi.

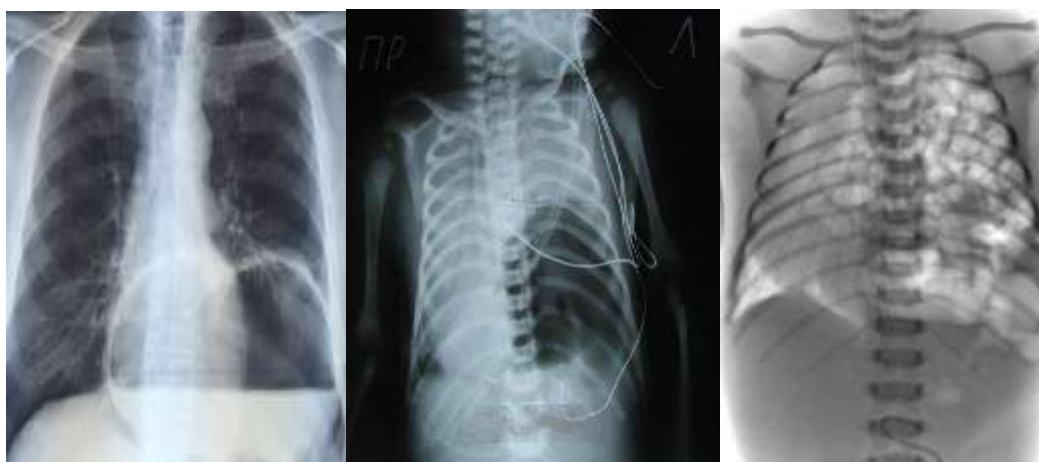
DIAFRAGMANING QIZILO‘NGACH TESHIGI CHURRASI.

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. Ko‘krak bo‘shlig‘iga siljigan a‘zolar qorin pardasi bilan qoplangan bo‘ladi (chin churra). 1950 nafar chaqaloqlardan bittasi qizilo‘ngach teshigi churrasi bilan tug‘iladi. Qizilo‘ngach teshigi churrasi chin churra xisoblanib, ko‘krak bo‘shlig‘iga siljigan a‘zolar qorin pardasi bilan qoplangan bo‘ladi (chin churra), u quyidagi ko‘rinishlarda uchraydi: 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. 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 (10-rasm, v).

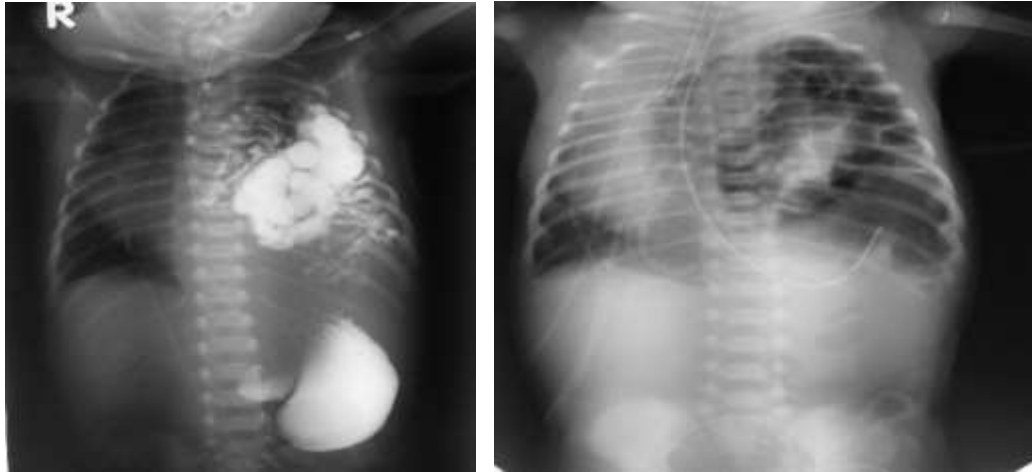


7 rasm paraezofageal churra

Klinikasi. Kasallik asosan chaqaloqning 2—3 kunligidan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli kundan-ko‘nga og‘irlasha boradi, qusish paydo bo‘ladi. Qusish «favoraga» o‘xshagan bo‘lib, ona bolaga qo‘krak berishi bilan qayta-qayta takrorlanib turadi. Natijada qusiqhavo yo‘liga tushib aspiratsiyali zotiljam rivojlana boradi. Qusiq qizil qon aralash bo‘ladi. CHaqaloq ona ko‘kragini emmay qo‘yadi. Nafas yuzaki bo‘lib, nafas olishda qovurg‘alararo mushaklar faol ishtirok qiladi. Teri qoplami oqaradi. Differensial tashxis asosan o‘pka kistasi, lobar emfizema bilan o‘tkaziladi. **Tashxisi.**Tashxis rentgen tekshiruvi orqali tasdiqlanadi. Ko‘krak qafasining rentgen surati olinganda o‘ng yoki chap plevral chegaralangan bo‘shliq borligi aniqlanadi. Bemorga kontrast modsa (yodolipol) berilsa, u oldin me‘daning ko‘krak qafasiga joylashgan qismini to‘ldirib, so‘ng qorin bo‘shlig‘ida joylashgan qismini to‘ldiradi.



8 rasm rentgen tekshiruvi - ko‘krak qafasining rentgen surati olinganda o‘ng yoki chap plevral chegaralangan bo‘shliq borligi aniqlanadi.



9 rasm Bemorga kontrast modda (yodolipol) berilsa, u oldin me'daning ko'krak qafasiga joylashgan qismini to'ldirib, so'ng qorin bo'shlig'ida joylashgan qismini to'ldiradi

Davosi. Kasallik asosan xirurgik yo'l bilan davolanadi. Bemorda qon aralash qusish, aspiratsiyali pnevmoniya kuzatilganda, rejali-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 kindikdan yuqorida qorin bo'shlig'i ochiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari tekshirib 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'ringandan so'ng, churra qopi pastga tushirilib, qisman kesib olinadi. Diafragma to'shning xanjarsimon o'simtasi yoki yaqinda joylashgan qovurg'a tiqiladi. Qorin oldi devori bekitiladi, Operatsiyadan keyin bemor (5—7 kun davomida) reanimatsiya bo'limiga o'tkaziladi. CHok iplari 10—11 kundan keyin so'qiladi.

DIAFRAGMANING OLD QISMI CHURRASI Qorin bo'shlig'i a'zolari Larrey yoki Morgan teshigi orqali to'sh suyagi xanjarsimon o'simtasining orqasiga chiqishi diafragma old qismi churrasi deb yuritiladi. CHurraning ikki xildagi ko'rinishi: parasternal va freno-perikardial turlari mavjud (10-rasm, b). Parasternal churraning klinik kechishi. Kasallik belgilari chaqaloq hayotining birinchi kunlaridan boshlab kuzatiladi. Nafas olish tezlashib yuzaki bo'ladi, lablar ko'karib,

bola yig'laganda bu alomatlar yaqqol ko'zga tashlanadi. Ob'ekgiv qaraganda ko'krak qafasining oldingi — pastki qismi bo'rtib chiqqan bo'ladi. Perkussiyada esa o'sha erda timpanit tovush aniqlanadi. Auskultatsiyada nafas tovushlari juda pasayadi. Ba'zi bir holatlarda 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 poroklar turiga kirib, odatda chaqaloq o'lik tug'iladi yoki hayotining dastlabki soatlarida o'ladi. Judao'tkir kechadigan nafas olish va yurak qon-tomir sistemasining ish faoliyati buzilishi qisqa vaqt ichida nihoyatda og'irlashishi hisobiga tashxis qo'yish mumkin bo'lmay qoladi. Differensial tashxisi. CHaqaloqpardagi diafragma churralarida farqlash asosan antenatal pnevmoniya, lobar emfizema, yurak poroklari hamda tug'ruq paytida sodir bo'ladigan jarohatlar bilan o'tkaziladi. Tashxisi. YAkuniy tashxis asosan 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 (gastrofatin) berib, rentgen qilinadi.

Davosi. Bemorni muvaffaqiyatli davolash asosan operaiiyadan oldin va keyin o'tkaziladigan davolash tadbirlarining qay darajada to'g'ri va zudlik bilan o'tkazilishiga bog'liqdir. Operatsiyagacha va undan keyingi davrda me'daga doimiy zond qo'yiladi. CHaqaloq kyuvezga joylashtirilishi, undagi mikroiklim harorati 28—30°S, namligi esa 70—90% bo'lishi kerak. Periferik qon tomirlar ish faoliyatini yaxshilash uchun eufillin, kofein beriladi. Kasallikning o'tkir turida bemor 3—4 soat davomida operatsiyaga tayyorlanadi. YArim o'tkir turida esa

bemorning umumiy ahvoriga qarab 12—24 soat operatsiyaga tayyorlanadi. Kasallikning o'tkir turida bemorning teri qoplami ko'karadi, nafas harakatlari tezlashib, minutiga 80—90 marta etadi, yuzaki bo'ladi. Nafas etishmaslik alomatlari bola emayotganida yoki uni yo'rgaklaganda kuchayadi, shuningdek, yurak faoliyatidagi o'zgarishlar hisobiga chaqaloqlarning umumiy ahvoli juda ham og'irlashadi, mustaqil nafas ololmaydi. Ob'ektiv 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 voronkasimon chuqurlik paydo bo'ladi. Perkussiyada bo'g'iqlik tovush aniqlanadi. Kasallikning bunday og'ir kechishida ko'krak bo'shlig'iga siljigan a'zolarining siqilishi va ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi emas, balki o'sha 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 kundan namoyon bo'lib, asosan kompensatsiyalangan nafas etishmovchiligi bilan boshlanadi. CHaqaloqning lablarida ko'karish belgilari paydo bo'ladi. Bemorni churra tomonga yonboshlab yotqizilganda (chap tomonlama churrada chap tomonga bemor yotqizilsa) ko'karish alomatlari kamayib, bemorning umumiy ahvoli bir muncha yaxshilanadi. Ko'pchilik hollarda o'pka auskultatsiyasida churra joylashgan tomonda nafas olishning buzilishi, faqat shu o'pkaning yuqori qismi nafas olishda ishtirok qilishi 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 asimetriya holati kuzatilib, ichkariga tortilganligi aniqlanadi, jigar esa qorin oldi devoriga yopishib turadi. Diafragma devorini bir tomonlama butunlay bo'lmasligi aplaziya deb yuritiladi va diafragma o'rnida qorin pardasi yoki yuqalashgan diafragma devori bo'ladi, bu holat ko'krak diafragma relaksatsiyasi deb yuritiladi. Diafragma oldi churrasi bunda Morgan yoki Larreya teshigi orqali qorin bo'shlig'i a'zolari to'sh suyagi

xanjarsimon o'simtasi orqasidagi bo'shliqqa siljiydi. Bunda parasternal hamda freniko-perikardial churralar farqlanadi. CHaqaloqlarda diafragma churralari o'zining anatomik ko'rinishiga qarab klinik kechishi ham bir-biridan farq qiladi. 10-87145 CHaqaloqlarda 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-ikkitasida kuzatiladi. Soxta churralar asosan ikki xil klinik kechishda namoyon bo'ladi: o'gkir turi, yarim o'tkir. O'tkir turi. Bu holatda o'pka hamda yurak qon-tomir sistemasi faoliyatida kuchli o'zgarishlar yuzaga keladi. Bunday holatni S. YA. Doletskiy (1958) «asfiksiyalı siqilish» deb ta'riflagan. Kasallikning o'tkir kechish turi faqat soxta churrada yuzaga kelib, chaqaloq tug'ilishi bilanoq boshlanadi (ko'pincha chaqaloq tug'ilganidan so'ng 12 soatdan keyin yoki birinchi kun oxirida). Bemorning umumiy ahvoli og'irlashib borib, nafas olish qiyinlashishi bilan kechadi, sungra kayt qilish kuzatilib kusak massasida kon borligi bilan xarakterlanadi. Tashxis kuyishda ko'krak kafasi a'zolarini umumiy rentgenografiyasi, oshqozon ichak yullarini kontrastli tekshiri bilan tashxis kuyiladi.

Davosi. Kasallik asosan xirurgik yo'l bilan davolanadi. Bemorda qon aralash qusish, aspiratsiyali pnevmoniya kuzatilganda, rejali 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 kindikdan yuqorida qorin bo'shlig'i ochiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari tekshirib ko'rilganda ko'krak bo'shlig'iga asosan ko'ndalang chamber ichakning siljiganligi aniqlanadi. U qorin bo'shlig'iga sekinlik bilan tortib tushiriladi. So'ngra diafragmaning oldingi — medial qismida joylashgan churra darvozasi ko'ringandan so'ng, churra qopi pastga tushirilib, qisman kesib olinadi. Diafragma to'shining xanjarsimon o'simtasi yoki yaqinda joylashgan qovurg'a tiqiladi. Qorin oldi devori bekitiladi.

Operatsiyadan keyin bemor (5—7 kun davomida) reanimatsiya bo'limiga o'tkaziladi. CHok iplari 10—11 kundan keyin olinadi.

PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI

Jigar homiladorlikning 4-5 haftasida, embriogenez davrida rivojlanib, chaqaloq vaznining 4% tashkil qiladi. Ko'ndalang o'roqsimon boylam jigarni ikkiga bo'ladi. Jigarda ikkita yuza: vitseral va diafragmal tafovut qilinadi.

Jigardan 12 barmoqli ichakka: jigar-ichak boylami va oshqozonga: jigar-oshqozon boylami boradi. "jigar-ichak" boylami ichida DORVOZA venasi, "jigar arteriyasi" va umumiy o't yo'li joylashgan.

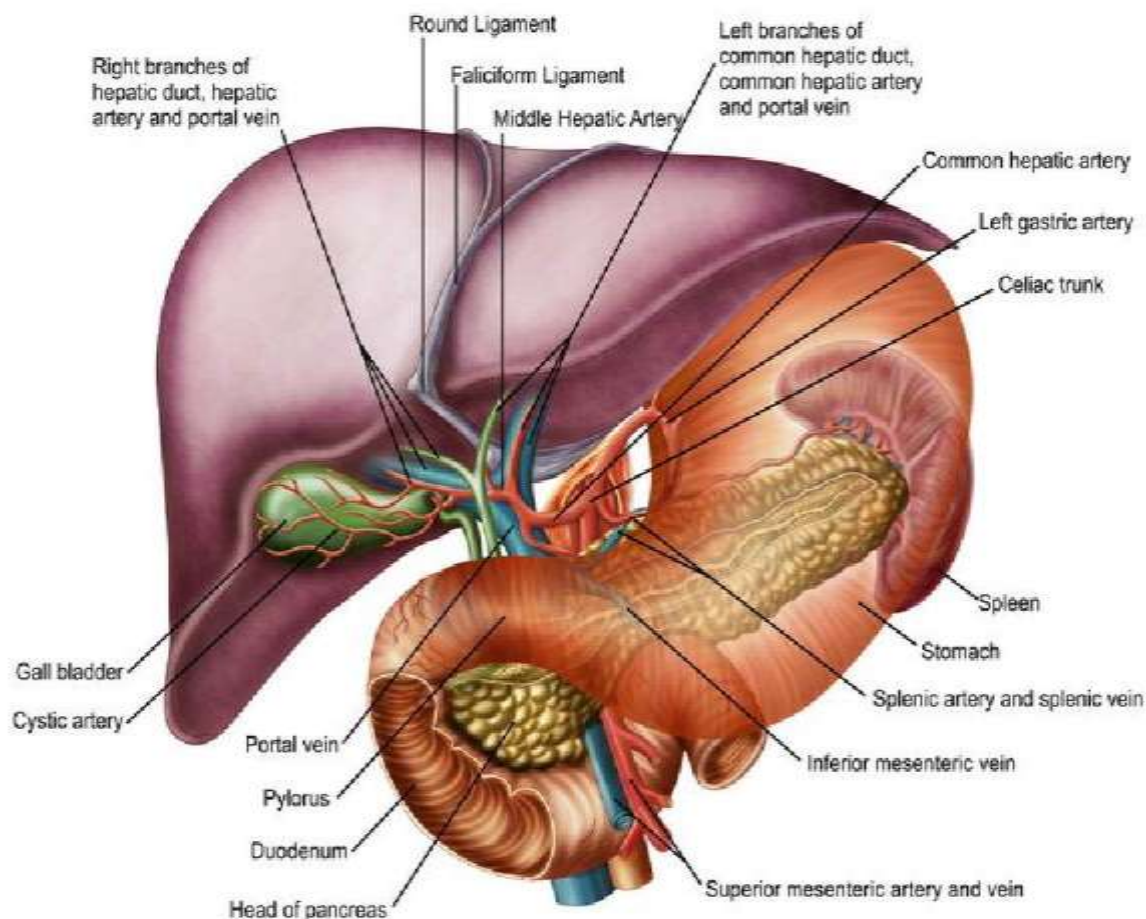
Jigarning qon bilan ta'minlanishi: ikkita afferent qon tamir bilan: jigar arteriyasi va qopqa venasi. Jigar arteriyasi jigar umumiy qon oqimini 25-30%, qopqa venasi esa 65-70% tashkil qiladi. Lekin jigarning kislorodga bo'lgan talabini ikkala qon tomir 50% dan ta'minlaydi.

Muammoning anatomiyasi

Portal tomirlari jigardan o'tib ketadi - qon tomchisi, oshqozon, oshqozon va oshqozon osti bezidan olingan katta tomir. Bu uchta tomirning terisidir - yuqori va pastki mezenterik va taloq. Ushbu venoz magistralning uzunligi sakkiz santimetr, diametri taxminan bir yarim.

Odatda, portal veniga qon bosimi 7-10 mm gacha o'zgarib turadi. RT. San'at.

Biroq, ba'zi kasalliklarda u 12-20 millimetrga ko'payadi: shuning uchun portal gipertenziyani rivojlantiradi - bir nechta o'ziga xos alomatlardan iborat murakkab sindrom - bir qator o'ziga xos alomatlardan iborat murakkab sindrom.



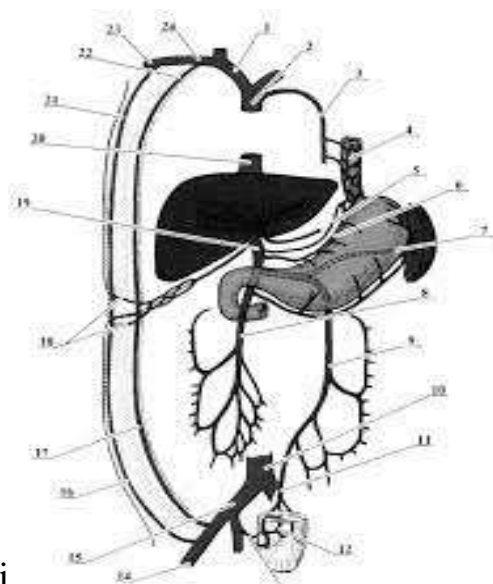
10 rasm Jigarni anatomik tuzilishi

Portal gipertenziya bilan anastomozlar

Portal gipertenziya kasalliklar yoki tug‘ma jigar patologiyalari natijasida kelib chiqqan tomirlarning ko‘payishi tufayli yuzaga keladi. SHu bilan birga, qonning chiqib ketishining holati, portali anastomozga ko‘ra amalga oshiriladi. Tibbiyot ularning bir nechta turlarini ajratadi:

- Ovqat hazm qilish traktining kardinal va qorin bo‘shlig‘ida joylashgan anastomozlar. Ushbu ikki organlar portal tomirdan qon quyi ichi bo‘sh vena ichiga kirib boradigan venoz pleksus hosil bo‘ladi.
- Yuqori, pastki va rektal tomirlarning pleksus sohasida joylashgan anastomozlar. Ushbu "vena koridorlari" qonning yuqori burskiylaridan pastki ichi bo‘sh tomiriga o‘tishiga imkon beradi. Bemorning mintaqasidagi tomirlarning keskin kengayishi bilan bemorda rektal hududda qon ketishi mumkin.

- Anastomozlar kindik tomirlari zonasiga yo'naltirilgan. Ular qon oqimidan qorin bo'shlig'iga ko'chib o'tishiga imkon beradi, keyin esa ichi bo'sh tomirda. Bunday o'rash, konveksi anamosining vena koridorlari bemorning terisida qorin bo'shlig'ida aniq ko'rinadi. Bunday anastomozlar miduzaning boshlig'i deb nomlangan.



11 rasm Portokavolanastomozlar sxemasi

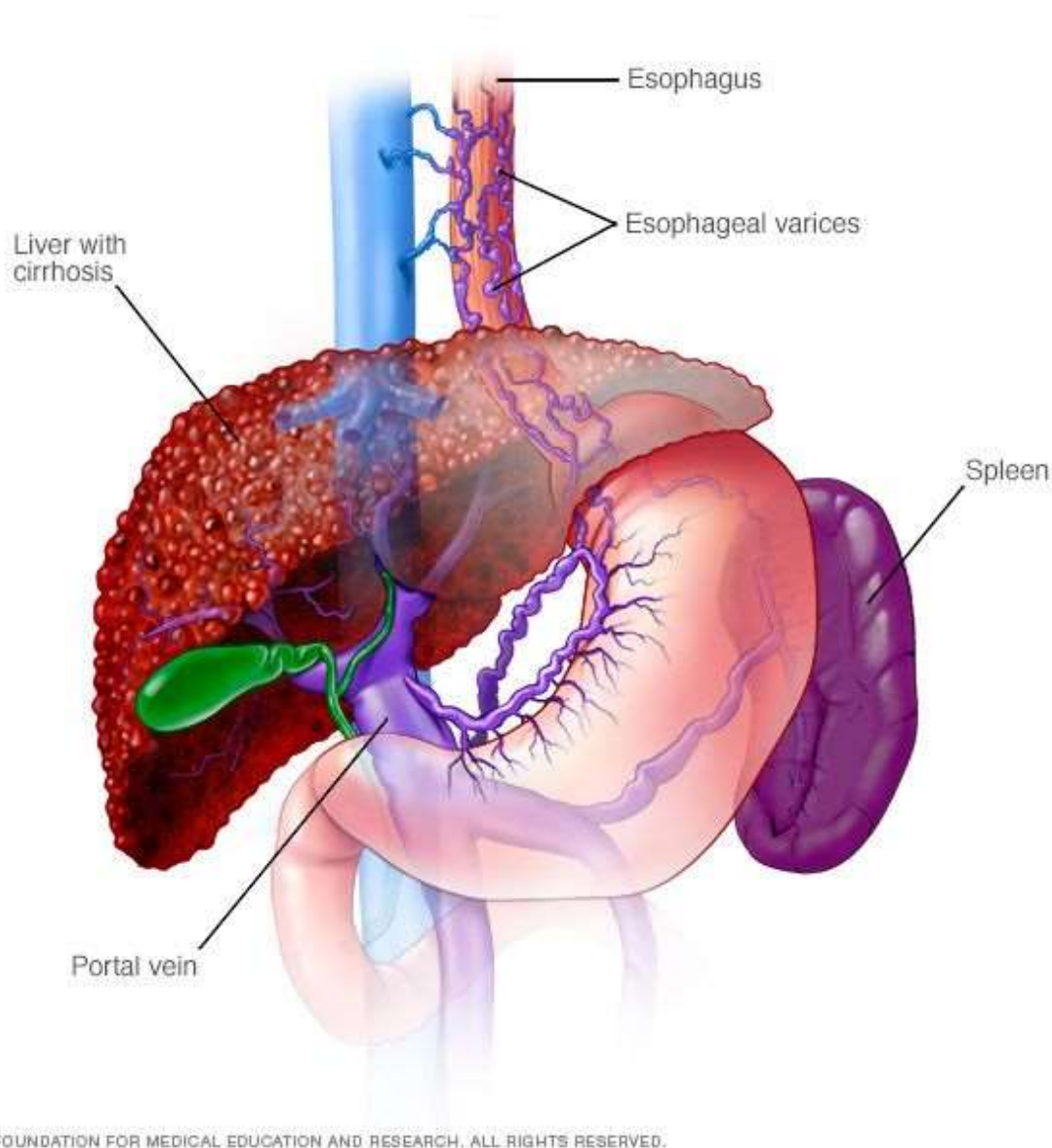
1 — v. brachiocephalica; 2 — v. cava superior; 3 — v. azygos; 4 — vv. oesophageales; 5 — v. gastrica sinistra; 6 — v. gastrica dextra; 7 — v. lienalis; 8 — v. mesenterica superior; 9 — v. mesenterica inferior; 10 — v. cava inferior; 11 — v. rectalis superior; 12 — plexus venosus rectalis; 13 — vv. rectales media et inferior; 14 — v. femoralis; 15 — v. iliaca communis; 16 — v. epigastrica superficialis; 17 — v. epigastrica inferior; 18 — vv. paraumbilicales; 19 — v. porta hepatis; 20 — v. cava inferior; 21 — v. thoracoepigastrica; 22 — vv. epigastricae superiores; 23 — v. axillaris; 24 — v. subclavia.

Dorvoza venasi – taloq, yuqori va quyi mezenterial venalarining qo'yilishidan hosil bo'ladi. Dorvoza venasining uzunligi 8-12 smgacha, diametr 0,6 sm.dan 1,2 smgacha bo'lib, o'rtacha bosim 80-150 mm.suv.ust.teng.

Portal gipertenziya – simptomlar yig'indisi bo'lib, dorvoza venasida qon aylanishining o'zgarishi va portal bosimning ortishi bilan xarakterlanadi. PG – jigarining tug'ma va ortirilgan diffuz kasalliklari, tug'ma nuqsonlar, portal tizimnin magistral va tarmoqqon tomirlari, yoki jigar venalari trombozi hisobiga rivojlanadi.

Portal qon aylanishi sxemasi: 1 — taloq venasi; 2 — nijnyaya bryjeychnaya vena; 3 — verxnyaya bryjeychnaya vena; 4 — kopka venasi; 5 — jigar qon tomirlarini tarqalishi; 6 — jigar venasi; 7 — pastki kovak vena.

12 rasm Jigar venoz tuzilishi sxemasi:



Hozirgi davrda oshqozon va qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketishda diagnostikasi va davolash shoshilinch bolalar xirurgiyasining dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Bu esa bunday bemorlarni davolash usullarini hozirgi zamon tendensiyalari, ya'ni oshqozon va qizilo'ngach venoz kollaterallarini topografik anatomik o'ziga xosligiga tayangan holda olib borishga qaratilgandir. Adabiyotlarda mualliflarning fikricha bolalarda oshqozon va

qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketish 95% – 98% hollarda portal gipertenziya sindromi oqibatida yuz beradi.

Patsiora M.D. tomonidan 1974 yilda portal gipertenziyaning quyidagi sinflanishi taklif qilingan:

I. Portal qon aylanishining jigar ustki kamali:

1. YUrak hisobiga kelib chiqqan PIK sirrozi;
2. Kiari kasalligi (jigar venalari trombozi)
3. Badda-Kiari kasalligi

II. Portal qon aylanishining jigar ichi kamali.

1. Turli formadagi jigar sirrozi (portal, nekrozli, billiar, aralash).
2. Jigar o'smalari (qon tomir o'smalari, parazitari o'smalar).
3. Jigar fibrozi (portal, chandikli, travmadan so'ngi, chegarali yalliglanish).

III. Portal qon aylanishining jigar osti kamali.

Dorvoza venasi yoki uning tarmoqlari trombozi, obliteratsiyasi, flebosklerozi, tug'ma stenozi va atreziyasi, o'sma va boshqa hosilalar hisobiga qisilib qolishi.

IV. Aralash formasi.

1. jigar sirrozi, darvoza venasi trombozi.
2. Darvoza venasi trombozi , jigar sirrozi.

Portal gipertenziyaning bosqichiga ko'ra:

1. Kompensatsiya bosqichi (portal bosimning qisman ortishi, jigar ichi qon aylanishining kompensatsiyasi, splenomegaliya va gipersplenizm mavjud yoki yo'q).
2. Subkompensatsiya bosqichi (portal bosimning yuqoriligi, splenomegaliya, qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi va qon ketishsiz. Jigar ichi qon aylanishining keskin buzilishi).
3. Dekompensatsiya bosqichi (splenomegaliya, qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi va qon ketishsiz. Jigar ichi va markaziy qon aylanishining keskin buzilishi).

Etiologiyasi. Portal gipertenziya sindromi polietologik xastalik bo'lib, buning ruyobga kelishida ko'pgina sabablar bo'lib, ularning barchasi portal tizimda qon

aylanish jarayonini buzilishiga olib keladi. Ko'pgina sabablar orasida, portal gipertenziyaga olib keluvchi patogenetik mexanizm sifatida jigar sirrozi asosiy urinni egallaydi. Virusli gepatit bolalarda 70-80% gacha sirrotik transformatsiyalaydi. Sirrozga olib keluvchi yukumli kasalliklardan Uta kam foizni (3% - barcha bemorlarga nisbatan) tashkil etuvchi xolat chakalok va ko'krak yoshida uchraydigan ut yo'llarini tugma atreziyasi tugma gepatit va fibroz bo'ladi. Ilmiy izlanuvlar shuni ko'rsatadiki, ko'pgina xolatda sirrozga olib keluvchi sababni aniqlash mumkin bo'lmasligi ko'rsatmokda. Bunday xolatlar sabab sifatida: bemorlarda gepatit xastaligining atipik kechishi: sariklik bo'lmasligi yoki noaniqrok bo'lishi. Mavjud adabiyotlarda berilgan ma'lumotlarga kura, ayrim bemorlarda sirroz, hamda magistral tomirlarda blok bo'lmagan xolda ham portal gipertenziya sindromi kuzatiladi. Taniqli gepatixirurglarni izlanishlari natijasida jigarda sirroz bo'lmagan va magistral tomirlarni normal xolatida bemorlarning portal tizimi hamda markaziy gemodinamikasida katta o'zgarishlar namoyish bo'ladi. Bunday xolatga olib keluvchi sabablar quyidagilar: ichaklar, taloq, oshqozon, oshqozon osti bezlarida arterio-venoz shuntlarning funksiyalanishi tufayli kelib chiqqan arteriovenoz etishmovchiligi. Jigardan tashqiri shakildagi portal gipertenziyaga olib keluvchi sabablar, bolalarda ko'p kirrali va har xildir. Bunday sabablar sifatida quyidagilarni ko'rsatish mumkin: darvoza vena tizimidagi tugma nuqsonlar, chakaloklarda kindik sepsisi flebit, darvoza venasini chandiklar natijasida stenozi va boshkalar.

Patogenez: Darvoza venasi tizimida bosimning ko'tarilishi, har xil shakildagi portal gipertenziya sindromi uziga xosligiga ega. Agarda jigardan tashqiri shaklidagi portal gipertenziasining patogenetik mexanizmida asosiy sabab qon aylanishga tuskilik kiluvchi mexaniq faktor bo'lsa, jigar ichi shaklidagi portal gipertenziya sindromining gistogenetik mexanizmi xaligacha to'la aniqlangan emas.

Jigar sirrozida uchta protsess bir vaqtda namoyon bo'ladi bular:

1. Gepatotsitlar nekrozi

2. Jigar to'qimasi regeneratsiyasi okibatida yolg'on bulaklar xosil bo'lishi yani bu regeneratsiya okibatida jigarni normadagi morfologik tuzilishini bo'lmasligi

3. Kushuvchi to'qimaning usishi

Jigar sirrozi portal gipertenziyaga olib kelgan xolda, jigar qon tomirlarida katta o'zgarishlar ro'y beradi. Bunday ahvol gidrodinamik qonunlari nuqtai nazaridan sirrozda kuzatiladigan jigardagi qon tomirlarning o'zgarishi, qonning oqishida gidrodinamik qarshilikning kuchayishi urniga, aksincha uning pastlashiga olib keladi. Bu xolat portal tizimida bosimning pastga tushishiga olib kelishi kerak, ammo aslida uning teskarisi kuzatiladi - portal bosim ko'tariladi. YUqorida ko'rsatilgan xolatni taxlili, jigar sirrozi fonida shakillangan portal gipertenziyani organizmning kompensator faoliyati deb va u sirroz natijasida sirkulyator buzilishlarini urniga tushirish, jigarning etarli darajada kislorod, ozuka moddalari bilan ta'minlashga qaratilgan. Bu jigar xujayralarini xalokatdan saklab koladi. YUqorida ko'rsatilgan gemodinamik o'zgarishlar, sirrotik o'zgarish natijasida kuzatiladigan organizmning kompensator faoliyatidir Darvoza venasi tizimida kuzatiladigan uzoq muddatli yuqori qon bosim natijasida, portakoval tizimidagi mavjud va yangidan shakillangan kollateral tomirlar kengayadi. Darvoza venasi .v cava inferior va surerior lar bilan quyidagi yo'llar orqali bog'langan.gastroezofagal yo'li orqali yuqorigi gemoroidal venasi orqali 3. buyrak atrofidagi vena orqali qorin pardasi orqa qismidagi hamda mediostinal qon tomirlari orqali.

Ko'pchilik xolatlarda gastroezofagal tomirlari orqali kollateral qon oqish kuchayishi kuzatiladi. Portal gipertenziyada uchraydigan barcha kollaterallarni quyidagi ikkita guruxga bo'lish mumkin:

1. Muxofazalik - ya'ni varikoraalik ya'ni varikoz kengayishga duchor bulgan vena tomirlarning usullar, aponevrozlar bo'ladi. Bunday xolat qon tomirlan qon ketishiga atrofida muskullar, yo'l qo'ymaydi. Tomirlari. Bu tomirlari shikastlanish natijasida qon sirrozi natijasida qoni tizimida qon bosimi kattalashishigiga olib

kela xofazalanmagan, bu gastroezofagal va gemorroilal sohasidagi vena. Bu tomirlar shilliq qatlamnin tagida joylashgan bo'lib engil manjasida qon ketishi mumkin. Qon ketishga moyil xolat bo'lib, jigar xujayrasida akasida qonning ivish xususiyatini buzilishi bo'ladi. Darvoza venasi qon bosimning ko'tarilishi taloqda qon dimlanishiga va uning shishiga olib keladi. Portal gipertenziya sindromida splenomegaliya buning asosiy klinik alomati sifatida bo'ladi. Jigar ichi portal gipertenziya sindromida yana bir alomat sifatida assitni ko'rsatish mumkin. Bunday ahvolda jigar funksiyasi buzilgan bo'lib, ayniksa oksil shakillantiruvchi funksiyasi buziladi. Assitning patogenetik mexanizmi ikkita faktor bilan bog'liq: qon zardobida oksilning umumiy xajmining pastligi, hamda oksilning sifatidagi elektrolit balansida keskin o'zgarish kuzatilishi. Bu fonda portal tizimida bosimini ko'tarilishi assitga olib keladi. Assitning patogenetik mexanizmida qorinpardasining suruvchanlik faoliyati susayishi bilan, qon tomir devorlarining utkazuvchanligi kuchayishi(per diapedesin) kuzatiladi. Ayrim xollarda endotelial membrananing utkazuvchanligi kuchaygan bo'lib, reabsorbsiya funksiyani to'xtalishi assitni kuchayishiga olib keladi. SHuni inobatga olish lozimki, yuqorida ko'rsatilgan sabablarning har biri assitga olib kelishda barcha faktor mavjud bo'lishi kerak. Masalan, jigar tashqirisi portal sindromida darvoza tizimida bosim ko'p bo'lishiga karamasdan assit kuzatilmaydi, chunki jigar funksiyasi buzilmaydi. Portal giperteziyaning nisbatan ko'p uchraydigan, bemor xaetiga xaf tugdiradigan asoratlardan biri bo'lib Qizilo'ngach va oshqozondan qon ketishini ko'rsatish mumkin. Bu asortaning tashxisi va utkir qon oqishidagi to'g'ri xirurgik taktikani kullash, portal gipertenziya sindromini davolashdagi eng muhim davolash tarkibi xisoblanadi. Varikoz kengaygan vena tomiridan qon ketishga sabablar quyidagilar:

1. Portal tizimida gipertonik kriz:

2. Oshqozon va Qizilo'ngachning shilliq qatlamidagi qon aylanish jarayonining buzilishi tufayli erroziya, eki yara sifatida shakillangan patologik o'zgarish.

3. Jigardagi funksional buzilish tufayli ro'y bergan, koyaning ivish xususiyatini buzilishi.

Pediatriya amaliyotida jigar ichi va jigardan tashqiri portal sindromida qon ketishi bir xil emas. Mavjud adabiyotlarda jigardan tashqiri shakildagi portal pertenziyada qon ketish ko'prok uchraydi degan tushuncha mavjud. Ammo, O'zbekiston sharoitida bugungi kunda gepatit xastaligi nisbatan ko'p uchraganligi tufayli, uning sharoitimizda jigar ichi shaklidagi portal gipertenziya sindromidan qon ketish etarli darajada uchrab turadi.

Klinikasi: Qon ketishdan oldingi 1-2 kun davomida bemorning umumiy ahvoli o'zgaradi. Bemorda kam quvvatli, o'zini emon xis qilishi, ko'pgina xolatda epigastral sohasida og'riq, ko'ngil aynishi, xattoki ichning suyuq o'tishi kuzatiladi, harorati 39-40 gacha ko'tariladi. Bu uziga xos prodormal xolatni ko'pgina orlar utkir respirator xastaligi, eki gripp deb davolaydilar, bemorlar og'irlashadi. Bemorda tana harorati ko'tarilganda pediatriklar utkir respirator xastaligi, yoki gripp deb davolaydilar. Bemorni ahvoli progressiv og'irlasha boshlaydi: kam quvvatlilik yana kuchayadi, teri va kurinuvchi shilliq qatlamlar okaradi, chankash, og'iz kurishi u (sklera)da sargichlik xolati kuzatiladi. Taxikardiya kuchayadi, pulsning tarangla sustlashgan, arterial qon bosimi pasayadi. Keyinchalik ro'y beradiganki alomatlar gemorragik shaklning dinamik kuchayishi bo'ladi. Bu ahvolning absolyut alomati - qon ketishi va natijada lolasimon qon bilan qayt qilish "kofe qo'yiqligi"ga o'xshash massa bilan qayt qilishdir. Qayt qilish refleksi oshqozonni qon bilan qisqa muddatda tulishiga, bogli shuning uchun ham qayt massasidagi qon mutlako o'zgarmagan bo'ladi. Qon ketishidan bi necha soatdan keyin bemorda koramtir axlat chiqishi aniqlanadi. Profuz qon ketgan esa, bir necha soatlardan keyin, orqa chikaruv teshigidan "malinasimon" massa chiqa boshlaydi. Jigar sirrozi fonida kuzatilgan qon ketishi tufayli bemorlarda bir necha soatlardan keyin jigar etishmovchiligiga xos klinik alomatlar kuzatiladi. YUqorida ko'rsatilgan klinik almatlarni inobatga olgan xolda to'g'ri tashxislash xech kandy kiynchilik tugdirmaydi. Ammo qon ketishi birinchi marta bemorning ahvoli to'la sog'lomligida ro'y bersa, tashxislash jarayonida bir muncha kiynchilik ro'y berishi tabiiy xol. Bunday xollarda, tashxis jarayonini to'g'ri o'tkazishda ikkilamchi Klinik alomatlarni inobatga olish muvaffaqiyatlar garovi bo'ladi. Bular ko'krak

qafasi va qorin devori oldingi sohalarida varikoz kengaygan teri osti venalar, kattalashgan taloqdir. Klinik alomatlarini diqqat bilan urganish, qayt massasini, axlatning xususiyatini yaxshi urganish to'g'ri tashxis manbai bo'ladi. Agarda tashxisda katta kiynchilik to'g'lsa ezofagogastroskopiya qilish tashxisga aniqlik kirgizadi. Endoskopik tekshirishga imkoniyat bo'lmasa rentgenokonstrast tekshirish uslubidan qo'llaniladi.

Klinik belgilar:

Portal qon aylanishining jigar ustki kamali: jigardan qon oqib ketishining buzilishi natijasida (Baddi-Kiari sindromi) jigarda diffuz va distrofik o'zgarishlar kuzatiladi. Gepatosplenomegaliya, jigar qattiq, chetlari o'tkirlashgan. OKVKV, gipersplenizm.

Portal qon aylanishining jigar ichi kamali: kasallik ko'prok o'g'il bolalarda uchraydi, o'rtacha yosh 7-14 yoshni tashkil qiladi.

Anamnez. Virusli gepatit "V", "D", "S" va surunkali gepatit bilan davolangan bemorlar bo'lib, bir necha marta qaytarilganligi aniqlanadi.

SHikoyatlari: Kuchayib boruvchi holsizlanish, tez charchash, bosh og'rishi. Uyquchanlik, jigar va taloq sohasidagi engil og'rik, ishtahasining sustligi, meriorizm, qabziyat. Bemorning ozib ketishi kuzatiladi, teri quruqshigan, qorin sohasidagi venalarning yaqqol ko'zga tashlanadi. YUlduzchali qon-tomir toshmalari – teleangioektaziyalar aniqlanadi. Qo'l kaftining terisi qizil marmarsimon tusga kiradi. Bu holat jigarning kuchli zararlanish belgilari xisoblanib, assit qo'shilishi bilan bemor umumiy ahvolini yanada og'irlashtiradi. Jigar kasallik boshlanishida bir oz kattalashishi kuzatilsada, aksariyat bemorlarda jigar o'lchamlari kichrayadi. Jigar yuzasi notekis, qirg'oqlari o'tkirlashgan bo'ladi. Talonning kattalashishi barcha holatlarda kuzatilib, splenomegaliya- portal gipertenziyaning birinchi simptomlaridan xisoblanadi.

Tahlillar: klinik tahlilda anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, kabi o'zgarishlar aniqlanadi. Bu o'zgarishlar taloq funksiyasi buzilishi bilan bog'liq (gipersplenizm)

Bioximik tahlillarda: transaminaza, bilirubin miqdorining ortishi, oqsil fraksiyalarining buzilishi (disproteinemiya)

Oxirgi bosqichlarida splenomegaliya bilan birgalikda darvoza vennisidagi bosimni ortishi hisobiga qizilo'ngach venalarini qorin oldi devori venalarini varikoz kengayishi, bemorning teri-shilliqqavatlarini sarg'ayishi, assit kuzatiladi. Qizilo'ngach va oshqozon venalarini varikoz kengayishi portal qon-aylanishining subkompensatsiya bosqichidan dalolat beradi. Varikoz kengaygan qon-tomirlardan qon ketishi, portal gipertenziyaning eng yomon asoratlaridan biri bo'lib, bemor umumiy holati bir tomondan qon ketish hisobiga bo'lsa, ikkinchi tomondan jigardagi patologik holatni kuchayishi hisobiga og'irlashtiradi.

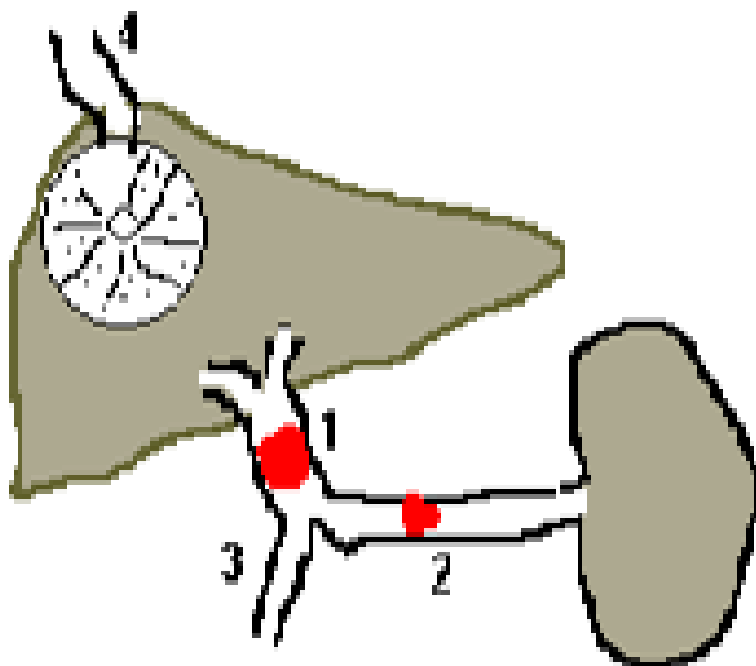
Jigar tashqi portal gipertenziya klinik belgilari

Jigar ichi portal gipertenziya sindromi klinik belgilari har-xil va asosan jigar holatiga bog'liq bo'lsa, jigar tashqi PG klinikasi ko'proq bir xil ko'rinishda bo'lib jigar holatiga bog'liq bo'lmagan holatda rivojlanadi. Asosiy sababi darvoza venasi, uning tarmoqlari va qora taloqvenasi tug'ma nuqsonlari va atrofdagi boshqa kasallik hisobiga rivojlanadi.

-jigar tashqi PG ko'proq 2 xil ko'rinishda keladi :

- 1.Splenomegaliya – gipersplenizm bilan yoki gipersplenizmsiz.
- 2.Splenomegaliya – gipersplenizm va qizilo'ngach, oshqozon venalarini varikoz kengayishi bilan.

Tugma jigar fibrozi: irsiy xastalikdir. Xastalikning birinchi belgilari Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketish bo'lib, tekshirilganda gepatomegaliya, splenomegaliya, gipersplenizm bilan kuzatilishi mumkin

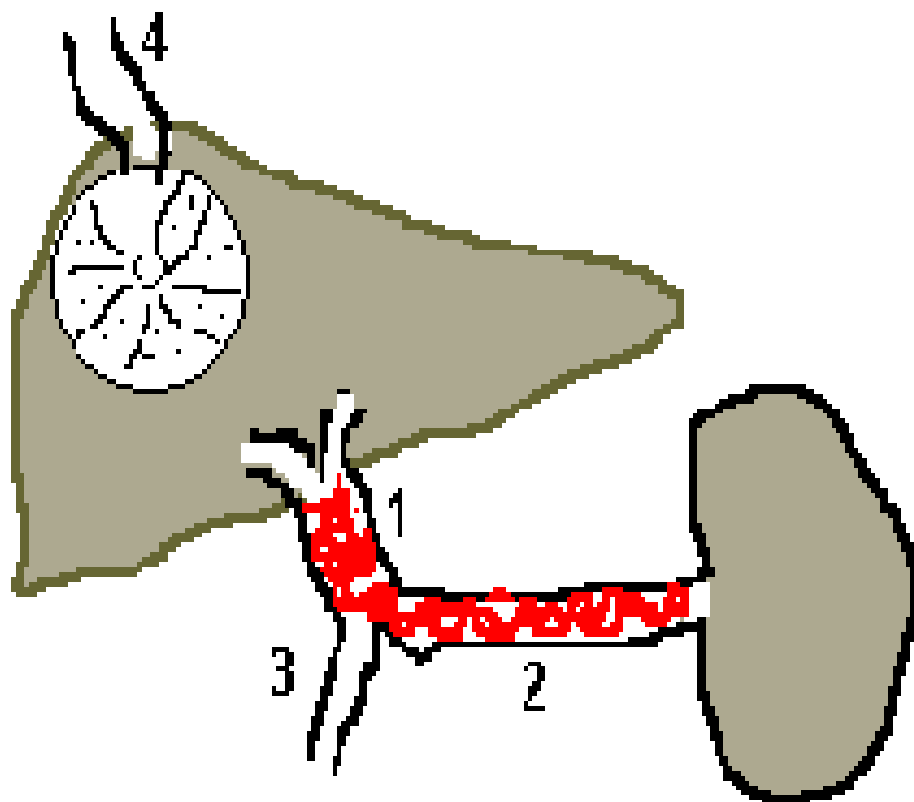


13 rasm Darvoza(taloq) venasi trombozi:

Bunga olib keluvchi faktorlar: qon harakatini sekinlashishi, qon bosimni pasayishi, darvoza venasini tashki tomondan bosib koluvchi xastaliklar hisobigadir.

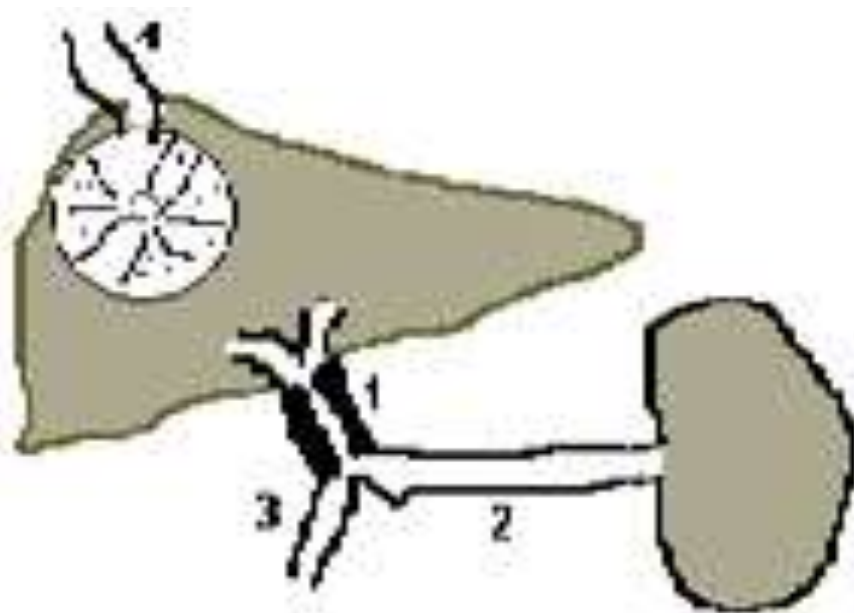
Darvoza venasiangiomatozi : buda darvoza va taloq venalari ichida kavernaga uxshagan xosila paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi bu-rekanalizovannыe troblardir.

Kavernamatozni ikki xil turi bor: tugma va orttirilgan. Klinikasi venalari ichida kavernalar xosil bo'lishiga namoyon bo'lib, portal gipertenziyaga xos klinik belgilarni beradi. Tashxisi UTT lari kovernoz trasformatsiyalarni kurish mumkin.



14 rasm

Darvoza venasini atreziyasida portal gipertenziya bolalik yoki o'smirlik yoshida namoyon bo'lib, bu bemorlarda anamnezda jigar xastaliklari utkazganligi aniqlanmaydi.



15 rasm

Bemor bolalarda kichik yoshdanoq splenomegaliya kuzatilib, birinchi belgilari Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketish bilan xarakterlanadi. UTT ganda darvoza venasini torligi aniqlanadi va angiografik tekshirishlarda bu tasdiklanadi.

Darvoza venasini bosilib kolishibuning sabablari: har xil o'smalar, oshqozon osti bezi kistasi, jigar darvozasi sohasida limfatik tugunlarni kattalashishi, jigarni birlamchi o'smalarida. Juda kam holatlarda uchinchi variant splenomegaliya – gipersplenizm, qizilo'ngach- oshqozon venalarini varikoz kengayishi va qon ketishdan keyingi assit ko'rinishida kelishi mumkin. Kasallik ko'proq 7-yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'p uchraydi va eng birinchi asosiy simptomlaridan biri splenomegaliya xisoblanadi. Ayrim bemorlarda birdaniga qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketishini boshqa kasalliklar hisobiga degan diagnostik xatolar qilinadi. Sababi splenomegaliya va qon ketishgacha bo'lgan vaqtda PG ning klinik belgilariga kam e'tibor beriladi .Ayrim holatlardagi bemorning umumiy kamquvvatlikka, chap qovurg'a ostidagi og'riqqa, burun va milklardan qon ketishiga bo'lgan shikoyatlari boshqa diagnoz bilan davolanadi. Demak jigar tashqi portal gipertenziasining asosiy simptomlari-splenomegaliya, qizilo'ngach venalarini varikoz kengayishi birdaniga va ko'p qon ketishi bilan xarakterlanadi. PG ning bu turida qorin oldi devori venalarini kengayishi kamroq kuzatiladi. Jigar ko'pincha o'z holicha yoki biroz kichraygan holatda bo'ladi. Bemorlar qon ketishigacha va qon ketish oraliq vaqtlarida o'zlarini qoniqarli sezadilar. Kasal holati anemiya, gipoproteinemiya, leykopeniya, trombositopeniya va assit hisobiga og'irlasha boradi. O'lim holatlari qon ketish hisobiga va ayrim holatda portal sistemasi trombozi hisobiga kelib chiqadi. PG ning aralash formasida klinik belgilari asosan jigar holatiga bog'liq bo'ladi.

PG DIAGNOSTIKASI :

1. Anamnez, shikoyati, ob'ektiv ko'rinishi
2. Qon umumiy taxlili :anemiya, leykopeniya, trombositopeniya va qonning ivish vaqtini pasayishi kuzatiladi .

Qon bioximik taxlilida:jigar sinamalari ALT, AST, bilirubin aniqlanadi.

- Oqsil fraksiyalari aniqlanadi : al'bumin , globo'lin , protein indeksi (PTI , fibrinogen , fibrin – aktivligi aniqlanadi .

Umumiy oqsil aniqlanadi. Plazmaning geparinga bo'lgan talerantligi aniqlanadi .

INSTRUMENTAL TEKSHIRISHLAR

Splenoportografiya Splenomonometriya : Maqsad –portal sistemadagi bosimni aniqlash, portal sistema va jigardagi vena qon tomirlar holatini aniqlash .

ko'rsatma : PGning barcha turlarida .

qarshi ko'rsatma: surunkali gepatitda,buyrak funksiyasi buzilganda qonning ivuvchanligi buzilganda .

Splenoportografiya umumiy og'riqsizlantirish ostida, rentgen xonasida yoki maxsus xonada o'tkaziladi .

Kerakli jihozlar : val'tman apparati, steril salftkalar, uprints, kontrast modda uchun igna 0.25% novokain va kontrast modda .

Kontrast modda – urografin , triombrast , diadon 60 – 76 % li

bemor holati : Gorizontal holda chalqancha yotqiziladi, chap qo'li yuqoriga ko'tarilgan holatda Agar taloq katta o'lchamda bo'lsa IX – X – qovurg'alar oralig'idan oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha, agar taloqo'rtacha kattalikda bo'lsa, IX-X-qovurg'alar oralig'ini o'rta qo'ltiq osti chizig'idan 0,25 % novokain eritmasi bilan teri- teri osti yog' kletchatkasi og'riqsizlantirilib, punksiya qiladigan igna bilan taloq to'qimasi punksiya qilinadi. Punksiya qilinayotgan vaqtda bemor apnoe holatida bo'lishi shart. Igna bemor tanasiga perpendikulyar holatda yuboriladi. Ignada qon tomchisi paydo bo'lishi ignani taloqto'qimasi ichidaligidan dalolat beradi. Ignani taloqda ekanligiga ishonch hosil qilingandan so'ng val'tman monometri ulanadi va bosim o'lchanadi.

SHundan so'ng 20 ml kontrast igna orqali yuboriladi. Rasmga 3-4soniya ichida olinadi. Kerakli surat olingandan so'ng, igna bir harakatda tortib olinadi. Punksiya qilingan joy steril sal'fektada ushlab turiladi. Qorin oldingi devori tomonidan jarroh chap qo'li bilan taloqni ezib turadi . Splenoportografiyaning eng asosiy asorati taloqqa igna orqali travma berilganda qon ketishidir. Splenoportografiyadan keyin bir sutka davomida qonning ivuvchanligi va

gemoglobin ko'rsatkichi har uch soatda tekshirilib turiladi. Patologik jarayonning qaerda joylashganligi splenoportogrammada aniqlanadi .

Poliklinika sharoitida vrach pediatrining davolash taktikasi: Vrach pediater birinchi navbatda oshqozon ichak yo'llarist qon ketishini xirurgik eki noxirurgik xastaliklar o'rtasidagi farqni ularning klinik alomatlarini, anamnestik ma'lumotlarini to'g'ri taxlil qilish asosida to'g'ri kiyosiy tashxislab asosida birini ikkinchisidan ajratishi lozim.

Angiografiya. Xozirgi zamon angiografiyasida tulik tashxis quyish uchun juda kulay tekshirish usuldir. Angiografiyada kollateral qon harakatini baxolash, vitseral tomirlar anatomiyasini o'rganish imkoniyatini beradi.



16 rasm

portal gipertenziya sindromini tashki shakli bilan xastalangan bemor bola Splenoportografiyasi kurinib turibdi – kontrast moddani taloqqa yuborilgani, taloq venasida kontrast kurinmayotgani (qoni retrograd harakatlanayotgani tufayli), qorin parda orti sohasidagi kollateraliallar (1) bular orqali.

Jigar tashqi PGda splenoportogramma ko'rinishi blokning qaerda joylashganligiga bog'liq. Portal qon aylanishining quyidagi variantlari mavjud:

1. Jigar osti bloki

2. CHegaranmagan taloq vena akklyuziyasi
3. Ikkilangan blok .
4. Portal sistemani total trombozi .

Jigar ichi PG formasida rentgen surat quyidagicha aniqlanadi: Portal sistema qon tomirlari o'tkazuvchanligi saqlangan va qon-tomirlar kengaygan bo'ladi. Taloq venasida qo'shimcha deformatsiyalangan darvoza venasi bilan umurtqa pog'onasidagi burchak ozaygan bo'ladi. Jigar ichi qon tomirlari kamaygan. Kesilgan shox sifatida jigar soyasi kichraygan va marmarsimon ko'rinishda bo'ladi .

Mezenterioportografiya – angiografik tekshirishlardan biri bo'lib, bunda qorin bo'shlig'i qon tomirlari arxitektonikasini yaqqol ko'rsatib beradi.



17 rasm Mezenterioportografiya –portal gipertenziyani jigar tashki turida yuqorigi ichak tutqichi arteriyasiga kontrast modda yuborilib, venoz bosqichi ko'zdan kechiriladi.

YUqoridagi rasmda 1- “ darvoza kavernomasi” yaqqol kuringan bo'lib, 2 – darvoza venasini jigar ichi tarmoqlarini birlashishi, 3 – darvoza sohasida venoz

qonni oshqozon va qizilo'ngach devoridagi kollateralilariga tarqalishi kurinib turadi

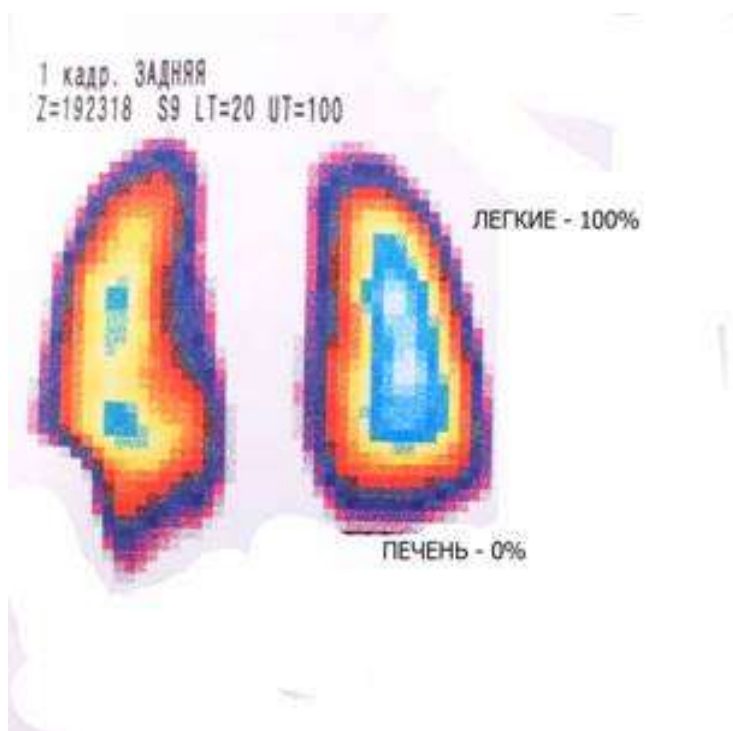
I . to'g'ridan to'g'ri portografiya :

Umumiy og'riqsizlantirish ostida laparotomiya qilinib taloq venasiga , oshqozon karonar sistemasiga, mezenterial venaga to'g'ridan to'g'ri kontrast yuborib tekshiriladi .

II . seliakografiya

Boshqacha aytganda selektivangiografiya deb ataladi.Bunda chrevnoy arteriya orqali kontrast yuborilib jigar va taloqholatlari aniqlanadi .

III. radioizotopli skanirlash .Bu tekshirish usulida portal gemodinamikani soni aniqlash mumkin bo'ladi. Radioizotopli splenoportografiyada taloqdan yuborilgan radiofarm preparat – texnetsiy sog'lom bolalarda jigarda suriladi, portal gipertenziya sindromi har xil turlarida, preparatning malum bir qismi jigarga emas, kollateriallar orqali o'pkaga tushadi. SHunday qilib bu tekshirish usulida kollateriallarga oqqanlik xajmiga baho berish mumkin.



18 rasm Radioizotopli splenoportografiyada – portal gipertenziyadagi o‘pka (100) va jigarda(0%) radiofarmpreparatning tipik tarqalishi

Bu tekshirishni asosiy maqsadi jigar to‘qimasining qanchalik zararlanganligiga qarab kimyoviy birikma moddalarni o‘zida ushlab qolish xususiyatiga asoslangan .

IV . rentgenografiya .

Bu tekshirishdan maqsad kontrast modda orqali qizilo‘ngach va oshqozon shilliqqavati venalarining qay darajada o‘zgarganligini aniqlash .

IV . ezofagogastroskopiya .

Bu tekshirishda alohida tayyorgarlik talab qilinadi. Bolalarda umumiy og‘riksizlantirish ostida o‘tkaziladi va qizilo‘ngach hamda oshqozondagi kengaygan venalarni qay darajadaliqi aniqlanadi .

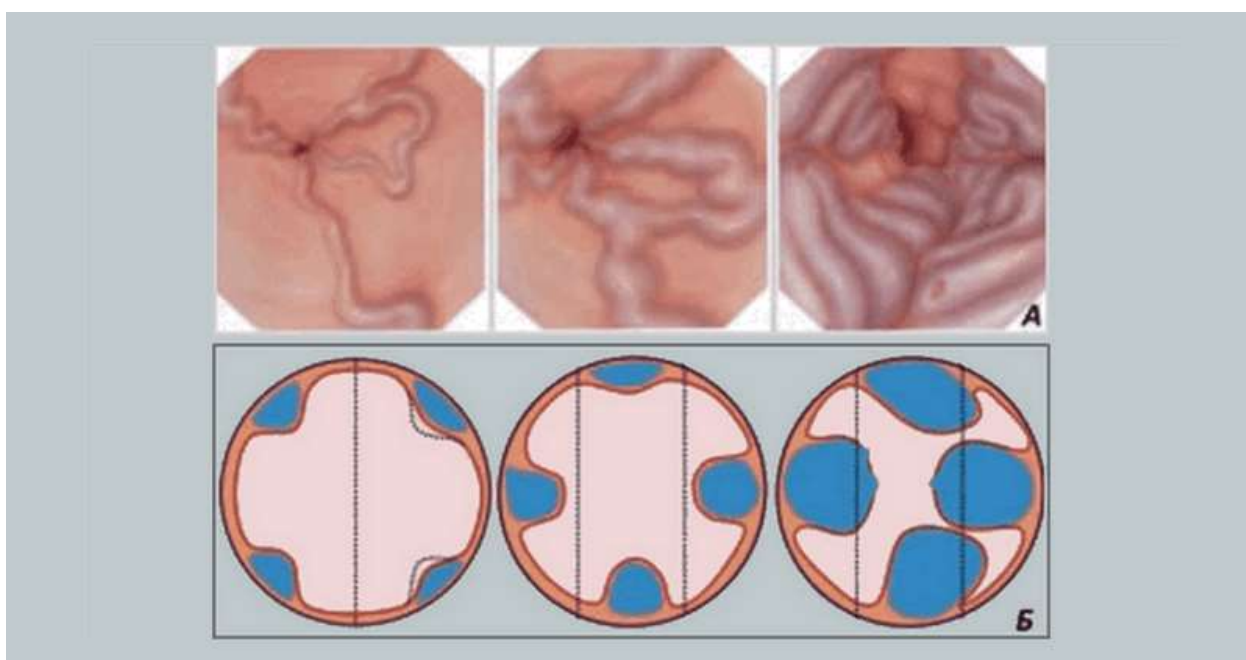
SHERSINGER A.G. (1986 y) buyicha SINFLANISH

Har xil darajadagi gastropatiya, kon tulishlar, oshqozon shilliq qavatini giperemiyasiga karab baxolanadi.

I-Daraja – 0,1 – 0,2 sm

II- Daraja – 0,3 – 0,4 sm

III- Daraja – 0,5 va undan yuqori



19 rasm Har xil darajadagi gastropatiyalar

VII. BIOPSIYA

Ikki xil variantda o'tkaziladi

1 . Punksiyali biopsiya – maqsad jigar morfologik holatini aniqlash , tashxis ko'yish va taqqoslama tashxis o'tkazish . bu usilda Sil'verman va Menginin ignasidan foydalaniladi .

2 . Kesmali biopsiya – umumiy og'riqsizlantirish ostida laparotomiya qilinib, jigar o'ng qirg'og'idan gemostatik chok qo'yilgandan so'ng jigar to'qimasidan kesma morfologik tekshirish uchun olinadi . Bu uslub ko'proq operatsiya vaqtida o'tkaziladi .

Davolash: Davolash uslubini tanlash, qon ketishining davomliligi va intensivligi, yo'qotilgan qonning xajmi, bemorning umumiy ahvoli va sho'nga o'xshash ko'pgina ko'rsatgichlar bilan bog'liq. Barcha bemorlarda birinchi navbatda o'tkaziladigan tadbir – konservativ davolashdir Albatta konservativ davolash bitta bemorda operatsiyaga tayyorgarlik tadbir bo'lsa, ikkinchi bemorda asosiy davolash uslubi bo'ladi. Konservativ terapiya oshqozon ichak yo'llaridan qon ketishida ko'p jihatdan biri ikkinchisiga o'xshash bo'lganligi tufayli ushbu risolani konservativ davolash bilan yakunlaymiz.

Portal gipertenziya sindromida kuzatiladigan qon ketishda qo'llaniladigan xirurgik uslublarga quyidagilar kiradi:

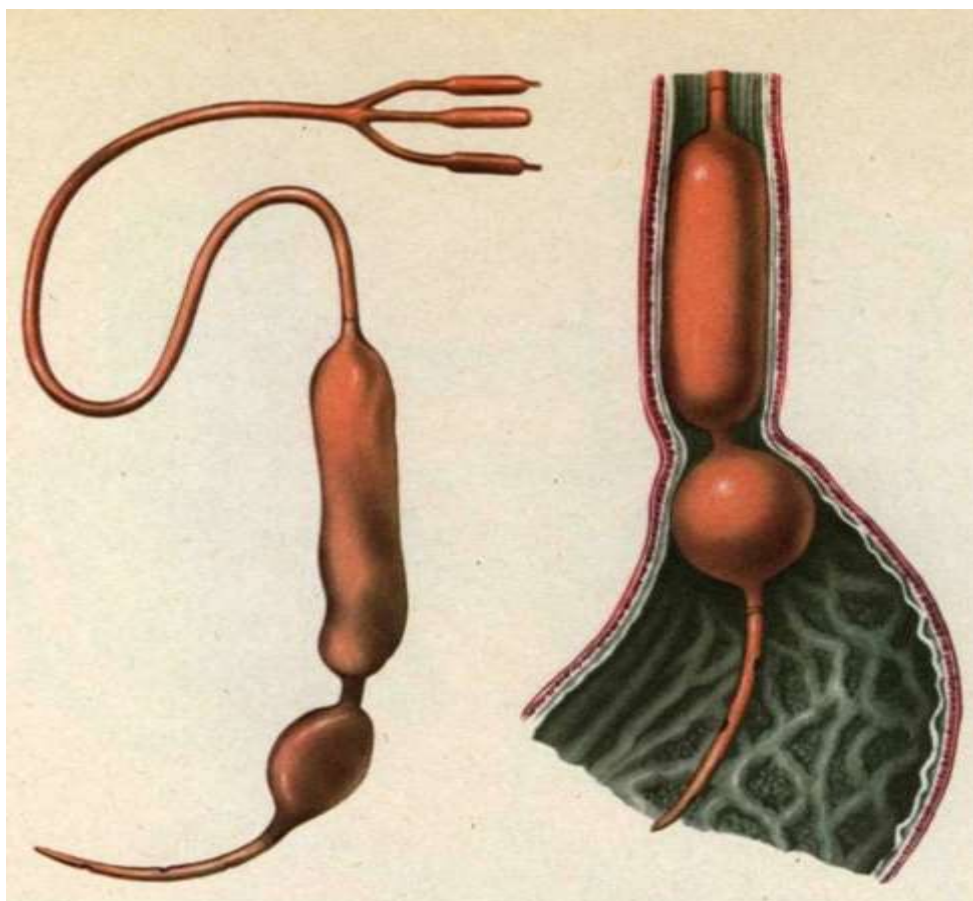
- 1.Qizilo'ngach orqali undagi varikoz kengaygan tomirni boylash:
- 2.Teri ezofageal venalarini boylash- Qizilo'ngach venalariga qonning borish kamaytirishga karatilgan.
- 3.Tanner operatsiyasi - oshqozonning gumbaz qismini to'la rezeksiya qilish yangidan tikish.

Konservativ davolash jarayonida, hamda operatsiyadan keyingi davrda ham funksional faoliyatini yaxshilashga karatilgan tadbir o'tkazish, ukr

etishmovchiliklarining oldini oladi. Oshqozon ichak yo'llaridan qon ketish konservativ davolash.

Konservativ davolash keng ma'noda quyidagi tadbirlarni uz ichiga kamrab olishi lozim.

1. Tinchlik - fakat etish, bemorlarga harakat qilishga hech kandy ruxsat bo'lishimumkin emas.
2. Parxez - birinchi soatlarda, ko'p qon ketishi kaysi sohadan bo'lishiga aramasdan bemorlarni parenteral oziklantirishga o'tkazish lozim.
3. Infuzion talablariga to'la rioya qilingan xolda intensiv infuzion terapiya o'tkazish.
4. Qon to'xtashiga karatilgan medikamentoz, mexaniq, fizik usullardan keng patogenetik asoslangan xolda o'tkaziladigan davolash tadbirlari.



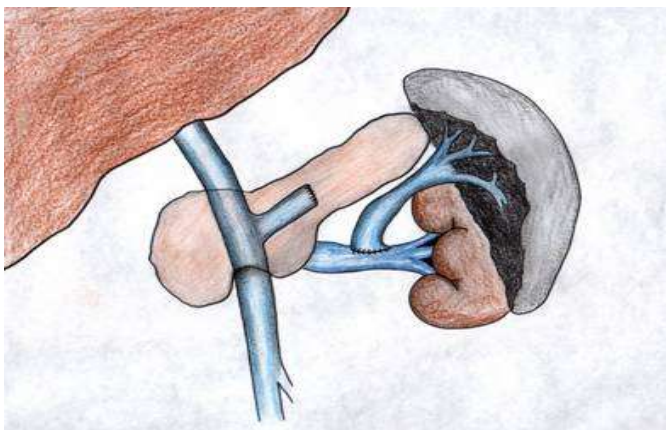
20 rasm Blekmor zondi

Portal gipertenziyani jarroxlik yo'li bilan davolash .

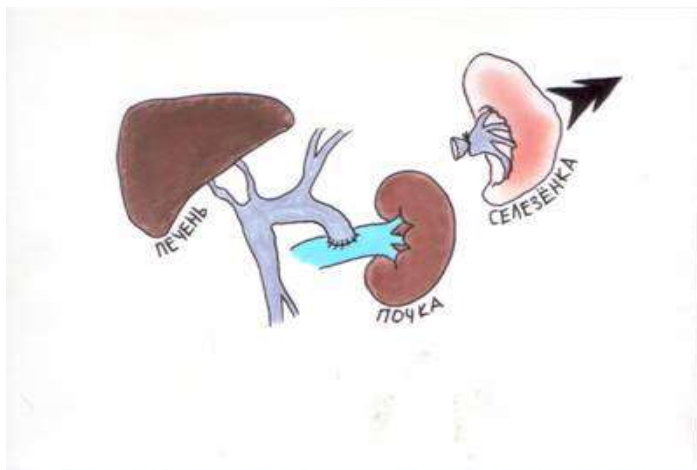
Jarroxlik muolajalarini 5ta katta guruxga bo'lish mumkin

1. Qorin bo'shlig'idan assitik suyuqlikni olishga qaratilgan tashrixlar :

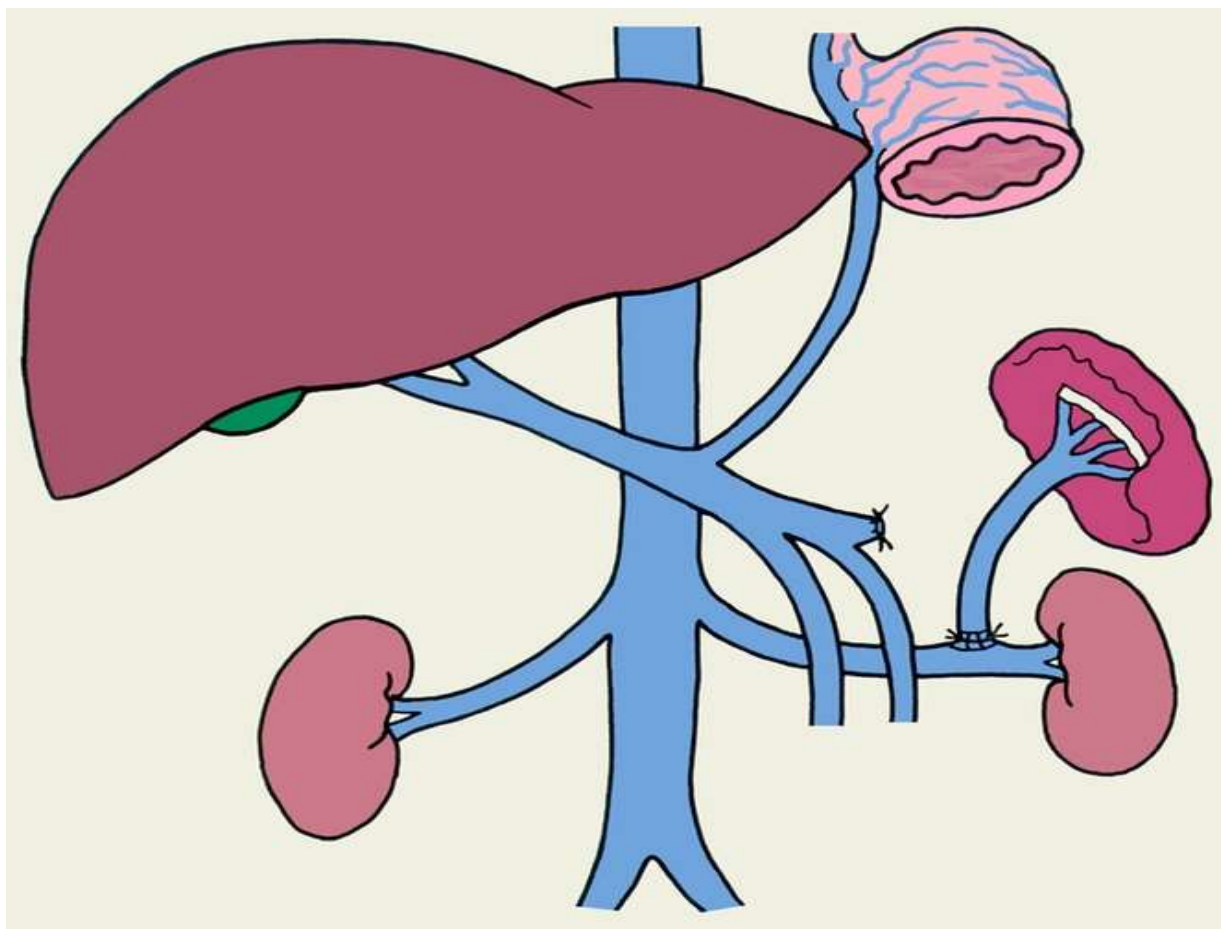
- A) Qorin bo'shlig'ini drenajlash .
 - B) Son teri osti venasi bilan anastomoz quyish .
 - V) Veno –peritonal shunt va boshqalar .
2. Portal sistemadan qonning yangi yo'llar bilan olib ketish operatsiyasi :
- A) Omentopeksiya.
 - B) Organopeksiya .
 - V) Portokoval anastomozlar
3. Portal sistemaga qon kelishini kamaytirish uchun qilinadigan operatsiyalar :
- a) splenektomiya
 - b) arteriyani bog'lab qo'yish .
4. Qizilo'ngach va oshqozon venalari bilan portal sistema venalari orasidagi bog'liqlikni yo'qatuvchi operatsiyalar :
- a) Oshqozon proksimal qismi rezeksiyasi .
 - b) Tannera operatsiyasi .
 - v) Patsera operatsiyasi .
 - g) Oshqozon va qizilo'ngach venalarini bog'lash va tikish operatsiyalari .
5. Jigar regeneratsiyasini va arterial qon aylanishni kuchaytirishga qaratilgan operatsiyalar :
- a) Jigar rezeksiyasi .
 - b) Jigar arteriyasi nevrotomiyasi
 - v) Arterio – portal anastomozlar



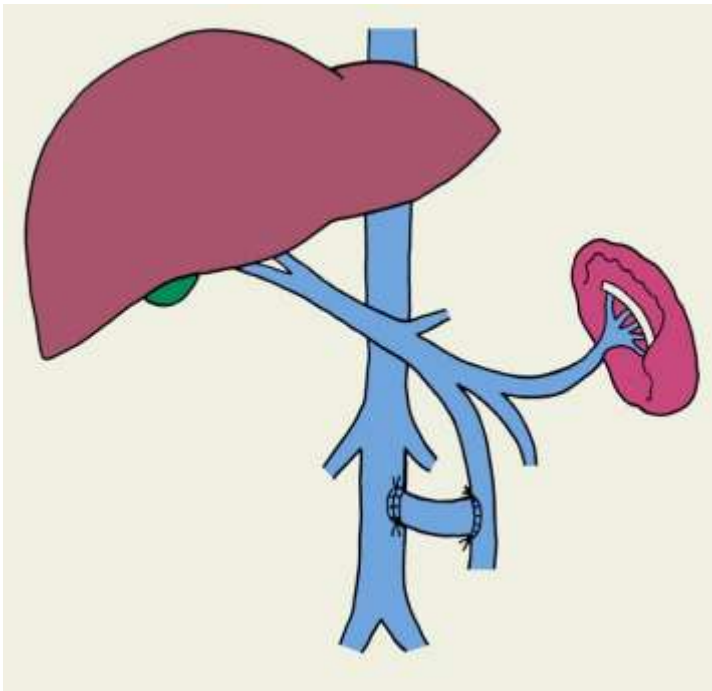
21 rasm



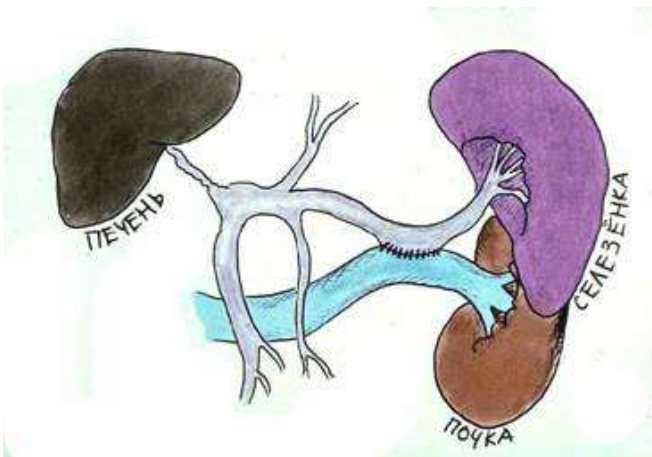
22 rasm Distal splenorenal anastomoz



23 rasm Proksimal splenorenal anastomoz

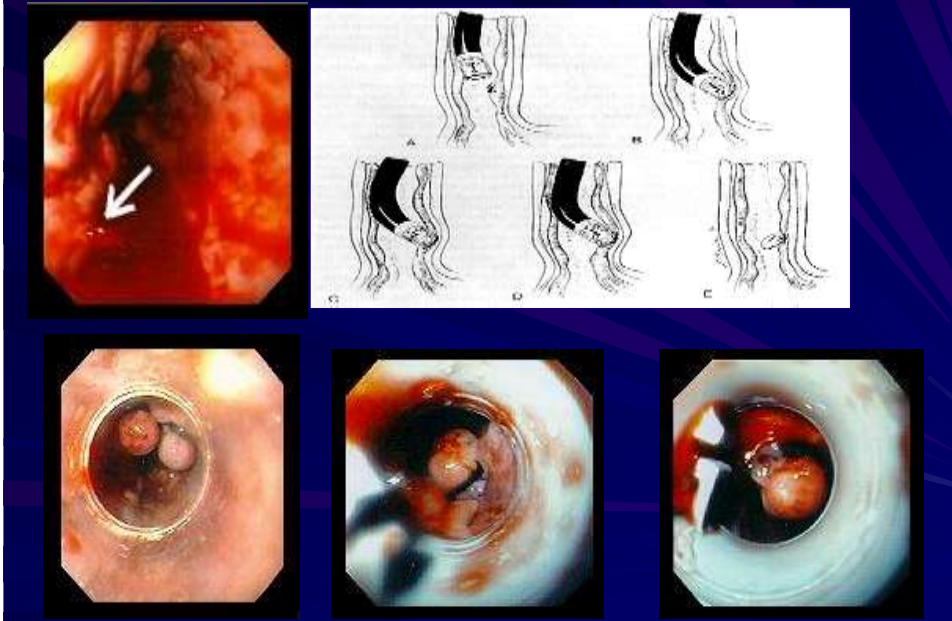


24 rasm mezenteriko-kaval anastomoz (oxiri-yonboshga)



25 rasm YOnma-yon splenorenal anastomoz

Эндоскопик усулда даволаш



26 rasm Endoskopik davolash usuli

Bolalarda PG ni tashxislash va davolashda oshqozon va qizilo‘ngach varikoz kengaygan venalarini endoskopik diagnostikasi va davolashi etakchi bo‘lib qolmoqda.

2. Bu davolash usuli oshqozon va qizilo‘ngach venalaridan qon ketishini to‘xtatishi mumkin.
3. Blekmor zondini bolalarda qo‘llash ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda zondga nisbatan murossasizlik, qiyinchilik tug‘diradi.
4. YUqoridagi inobatga olgan holda bemordagi komfort holatni inobatga olgan holda, Blekmor zondi qo‘yilib qizilo‘ngach venalaridan ketayotgan qon to‘xtatish konservativ davo choralaridan to‘liq voz kechsa bo‘ladi deyish mumkin.



27 rasm tips operatsiyasi va chap oshqozon venasi embolizatsiyasi

OSHQOZON VA 12 BARMOQ ICHAK YARA XASTALIGI

Me'da va 12-barmoqli ichakdan qon ketish.

Yara – shilliq qavatning atrofi giperemiyalangan, shishgan devorcha bilan o'ralgan, oval yoki dumaloq deffekt.

Tasnifi. Bolalarda gastroduodenal yaralarning umumiy qabul qilingan tasnifi yo'q lekin odatda ularni qo'yidagicha ajratadilar:

Hosil bo'lish sabablariga ko'ra (birlamchi, ikkilamchi).

Kechishi bo'yicha (o'tkir, surunkali).

Asoratlari xarakteri bo'yicha (qon ketish, perforatsiya, penitratsiya, torayish va malignizatsiya).

Yara kasalligi deb, oshqozon va 12 barmoq ichak shilliq qavatining emirilishi har xil klinik ko'rinishi remissiya va qaytalanish davrlari bilan kechuvchi surunkali kasallikka aytiladi. SHifrin bo'yicha (1981) yara kasalligini tarqalganligi kichik yoshdagi bolalarda 8%, katta yoshdagi va maktab yoshdagi bolalarda 6,2%. Duodenal yara – yoshlarning kasalligi. 80-90% bolalarda 12 barmoq ichak yarasi uchraydi. Oshqozon yarasi – kattalar kasalligi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishni taxlillashda, ushbu xastalikning bolalarda kechishni o'ziga xosligi to'g'risida to'xtalib o'tish lozim. Ma'lumki 20

–asrning o‘ttizinchi yillarigacha bu xastalik bolalarda uchramaydi yoki kazuistik holatda uchrashi mumkin degan tushuncha mavjud bo‘lgan. Keyinchalik rentgenokonstrast hamda endoskopik tekshirishlarni bolalar klinikasida keng qo‘llanilishi natijasida. Oshqozon 12 barmoqli ichak yarasi bolalarda ham etarli darajada uchrashi aniqlandi. Keyingi 30-40 yillar ichida bu xastaliklar soni bolalar orasida o‘shish tendensiyasiga ega bo‘lmoqda. Bunday ahvolga sabab sifatida atrof – muhitning ekologiyasini buzilishini va adabiyotlarda ayrim izlanuvchilar fikricha nasl orqali o‘tishi degan fikrlar yuritilmoqda. Ayrim izlanuvchilar fikricha, katta yoshdagi odamlarda uchraydigan oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi boshlanish davrini bolalik va o‘smirlik davrida aniqlash lozimligini ko‘rsatadilar.

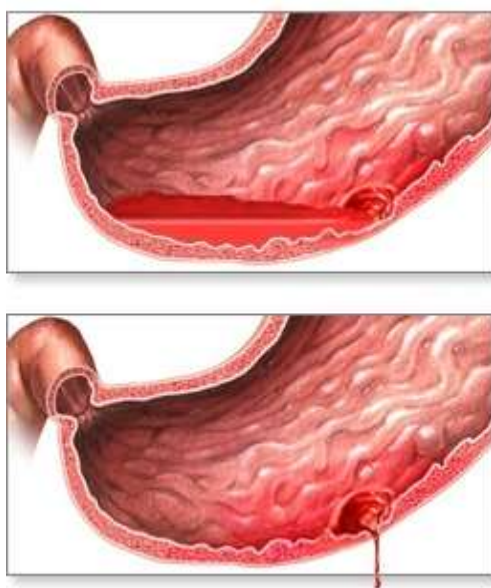
Adabiyotlardagi mualliflarning ma’lumotiga ko‘ra, oshqozon –ichak yo‘llaridagi xastaliklar ichida oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi salmog‘i kattalarga nisbatan deyarli farqlanmaydi. U asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi. Ba’zi olimlar ma’lumotiga ko‘ra: bemorlarni asosiy qismini 8-14 yoshdagi bolalar tashkil qiladi. Izlanuvchilar ma’lumotiga ko‘ra 12 barmoqli ichak yarasi irsiy xastaliklarga kiradi. Ammo ovqatlanish rejimini buzilishi (ayniqsa uzoq muddatda) bu xastalikning kelib chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishini taxlillashda, ushbu xastalikning bolalarda kechishini uziga xosligi to‘g‘risida to‘xtalib o‘tish lozim. Ma’lumki 20-asrning uttizinchi yillarigacha bu xastalik bolalarda uchramayli yoki kazuistik xolatda uchrashi mumkin degan tushuncha mavjud bulgan. Keyinchalik rentgenokonstrast hamda endoskopik tekshirishlarni bolalar klinikasida keng qo‘llanishi natijasida, oshqozon 12 barmoqli ichak yarasi bolalarda ham etarli darajada uchrashi aniqlandi. Keyingi 20-30 yillar ichida bu xastalik soni bolalar orasida usish tendensiyasiga ega bulmokda. Bunday ahvolga sabab sifatida atrof-muxitning ekologiyasi buzilishini va ayrim izlanuvchilar fikricha nasl orqali o‘tishi degan fikrlar yuritilmokda. (Frelk et all. 1976: Maruza, 1978). Ayrim izlanuvchilar fikricha, katta yoshdagi odamlarda uchraydigan

oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasini boshlanish davrini bolalar va o'smirlarda aniqlash lozimligini ko'rsatadilar. (M.B. Kosyura, 1968, A.G. Pugachev, 1982)L.P.Ryabova va P.G. Masevichlar (1975) ma'lumotiga kura, oshqozon-ichak yo'llarida xastaliklar ichida bolalarda oshqozon-12 barmoqli ichak yarasi salmogi kattalarnikiga nisbatan deyarli farqlanmaydi. U asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi. V.B. SHifrina (1981) ma'lumotiga kura, kichik yoshdagi har bir 1000 boladan 18 tasida 12 barmoqli ichak yara xastaligi uchrasa, bu ko'rsatgich katta yoshdagi bolalarning 1000dan 6,2ni tashkil qiladi. A.G. Pugachev (1982) ma'lumotiga kura: bemorlarni asosiy qismini 8-14 yoshdagi bolalar tashkil etadi. Izlanuvchilar ma'lumotiga kura 12 barmoqli ichak yarasi irsiy xastaliklarga kiradi. Ammo, ovqatlanish rejimini buzish (ayniqsa uzoq muddatda) bu xastalikning kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.Klinik alomatlarini xarakteriga karab, oshqozon-12 barmoqli ichagi yara xastaligini bolalarda o'tishi 4 bosqichga bo'linadi. (BME, tom 28. 1986, 479-1418 bet). Birinchi bosqichga xos klinik manzara yaraning endigina shakillanganida kuzatiladi. Asosiy belgi sifatida kechikkan kuchli ovqatlangandan 1-2 soatdan keyin kuzatiladigan yoki och qorinda kuzatiladigan og'riq. Xarakterli ritm - och qorindagi og'riqni ovqatlangandan so'ng yukolishi. Paypaslaganda epigastral sohasida og'riq, U sanchikli yoki kesilganga xos og'riq bo'lib, ayrim xollarda beliga irradiatsiyalanuvchi, yuzaki paypaslaganda, epigastral sohasida terining giperesteziyasi, yuzaki urganda og'riqning kuchayishi (Mendelson simtomi) aniqlanadi. Endoskopiyada duodenit fonida ichakning shilliq qatlamida yuzaki defekt ko'pincha yumaloq eki oval shaklda bo'ladi. Yara atrofida shishinkrash bo'lib, uning o'rta qismi sarik yoki yashil rangli bo'ladi.Xastalikning ikkinchi bosqichida endoskopiyada yaraning epiteliy xujayralaribilan koplanishi kuzatiladi. Bunda kechikkan (ovqatlanishiga nisbatan) og'riq ko'pincha kunduzda kuzatiladi. Bu bosqichga ezib ogrish xarakterli bo'ladi. Yuzaki paypaslashda og'riq kuzatilmaydi. CHukur paypaslashda muskullarda taranglanish kuzatiladi. Endoskopiyada yaraning atrofidagi shishinkran kamaygan, yara atrofi nisbatan tekislashgan, uning o'rta qismida fibrindan tozalanish, shilliq qatlamning buklanishi kutiladi.Uchinchi bosqichda yara yuzasi to'la epitelial

xujayralar bilan koplangan bo‘lib, kechikgan qorin ogriqi simmilagan yoki tortib ogritadigan xarakterga ega bo‘ladi. Qorinni paypaslash jarayonida og‘riq kuzatilmaydi. Endoskopik tekshirishda duodenit belgilari paydo bo‘ladi. Ayrim xollarda chandikli defekt aniqlanadi. Xastalikning turtinchi bosqichida klinik alomatlari bo‘lmaydi. Endoskopik tekshirishda 12 barmoqli ichakning shilliq qatlami o‘zgarmagan, uning buklangan reliefi bo‘lmasligi, piyozchasida deformatsiya aniqlanadi. SHu bilan bir qatorda, bolalardagi 12 barmoq ichak yarasini aniqlashda pediatrlar tomonidan ko‘pincha diagnostik xatolikka yo‘l quyiladi va xoletsistit, surunkali appenditsit, gijja invaziyasi kabi tashxis bilan davolaydilar. YAshirinchi o‘tuvchi oshqozon - 12 barmoqli ichak yara xastaligini ilk bor klinik belgisi sifatida qon ketish va perforatsiya singari asoratlarini ko‘rsatish mumkin. Ayrim xollarda oshqozon -12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishi bolaning usha davrgacha “absolyut sog‘lom” xolatida namoyon bo‘ladi. Oshqozon - 12 barmoqli ichak yarasidan ketgan qonning xajmini aniqlash uta kiyn. SHuning uchun ham, bunday xolda asosiy ko‘rsatgich sifatida kamqonlik darajasi xizmat qiladi. Bemorda umumiy kam quvvatlik, bosh aylanishi, nisbatan teri va shilliq qatlamlarini okarishi, pulsning bir dakikada 100-120 zarbagacha tezlashishi. Bemor qisqa muddatda katta xajmda qon yo‘qotsa, kollaptoid belgilari kuzatiladi: xushidan ketish, teri oqish tusini olgan va sovuq ter bilan koplanadi, labi sianotik rangda, ko‘z qorachiqalari kengaygan, pulsni tez urishi sababli sanashning iloji bo‘lmaydi. Bemorning hayotiga xavf to‘g‘iladi, ratsional davolash taktikasini ishlab chiqishni talab qiladi.

Klinik alomatlarini xarakteriga qarab, oshqozon 12 barmoqli ichagi yara xastaligini bolalarda o‘tishi 4 bosqichga bo‘linadi. Birinchi bosqichga xos klinik manzara yaraning endigina shakllanganida kuzatiladi. Asosiy belgi sifatida kechikkan kuchli ovqatlangandan 1-2 soatdan keyin kuzatiladigan yoki och qorinda kuzatiladigan og‘riq. Xarakterli ritm - och qorindagi og‘riqni ovqatlangandan so‘ng yo‘qolishi.



28 rasm **Oshqozon yarasidan qon ketish**

Tasnifi :

Joylashuv bo'yicha: -Oshqozon yarasi - kichik egrilik, antral va kardial qismi

-12 barmoq ichak yarasi – oldi va orqa devori

Endoskopik va rentgenologik xususiyati – nisha simptomi, yara – chandiqli deformatsiya.

Oshqozon shirrasi xarakteriga qarab: - Normal -oshgan-pasaygan

Jarayonning fazasiga qarab: qaytalanish, remissiya

Kechish xususiyatiga qarab: engil, o'rta, og'ir

Asoratlari: Qon ketishi, penetratsiya, perforatsiya, deformatsiya, stenoziylanish, malignizatsiya



29 rasm Oshqozon katta egirligidagi yara

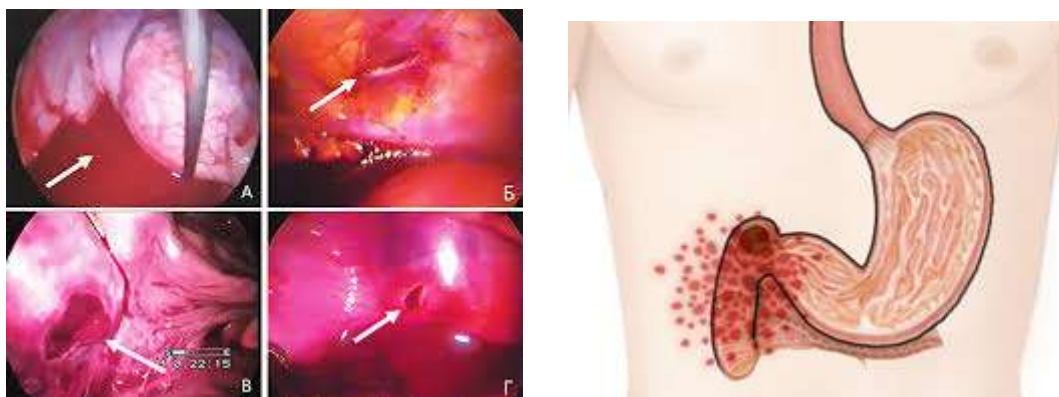


30 rasm 12 barmoq ichak yarasi

**BOLALARDA 12 BARMOQ ICHAK VA OSHQOZON YARASI
ASORATLARI:**

1. Oshqozon va ichak dan qon ketishlar- 15-20% holatlarda kuzatiladi

CHaqiruvchi omillar bo'lib: fizik va emotsional nagruzkalar, medikamentlar (salitsilatlar, gormonlar) xisoblanadi.



31 rasm 12 barmokli ichak yarasiidan kon ketish

Klinika: Klinik ko'rinishi yo'qotilgan qon miqdori bilan bog'liq, umumiy holsizlik, bosh aylanishi, teri qavatining oqarishi, puls tezlashishi. Og'ir xolatlarda – bemor kollapsga tushish mumkin. Bunda u hushini yo'qotadi, terisi oqaradi va sovuq ter bilan qoplanadi, yuzi oqargan, lablari ko'kargan, ko'z qorachig'i kattalashgan, puls ipsimon.

Differensial diagnostika: Profuz gastroduodenal qon ketishlar diagnostikasi juda qiyin. Qon qayt qilish asosiy xarakterli va diagnostik belgi xisoblanadi. Qusuq massasining rangi kofe quyqasiga o'xshash laxtak bilan yoki laxtaksiz bo'lib bu oshqozondan qon ketishga xosdir, axlat esa qoramtir.

-Erroziv gastrit qusuk massada qon bilan birga ko'p mikdorda shilliq bo'ladi.

-**Kizilo'ngachdan qon ketishlar** Kuchli qayt qilish toza qon va laxtaklari bilan. Anamnezda gepatit bilan og'rigan.

-**Diafragmaning kizilo'ngach teshigi churrasiga qonli qusish** (toza qon) xos. Anamnezdan: Qonli qayt qilish uzoq vaqt davom etganligini, epigastral sohada achishtiruvchi og'riqlar bo'lganligini bilish mumkin.

Asosiy diagnoz FEGDS da yarali ezofagit topilgach qo'yiladi.

Davolash jarayonida xirurgik usulini kullash yoki shashilmaslik, bu bemorlarni davolashda o'ta murakkab, klinitsistlar fikri ko'p qirrali, ayrim hollarda diametral karamaqarshidir. Oshqozon - 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketish tashxisi deyarli kiyin bo'lmasligi kerak degan tushuncha ayrim klinitsistlarni fikri sifatida ko'rsatish mumkin. Ammo, bunday xolni to'g'ri tashxislash kiyinchilik ham tugdirishi aniq. Bemorning uta og'ir ahvoli kerakli tashxis uslublardan to'laqonlik qo'llanishga tuskinlik qiladi. Birinchi navbatda qon ketish oshqozon - 12 barmoqli ichak yarasidanmi yoki boshka sabablar tufaylimi? - degan savolga javob topish asosiy urinni egallaydi. Buni to'g'ri aniqlash, to'laqonlik, logik asoslangan anamnestik va ob'ektiv ko'ruv ma'lumotlarini to'plash, yana qo'shimcha tashxis uslublariidan foydalanish bilan bog'liq. YAradan qon ketishni tasdiqlovchi asosiy belgilar qiyosiy tashxis ma'lumotlarini taxlillar bilan aniqlanadi. O'pkadan qon ketishni aniqlash va uni oshqozon - 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishdan ajratish quyidagi alomatlarini farqlanishiga asoslanadi: O'pkadan ketgan qon ko'pgina hollarda lolasimon bo'lib, havo pufakchalariga ega. O'pkadan tashqiri ko'krak qafasini qonfiguratsiyasini o'zgarishi, perkussiya va auskultatsiya ma'lumotlari, tana haroratini normadan yuqori bo'lishi va eng asosiysi anamnezda o'pka xastaligi borligi kiyosiy tashxis natijasini to'g'ri bo'lishiga asosiy manba bo'ladi. Kiyosiy tashxis jarayonida, oshqozonning kardial sohasidan qon ketishi bilan qizilo'ngachni pastgi qismidan qon ketishi kiyosiy tashxislash nisbatan katta qiyinchilik tug'diradi. Birinchi navbatda qizilo'ngach va oshqozonning kardial qismidan qon ketishni aniqlash lozim. Odatda bunday xolatda to'g'ri tashxislash uchun katta kiyinchilik to'g'iladi. Bu sohadan qon ketishga sabablar juda ham ko'p, bulardan asosiysi sifatida qizilo'ngach kardial sohasidagi vena tomirlarini varikoz kengayishini ko'rsatish mumkin. Qon ketish davrida to'g'ri tashxislashga anamnestik ma'lumotlar klinik kuruvdan o'tkazishda olingan jigardagi o'zgarishlar va nixoyat UTT tekshirish natijalari asos bo'ladi. Oshqozon - ichak yo'llaridan profuz qon ketishiga ayrim qon kasalliklari ham sabab bo'lishi mumkin. Agarda bemorda gemofiliya borligi aniqlansa, deyarli xatoga yo'l qo'ymaslik mumkin. CHunki bunda anamnestik ma'lumotlar to'g'ri tashxislashga asos bo'ladi: milkdan,

burundan, yuzaki kesilgan jaroxatdan qon ketishning to'xtashidagi qiyinchiliklar va hokazo. Teridagi ko'pgina petixiya, shilliq qatlamlarda qon tuplanish, taloqning uta kattaligi, oshqozondan og'zini to'ldirib chiqqan qon yoki axlatdagi qoramoySimon xolat, gemorrogik diatezni (Verelgof xastaligini aniqlashda katta omil bo'ladi. Oshqozon 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketganda uni xirurgik uslub bilan davolash lozim degan xulosaga kelish uchun quyidagilarga erishish lozim: Birinchida- qon ketish yaradan ekanligi to'g'risida hech kandy shubxasiz ma'lumotga ega bo'linsa; ikkinchidan – profuz qon ketish konservativ davolash usuli bilan to'xtamasa va bemorning hayotiga xavf tug'lsa. Operativ davolash qon ketuvchi sohani topish va operatsiya uslubi bilan bartaraf etishni talab qiladi. Operatsiya usuli ikki xil texnik uslub bilan o'tkazilishi mumkin.

Birinchisi-oshqozonni va 12 barmoqli ichakni yarali sohasi bilan rezeksiya qilish. Bunday taktika yarani sovuq davrida davolashda ham qo'llaniladi. Demak qon to'xtashi bilan bir qatorda bemorni xastalikdan ham qutkazadi. Operatsiya uta murakkab, uzoq davom etiladigan, shu sababli operatsiyadan keyingi davrdagi letal xolatining soni nisbatan ko'p.

Ikkinchi uslub - yarani o'zini kesib olib tashlash. Nisbatan qisqa muddatda bajariladigan operatsiya, ammo texnik jihatdan o'ta murakkab, ayniksa yara oshqozon osti beziga penetratsiyalangan bo'lsa. SHu sababli ushbu texnikani kullovchi xirurglar soni oz, ular oshqozon xirurgiyasini mukammal biluvchilar. Oshqozon-12 barmoq ichakli yarasidan qon ketishini xirurgik usulda davolash to'g'risidagi yakun bizning fikrimizcha quyidagicha bo'lishi lozim. Maksimal ravishda konservativ davolash. yuqorida ko'rsatilgan ahvolda esa, noiloj operatsiyaga olish. Operatsiya kiluvchi xirurg oshqozon xirurgiyasini yuqori darajada uzlashtirgan bo'lishi lozim. Konservativ davolash to'g'risida to'xtalsak, oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishida o'tkaziladigan davolashlarning barchasi o'xshash bo'lib, har bir xastalikdagi qon ketishni konservativ davolashning o'ziga xos xolatlari mavjud. Bular to'g'risida, konservativ davolash bobida umumiy kilib ma'lumot beriladi.

Mallori-Veys sindromi

Mallori-Vayss sindromi yarasiz qon ketishining sabablaridan biri bo'lib, shilliq qavatining spontan yorilishi va oshqozon proksimal qismi va qizilo'ngach-oshqozon birikmasi zonasi devorining chuqur qatlamlari paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.



32 rasm Mallori-Vayss sindromi da kon ketish

Bolalarda Mallori-Vayss sindromi juda kam uchraydi, qoida tariqasida, o'spirinlik davrida ular alohida kasuistik kuzatuvlar shaklida tavsiflanadi. Ushbu sindromning patogenezida oshqozon yurak qismida bosimning oshishi kardianing etarli darajada ochilmasligi etakchi ahamiyatga ega. Oshqozon bosimi va qorin bo'shlig'i bosimining keskin oshishi paytida yurak zonasining spastik yopilishi ushbu hududning shilliq qavatining yorilishiga olib keladi. Bunday holat takroriy qusish bilan yuzaga kelishi mumkin. SHilliq qavatning ko'z yoshlari qorin matbuotining keskin tarangligi va diafragma va tomoq mushaklarining spazmi bilan bog'liq boshqa holatlarda ham paydo bo'lishi mumkin. Xarakterli klinik alomatlar mavjud emas. Etakchi simptom - bu "kofe asoslari" ning qusishi, kamroq-qizil qon. Buning oldidan odatda oshqozon tarkibidagi patologik aralashmalarsiz takroriy qusish yoki qusish istagi paydo bo'ladi. Sindromni tashxislashning hal qiluvchi usuli endoskopik tekshiruvdir. Fibroendoskopiya nafaqat tashxis qo'yishda, balki Mallori-Vayss sindromini davolashda ham katta rol o'ynaydi. Terapevtik taktika qon ketishining intensivligi bilan belgilanadi.

SHunga qaramay, barcha holatlarda konservativ gemostatik terapiyadan to'liq boshlash kerak. Gemostaz uchun endoskop orqali amalga oshiriladigan vaqtinchalik va oxirgi qon ketishini to'xtatish kompleksi qo'llaniladi. Vaqtinchalik usullarga quyidagilar kiradi: me'dani muzli suv bilan yuvish, shilliq qavatni vazokonstriktor dorilar (adrokson, adrenalin bilan novokain) bilan injektor yordamida infiltratsiya qilish; shilliq qavatni 96% spirt, xloroetil, epsilon-aminokaproik kislota bilan mahalliy sug'orish. CHuqur yoriqlarning davolanish vaqti 10-14 kun. Agar yuzaki yoriqlar izsiz davolansa, oshqozon devorining chuqur shikastlanishi to'liq davolangandan so'ng tekis bo'ylama oqish izlar qoladi. Gemostaz samarasiz bo'lsa, konservativ choralar majmuasi, shu jumladan endoskop orqali diatermik va lazer koagulyasiyasi, jarrohlik aralashuvi ko'rsatiladi - yuqori gastrotomiya. Aralashuv oshqozon devorining shikastlanishini to'liq qayta ko'rib chiqish va tikishdan iborat. Arterial qon ketganda chap oshqozon arteriyasi ligirlanadi.

SHikoyatlari: kofe quyqasiga o'xshash qayt qilish qoramtir ich kelishi, laborator tekshiruvlarida eritrotsitlar sonining 2,5-3 millionga kamayish, gemoglobini 40 tushishi, gematokrit 50 mg%

Topik diaqnoz FEGDSda yara va qon ketish manbalari topilgach qo'yiladi. Davolash konservativ yo'l bilan.

Epigastral sohaga sovuq quyiladi, 10% kalsiy xlor yuboriladi, ditsinon, amonokapron kislota, toza qon quyiladi.

Profilaktika: kun tartibi va ovqatlanish tartibiga rioya qilish. Surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish. YAra kasalligi va yara oldi kasalligi bilan kasallangan bolalarni dispanser nazoratga olish va yilda ikka marta tibbiy ko'rikdan o'tish.

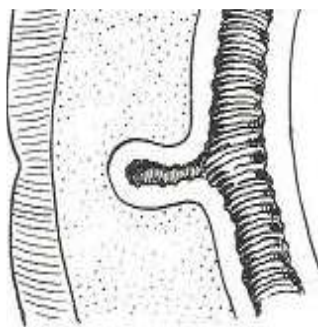
MEKKEL DIVERTIKULIDAN QON KETISH

Mekkel divertikuli. 1809 yilda nemis anatomii J. F. Mekkel birinchi bo'lib ingichka ichak divertikuli haqida yozdi va uning kelib chiqishi homilaning 1-chi

haftasida funksiya ko'rsatadigan sariqlik yo'li qayta rivojlanishi bilan bog'liqligini aniqladi.

Mekkel divertikuli 2 % hollarda uchraydi. Mekkel divertikuli – yonbosh ichakning ichak tutqich qarshisidagi bir qismining bo'rtib chiqishidir. Divertikulning ichak tutkichi chetida ham joylashganligi kuzatiladi. Divertikul uzunligi 11 – 15 sm gacha, diametri 0,5 dan 15 sm gacha bo'lishi mumkin. U ba'zan chuvalchangsimon o'simtani eslatib, keng asosi ichakka qaragan qonusga o'xshaydi.

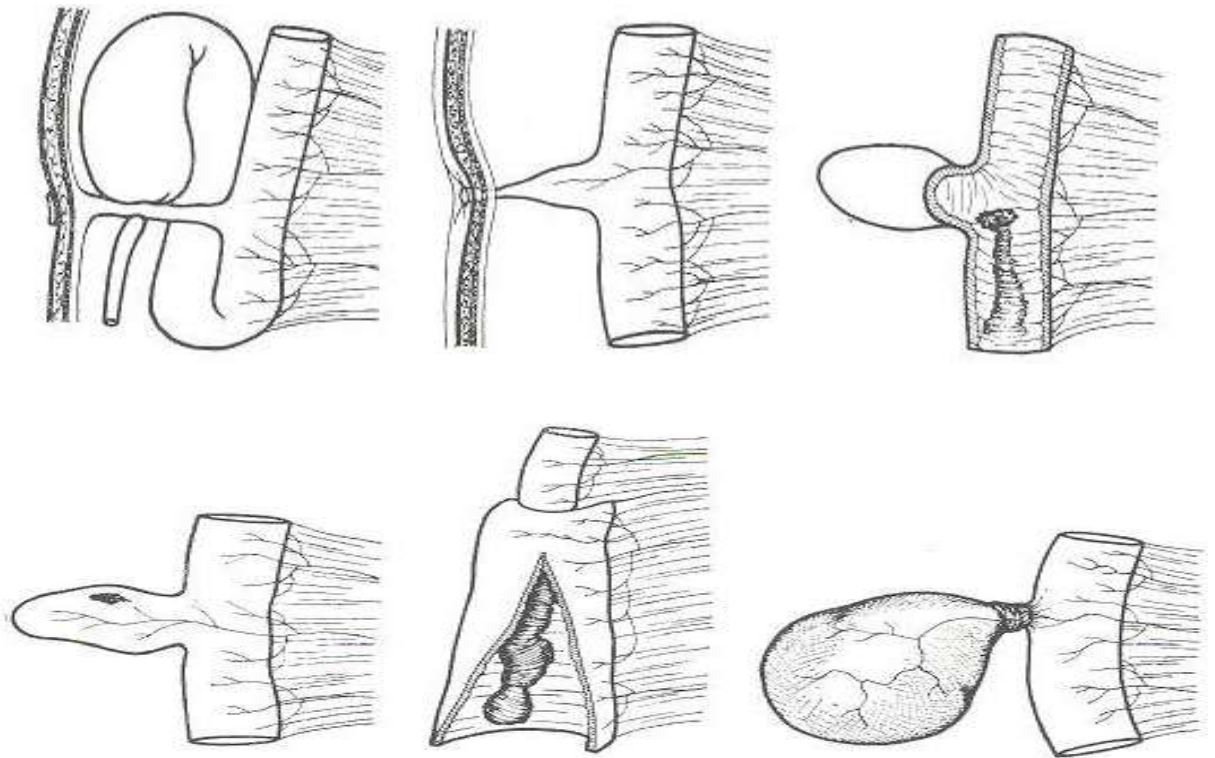
Divertikul erkin, yoki sariqlik yo'li bilan aloqani saqlab, kindikka birikishi mumkin. Birikkan divertikul ko'pincha ichak tutilishini keltirib chiqaradi.



33 rasm Mekkel divertikuli

Mekkel divertikultini asoratlari.

- A. Divertikul bilan ingichka ichak xalqasini strangulyasiyasi
- B. Sariqlik yo'lini kindik oqmasi
- V. Divertikulni peptik yarasi va undan qon ketish
- G. Divertikul perforatsiyasi
- D. Divertikul invaginatsiyasi
- E. Divertikulni buralib qolishi



33 rasm **Mekkel divertikultini asoratlari**

Mekkel divertikulining devori tuzilishi jihatdan ingichka ichak devorining tuzilishiga o‘xshaydi, lekin uning shilliq pardasida geterotopik to‘qimalar uchraydi (oshqozon va oshqozon osti bezi to‘qimalari).

Mekkel divertikuli kasalliklarining quyidagi klassifikatsiyasi qulay xisoblanadi:

I. Divertikulit

1. Surunkali
2. O‘tkir: a) kataral; b) flegmanoz; v) gangrenoz

II. Ichak tutilishi

1. Strangulyasion
2. Invaginatsiya
3. CHurraga qisilib qolishi

III. Peptik yazva.

IV. O'smalar

1. YAxshi sifatli

2. YOmon sifatli

Mekkel divertikuli klinikasida hech qanday simptomlar kuzatilmasligi mumkin va u boshqa kasalliklar, ko'pincha o'tkir appenditsit sababli o'tkazilgan laparotomiya vaqtida tasodifan aniqlanadi.

O'tkir divertikulit nisbatan kamroq uchraydi. Kelib chiqish sababi – enterogen infeksiya, yot jismlar bilan perforatsiya bo'lishi xisoblanadi. Divertikul muskulaturasining kuchsiz rivojlanganligi va qon bilan yaxshi ta'minlanmasligi divertikulda og'ir yallig'lanish protsessi rivojlanishiga olib keladi.

Bu kasallik klinikasi o'tkir appenditsitga juda o'xshash, shu sabab operatsiyagacha diagnoz qo'yish qiyin kechadi. Bu chuvalchangsimon o'simta va Mekkel divertikuli anatomik jihatdan yaqin joylashganligi bilan tushuntiriladi. O'tkir boshlanishi, qorinda lokalizatsiyasi aniq bo'lmagan kuchli og'riq, temperatura ko'tarilishi va qusish divertikulitga xos belgilar xisoblanadi. Palpatsiya vaqtida og'riq butun qorin bo'ylab, o'ng yonbosh sohasida, qorinning pastki qismida, kindik atrofida aniqlanishi mumkin. Pulsning tezlashuvi va leykotsitoz kuzatiladi.

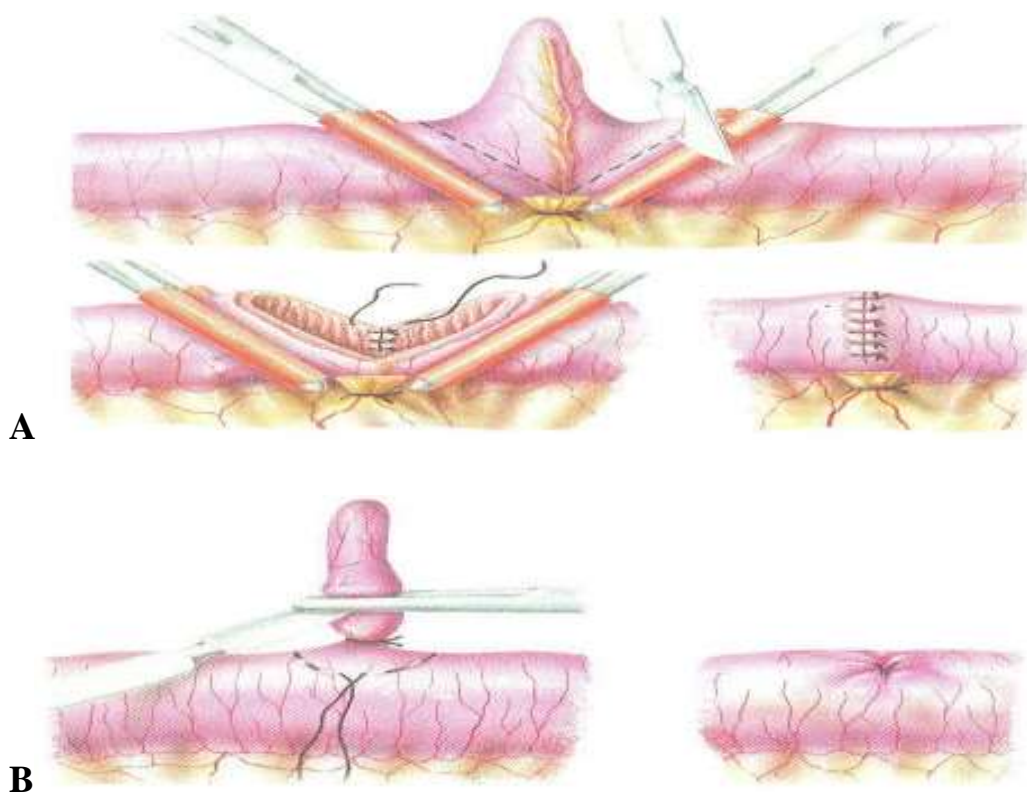
O'tkir appenditsit va divertikulitni farqlashda yo'l qo'yilgan xato amaliy ahamiyatga ega emas, chunki o'tkir appenditsitda qo'llaniladigan Volkovich – Dyaqonova usuli Mekkel divertikulini rezeksiya qilish uchun ham qulaydir. CHuvalchangsimon o'simtada yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmagan holda, divertikul yallig'lanishini ko'rmay qolish xavfli hato xisoblanadi. Bunday holning oldini olish uchun laparotomiya vaqtida yonbosh ichakning terminal qismini albatta reviziya qilish lozim.

Divertikulning surunkali yallig'lanishi juda ham kam uchraydi. Mekkel divertikuli tufayli paydo bo'lgan tutilishlar 2 guruhga bo'linadi: 1) kindikka yoki qorin bo'shlig'ining boshqa qismiga birikkan divertikul chaqirgan tutilish; 2) erkin divertikuldagi tutilish.

Birinchi guruxga birikkan divertikul atrofida ichak buralishi natijasidagi strangulyasiya kiradi; ikkinchi guruxga – divertikulning churraga tiqilib qolishi yoki invaginatsiyasi. Divertikulning shakli tutilish kelib chiqishida asosiy rolo'ynaydi. Kalta va keng asosli divertikul ko'proq invaginatsiyani, uzun va ingichka divertikul esa – strangulyasiyani keltirib chiqaradi. Ichak tutilishi qoida bo'yicha strangulyasion tipga kiradi: o'tkir boshlanishi, qorinda og'rik, reflektor qusish, axlatning chiqmasligi, kasallik boshlanganidan bir necha soat o'tib qorinning damlashi, peristaltikaning kuchayishi. Invaginatsiyada axlatda qon aniqlanadi. Rentgenologik suratda pastki ichak tutilishiga o'xshab, rentgenologik simptomlar kindik atrofida, o'ng yonbosh sohasida kuzatiladi.

Divertikul chaqiradigan asoratlar orasida peptik yara va qon oqishi ichak tutilishidan so'ng ikkinchi o'rinni egallaydi. YAralar ko'pincha divertikulning o'zida, ba'zan ichakning divertikulga yaqin bo'lgan shilliq pardasida uchraydi. YAraning paydo bo'lishida divertikulning qon bilan yomon ta'minlanishi, arteriyalardan birida tromboz bo'lishi ahamiyatga ega. Divertikulning qonayotgan peptik yarasi ko'proq kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. Qon oqishi profuz yoki qaytalanuvchi bo'lishi mumkin. Qon to'q olcha rangda, laxta aralash bo'ladi. Qon ko'p oqqanda ichakda axlat massalari bo'lmaydi. Qon oqishi sog'lom bolada birdaniga boshlanadi. Tezda kollaps kuzatilishi mumkin. Tekshirish paytida taxikardiya, teri rangining oqarishi, gemoglobin miqdorining kamayishi kuzatiladi. To'g'ri ichakda to'planib qolgan qon, ba'zan qon laxtaklari aniqlanadi.

Divertikulda qon oqishini ichak poliplaridan taqqoslash lozim. Bunda qon och qizil rangda, kamroq ajraladi va defekatsiya oxirida aniqlanadi. Qon oqishi bilan kechadigan kapillyarotoksikozdan farqlashda o'nga xos bo'lgan: qorinda kuchli og'rik va terida toshmalarning bo'lishiga ahamiyat beriladi. Davolash. Mekkel divertikulining hamma kasalliklari xirurgik yo'l – rezeksiya qilish bilan davolanadi. Divertikul shakliga qarab rezeksiya usuli aniqlanadi. Uning asosi keng bo'lganda, qanotsimon rezeksiya qilinib, ichak devoriga 2 qatorli ko'ndalang chok qo'yiladi. Divertikul asosi tor bo'lganda, uni xuddi appendektomiya kabi olib tashlanadi va qoldigi kiset chok ichiga olinadi.



35 rasm Divertikulni ponasimon rezeksiya qilish

A. Divertikulni ponasimon rezeksiya qilish

B. Divertikulni appendektomiyaday olib tashlash

Agar peritonit rivojlangan bo'lsa, uni sanatsiya qilinib qorin bo'shlig'ida drenaj naycha yoki naychalar qoldirilib, laparotomiya jarohati qavatma-qavat tiqiladi.

Operatsiyadan keyingi davrdagi davo xuddi o'tkir appenditsitni yoki peritonitni davolaganday o'tkaziladi. Antibakterial terapiya, operatsiyadan so'ng birinchi kunlari infuzion terapiya.

Oshqozon ichak traktini ikkilanishi (duplikatsiya) - ichak devorining noto'g'ri tuzilishi natijasida ikkita ichak trubkasi rivojlanadi, bu natijasida ichak shilliq qavati rivojlanishi buziladi va ichak rekanalizatsiyasi rivojlanadi. 60% hollarda ko'prok ingichka ichakni ikkilanishi uchraydi.

Tasnifi :

4. Kistasimon shakli
5. Tubulyar shakli
6. Divertikul shakli



a



b

36 Rasm. Ingichka ichakni ikkilanishi; a - tubulyar shakli; b - kistozshakli.

Makropreparat.

Ichakni ikkilanishi klinik simptomlari ularning qaysi shakliliga, joylashgan joyiga, ikkilanish hajmiga bog‘liq. Ko‘p hollarda bu duplikaturalardan ko‘p miqdorda massiv qon ketish kuzatiladi, qon ketish sababi qon tomirlarni qisilishi va qon aylanishini buzilishiga, ikkilangan sohadagi shilliqqavatni yaralanishi hisobiga kelib chiqadi. Qon ketish bo‘lishi mumkin: kamhollarda o‘tkir, o‘tkir osti va surunkali.

O‘tkir invaginatsion ichak tutilishi.

Ichakning o‘tkir invaginatidan qon ketish yuqorida ko‘rsatilgan singari, oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishiga olib keluvchi xirurgik xastaliklardan biri utkir ichak invaginatsiyasidir. Invaginatsiyada ichakning bir qismi ikkinchi

qismiga kirib qoladi, asosan proksimal qismi distal qismiga kirib qoladi. Invaginatsion ichak tutilishi bolalarda eng ko‘p uchraydigan xastalik bo‘lib, barcha yoshdagi bolalarda, shu jumladan chaqaloqlarda ham uchraydi. Statistik ma‘lumotlarga kura bemorlarni 4 oydan 1 yoshgacha bulgan bolalar tashkil qiladi. 10% bemorlarni 2 yoshgacha bulgan bolalar tashkil kilib, kolgan 10%ni - 3 yoshdan 14 yoshgacha bulgan bolalar tashkil qiladi. Invaginatsiyani ichak nayining barcha qismida kuzatish mumkin. Ammo bemorlarning 90%da invaginatsiya ileotsekal burchagida kuzatiladi. Bunday ahvol ileotsekal burchagining anatomik murakkabligi bilan bog‘liq. Invaginatsiya sohasida sirkulyator buzilishi natijasida ilk bor venoz dimlanish kuzatiladi ichki silindrning ichak devori, shishinkirab va shilliq qatlamida qon quyilib, u rer diapadesen yo‘li bilan ichak naychasiga o‘tadi.

YUqorida ko‘rsatilgan singari, oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishiga olib keluvchi xirurgik xastaliklardan biri utkir ichak invaginatsiyasidir. Ichakning ma‘lum bir qismi uning ikkinchi qismini ichiga kirishi (odatda oral qismi anal qismiga) invaginatsiya deb yuritiladi. Bunday xolda ichakning bir qismini ikkinchi qismiga kirgan sohasida uchta silindr shakllanadi: tashki silindr (kin-invaginat) va ikkita ichaklardagi silindrlar - invaginat. Invaginat chukkisi boshchasi" deb yuritiladi. Boshcha "o‘rta va ichkarigi silindrlar" chegarasi bo‘lib, u xech kachon o‘zgarmaydi. Invaginatsiyani chukurlanishi tashki silindrlarning ur angi silindriga o‘tishi bilan bog‘liq. Invaginatning ichgarga karab o‘tadigan harakati ine al patsiya jarayoniga kushilgan ichak naychasini tutkichi ichkarigi va o‘rtangi Sindrlar bilan eziladi, natijada sirkulyator buzilishga olib keladi. Bunday xolda invaginatsiya jarayoniga ichak devorida nekroz ro‘y berishi mumkin. Invaginatsiya bolalarda juda ko‘p uchraydigan ortirilgan utkir ichak tutilishi bo‘lib, u bolalarning barcha yoshida, shu jumladan chakaloklardan ham uchraydi.

Invaginatsiya ko‘pgina izlanuvchilar fikricha, ko‘krak yoshdagi bolalarda invaginatsiyaning ko‘pligi, vaqtincha (ushbu yoshga xos bo‘lgan) ichak peristaltikasining diskordinatsiyasi natijasida uning ayrim qismida spazm kuzatiladi, natijada ichakni bir qismi uning ikkinchi qismiga kiradi. Invaginatsiya bolalarni oziqlantirishda qo‘pol xatolikka yo‘l qo‘yilganda, hamda ichak

naychasida patologik jaroyon borligida kuzatiladi. Invaginatsiyani ichak nayining barcha qismida kuzatish mumkin. Ammo bemorlarning 90%da invaginatsiya ileotsekal burchagida kuzatiladi. Bunday ahvol ileotsekal burchagining anatomik murakkabligi bilan bog'liq.

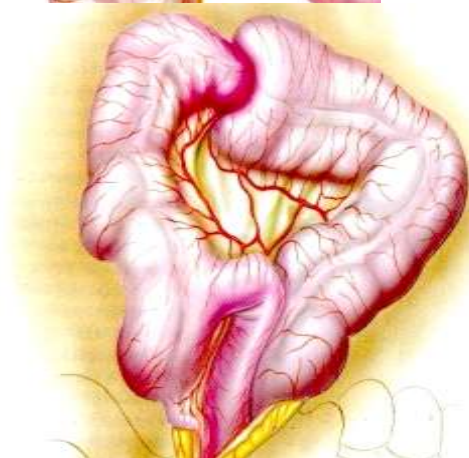
Ko'pincha 4 oylikdan 1 yoshgacha bolalarda ko'p uchraydi. Bolalarda ichak invaginatsiyasining asosiy sababi bu ichak normal peristaltikasini buzilishi. Ichak devorida ko'ndalang va aylanma mushaklar bo'ladi, ularning o'zaro mutanosib ishlashi natijasida normal peristaltika kuzatiladi. Mana shu ikki guruh mushaklar ishi buzilsa invaginatsiya kuzatiladi. Ichak normal peristaltikasini buzilishiga quyidagi omillar sabab bo'ladi:

a) bolani normal ovqatlantirish rejimini buzishi, qo'shimcha ovqatlantirish maromini buzish.

b) oshqozon-ichaklarning o'tkir kasalliklari (enterit, gastroenterit, enterokolit, salmonallyoz va xakozolar; v) ichak devoridagi poliplar, o'smalar va divertikullar.



invaginatsiya sohasi:



37 rasm Invaginatsiya turlari

«devor» shakllanib, ularni «silindr» deb yuritiladi: tashqi silindr (kin, invaginat) va ikkita ichki «devor» (invaginat). Invaginatning cho‘qqisi «boshcha» deb yuritiladi va u o‘rta silindrning ichki silindiriga o‘tgan sohasidan shakllanadi. Invaginatsiyaning chuqurlanishi tashqi «silindr»ning evaziga, uning o‘rta «silindr»ga aylanishi natijasida bo‘ladi. Bunda invaginat «boshchasi» butkil o‘zgarmagan holatda saqlanadi.

Invaginatsiyani chuqurlanishi natijasida, ichkariga kirgan ichak naychasi tutqichi, o‘rta va ichki silindrlar orasida siqiladi, natijada bu sohada sirqulyator buzilish kuzatiladi.

Invaginatsiyani tasnifi.

Mavjud adabiyotlarda invaginatsiyani tasnifi juda ko‘p. Amaliyotda qo‘llanish uchun qulay, klinitsistlar tomonidan nisbatan keng qo‘llaniladigan tasnif sifatida Feldman – Bairova tasnifini ko‘rsatish mumkin, Ushbu tasnif bo‘yicha invaginatsiya quyidagi turlarga bo‘linadi:

1. Ingichka ichak invaginatsiyasi (barcha bemorlarni 3-3,5 % ni tashkil qiladi).
2. YOnbosh-yo‘g‘onichak invaginatsiyasi (24 %). Bu turdagi invaginatsiya ikki xolatda bo‘lishi mumkin.
3. Ko‘r va chamber ichaklar invaginatsiyasi (69,7 %)- invaginat «boshchasi» ko‘r ichak bo‘ladi. Bunda chugalchangsimon o‘simta va yonbosh ichakning terminal qismi invaginat silindrlarini orasiga kiradi.
4. Yo‘g‘on ichak invaginatsiyasi (2,8 %).
5. Kam uchrovchi shakllari: retrograd, ko‘p sonli, chugalchangsimon o‘simtani invaginatsiyasi.

Patologik anatomiyasi. Patologik anatomiyasi, invaginatsiyani joylanishi, uning davomlilik bilan bog‘liq bo‘ladi. Invaginatsiya ichak o‘tkazmasligini aralash shakli bo‘lib (obturatsiya va strangulyasiya), unda ularning ikkalasiga ham xos kliniko-anatomiko‘zgarishlar mujassamlashgandir. Bunda ichak nayi uning to‘tqichi bilan bir vaqtda ichakga kiradi. Natijada gemodinamik buzilish ro‘yobga chiqib, ilk bor vena qoni damlanadi, ichki silindrda oldema kuzatiladi. Buning shilliqqatlamida

qonqo'yiladi, keyinchalik qon ichak bo'shlig'iga per diapedesen yo'li bilan o'tadi. Keyinchalik ichak devori nekrozlanadi va peritonit rivojlana boshlaydi.

Klinik belgilari. YUqorida ko'rsatilgan singari, oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishiga olib keluvchi xirurgik xastaliklardan biri utkir ichak invaginatsiyasidir. Ichakning ma'lum bir qismi uning ikkinchi qismini ichiga kirishi (odatda oral qismi anal qismiga) invaginatsiya deb yuritiladi. Bunday xolda ichakning bir qismini ikkinchi qismiga kirgan sohasida uchta silindr shakllanadi: tashki silindr (kin-invaginat) va ikkita ichaklardagi silindrlar - invaginat. Invaginat chukkisi boshchasi" deb yuritiladi. Boshcha "o'rta va ichkarigi silindrlar" chegarasi bo'lib, u xech kachon o'zgarmaydi. Invaginatsiyani chukurlanishi tashki silindrlarning urangi silindriga o'tishi bilan bog'liq. Invaginatning ichgarga karab o'tadigan harakati ine al patsiya jarayoniga kushilgan ichak naychasini tutkichi ichkarigi va o'rtangi Sindrlar bilan eziladi, natijada sirkulyator buzilishga olib keladi. Bunday xolda invaginatsiya jarayoniga ichak devorida nekroz ro'y berishi mumkin. Invaginatsiya bolalarda juda ko'p uchraydigan ortirilgan utkir ichak tutilishi bo'lib, u bolalarning barcha yoshida, shu jumladan chakaloklardan ham uchraydi. Bunday ahvol ileotsekal burchagining anatomik murakkabligi bilan bog'liq. Invaginatsiya sohasida sirkulyator buzilishi natijasida ilk bor venoz dimlanish kuzatiladi ichki silindrning ichak devori, shishinkirab va shilliq qatlamida qon quyilib, u rer diapedesen yo'li bilan ichak naychasiga o'tadi. Natijadabemorning umumiy ahvoli og'irlashishi kuzatiladi: u alinamik xolatla, trofaa o'zgarishlarga kizikishi yuk, ovqatlanishni ral qiladi. Xastalikning boshla davridan 4-8 soat utgach bemorlarning orqa chikaruv teshigidan ko'p ham koramtil qon kelishi kuzatiladi, axlat bo'lmaydi, ammo shilimshik massa pay bo'ladi. Ayrim xolatda ichakdan qon ketishini tozalov klizma qilish jarayonida aniqlaniladi. Bemorni kuruvdan o'tkazish quyidagilarni aniqlaydi, teri qoplami, ko'rinuvchi shilliq qatlamlari oqargan, tili xastalikni boshlanish davrida nam okno karash bilan koplangan. Pulsi tezlashgan (100-140ta minutiga) qonikar to'liqlikda. Tana harorati deyarlik barcha bemorlarda normal xolda yoki subfebrip ko'tarilgan bo'ladi. Invaginatsion ichak tutilishi ichak tutilishini klinik alomatlari invaginatni

ichak naychasini qaysi qismida joylanishi, bolaning yoshi, invaginatsiya boshlanishidan keyin o'tgan davr bilan bog'liq. Ko'r-chambar va yonbosh-chambar ichaklar invaginatsiyalarini klinik alomatlari bemorni to'laqonlik salomatligi davrida o'tkir ravishda boshlanadi. Bemor o'ta bezovta bo'la boshlaydi, kuchli yig'laydi. Tashqiko'rinishi keskin o'zgaradi: terisi oqargan, sovuq ter paydo bo'ladi. Katta yoshdagi bolalar qorniniushlab yig'lashadi, onasini qo'lida tinmay yig'laydi, ona ko'kragini olmaydi. Xurujlanuvchi og'riq qisqa muddat davom (3-7dakika) qiladi, bemorda qaytqilishkuzatilishi mumkin va keskin ravishda og'riqo'tib ketib, bemorni ahvoli yaxshilanadi, ovqatlanadi, o'yinchoklar kiziktiradi.

Takroriy xurujlanish 5-10 dakikadan keyin, ayrim xolatlarda 15-20 dakikadan keyin boshlanadi, bunda og'riq intensiv, hamda uzoq davom etadi, xurujlar o'rtasidagi «yorug'lik» davr borgan sari cho'ziladi, ammo bemorning umumiy ahvoli borgan sari og'irlashadi Takrorlangan xurujli og'riqning o'tkirligi pasayadi, keskin harakatlanuvchi bezovtalik kuzatilmaydi.

Birinchi soatlarda bemorda mustaqil axlat kelishi mumkin. Keyinchalik. 4-8 soatlardan keyin axlatda massasi o'rniga ko'pmiqdorda qoramtir qon keladi.

Ayrim xollarda qon tozalash klizmadan keyin paydo bo'ladi.

Bemorni ko'zdan kechirganda quyidagilar aniqlaniladi: teri va ko'rinuvchi shilliq qatlamlar okargan, tili boshlanish davrida, nam, ok qarashbilanqoplangan. Puls tezlashgan (100-140 zarba), qoniqarli to'liqlikda. Tana harorati deyarli ko'pchilik bemorlarda normal xolatda, yoki subfebril. Qorino'zgarmagan xolatda bo'lishi mumkin; nafas olishda qatnashadi, paypaslanganda nisbatan yumshoq, xurujsiz davrida og'riqsiz. CHambar ichak yo'nalishda kolbasasimon hosila paypaslanadi. U oval shaklida, nisbatan harakatchan, og'riqli hosila sillik, yumshoq elastik qonsistensiyada. Agarda og'riq tufayli, hosilani har tomonlama o'rganishga to'sqinlik bo'lsa, bemorga qisqa muddatli narkoz ostida tashxislash mumkin.

Korni xastalikning boshlanishi davrida simmetrik, paypaslaganda yumshok nafas olish jarayonida katnashadi, paypaslansa xurujlanishlar o'rtasida paypaslan

jarayonida chambar ichagi sohasida yumshok xosila aniklanadi. Xosila oval shaklda bo‘lib, nisbatan harakatchan, paypaslaganda ogriydi, xosilani yuzaki qismi silliq yumshok, elastik qonsistensiyada. YUqorida kursatilgan uzgarishlarni xastalikning xurujlanish davrida aniklashda kiyinchilik to‘g‘ilishi sababli, bemorlarni medikamentoz uyku ostida kuruvdan o‘tkaziladi. Buning uchun 2% xloralgidrat eritmasini bemorning yoshiga karab 15,0, 20 va 50 ml gacha to‘g‘ri ichakga yuboriladi. Eng xarakterli klinik alomat sifatida o‘ng yonbosh sohaning bo‘shab qolishi (ileotsekal sohadagi ichak invaginatsiyasi), ya’ni Dans simptomini aytish mumkin.

Invaginatsiyaga gumon bo‘lgan barcha bemorlarda barmoq bilan per rectum tekshirish lozim. Bunda to‘g‘ri ichak sfinkterini nisbatan bo‘shashligi to‘g‘ri ichak ampulasini bo‘shlig‘i (axlat) yo‘q – Obuxov shifoxonasi simptomi aniqlanadi. Invaginat «boshchasi» pastki sohada joylashgan bo‘lsa, u barmoqorqalianiqlanadi. Nixoyat, barmoqbilan tekshirganda barmoqda qon va axlatsiz shilliq massa bo‘lishi invaginatsiya borligiga qo‘shimcha dalil bo‘ladi. YUqorida ko‘rsatilgan klinik alomatlar, invaginatsiya uchun klassik klinik alomatlar bo‘lib, bu ko‘pgina bemorlarda aniqlanadi. Ingichka ichak invaginatsiyasida og‘riqning intensivligi ancha kuchli va sho‘nga o‘xshash boshqa o‘zgarishlar ham (kardio-vaskulyar nerv, oshqozon – ichak tizimlaridagi) ancha kuchli namoyon bo‘ladi.

Yo‘g‘on ichak invaginatsiyasida klinik simptomlar nisbatan kam namoyon bo‘ladi. Bunda invaginat «boshchasi» orqachiqaruv teshigiorqalichiqishi mumkin.

Qorni xastalikning boshlanishi davrida simmetrik, paypaslaganda yumshok nafas olish jarayonida katnashadi, paypaslansa xurujlanishlar o‘rtasida paypaslan jarayonida chambar ichagi sohasida yumshok xosila aniklanadi. Xosila oval shaklda bo‘lib, nisbatan harakatchan, paypaslaganda ogriydi, xosilani yuzaki qismi silliq yumshok, elastik qonsistensiyada.

YUqorida kursatilgan uzgarishlarni xastalikning xurujlanish davrida aniklashda kiyinchilik to‘g‘ilishi sababli, bemorlarni medikamentoz uyku ostida kuruvdan o‘tkaziladi. Buning uchun 2% xloralgidrat eritmasini bemorning yoshiga

karab 15,0, 20 va 50 ml gacha to‘g‘ri ichakga yuboriladi. **Ileotsekal sohasidagi** alomatlardan biri, o‘ng yonbosh sohaning bushligi (Dans simptomi). Bu simptom perkussiya jarayonida aniklanadi. O‘ng yonbosh sohada perkutor ovoz bo‘g‘ilgan, chunki ichakning ileotsekal qismi biri ikkinchisiga kirib, bu sohada ichak naychasining bo‘lmasligi. Orqa teshikni barmoq bilan tekshirganda, sfinkterni nisbatan bushashgani aniklanadi, ampulada axlat bo‘lmaydi – (obuxov shifoxonasi simptomi), invaginat pastda joylashganida “boshcha” barmoqqa tegadi va barmoq uchiga qon surtiladi. Davolash. Xirurgik usul bilan, shu jumladan rezeksiya qilish bilan o‘tkaziladi.

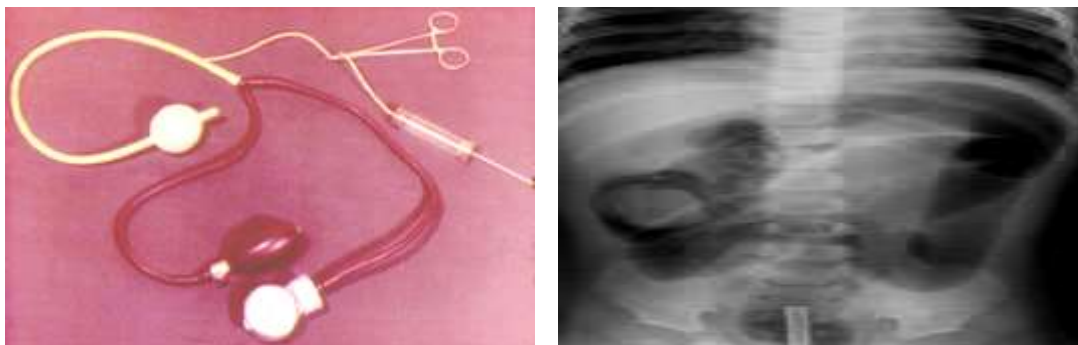
Ichak invaginatsiyasining diagnostikasi – pnevmoirrigoskopiya va pnevmo-irrigografiyaga asoslaniladi. Buning uchun rentgen xonada to‘g‘ri ichak orqali yo‘g‘on ichakka havo yuboriladi va havoni ichak bo‘ylab ko‘tarilishi rentgen ekranida kuzatiladi. Agar invaginatsiya bo‘lmasa havo ichak bo‘ylab erkin ko‘tariladi va hatto ingichka ichakka ham qisman o‘tadi. Agar invaginatsiya bo‘lsa, havo o‘sha sohaga borib to‘xtab qoladi va invaginat boshchasi yaqqol ko‘rinadi. Kasallik boshlangandan 12 soatgacha vaqto‘tmagan bo‘lsa, shu xolatda yana oz miqdorda bosim ostida havo yuborilsa, invaginat to‘g‘rilanib ketishi mumkin. Agar kasallik muddati 12 soatdan ko‘p bo‘lsa bu usulni qo‘llash mumkin emas.

Rentgenologik tashxis: Umumiy rentgenogrammada invaginatsiyaning ikkilamchi belgilari aniqlanadi: yo‘g‘on ichakda gazning bo‘lmasligi, invaginat «boshchasi» evaziga gomogen soyaning borligi, ingichka ichakda xaddan tashqari havo to‘planib, unda ko‘p sonli Kloyber kosachalari aniqlanadi.



38 rasm invaginat «boshchasi» evaziga gomogen soyaning borligi, ingichka ichakda xaddan tashqari havo to‘planib, unda ko‘p sonli Kloyber kosachalari

Aniq ma'lumotni kontrast rentgenoskopiyada olish mumkin. Kontrastlovchi faktor sifatida havo yuboriladi. Bu natijada yuborilgan havo invaginat «boshchasiga» etib, uni aniqko'rish mumkin.



39 rasm Invaginatsiyada pnevmoirrigografiya

Havo yuborish texnikasi: uchlik (troynik) bilan ulangan kateter orqa chiqaruv teshigiorqali uning ampula qismiga o'tkaziladi. Uchlikning ikkinchi va uchinchi qismlari monovakkum metr va Richardson baloniga ulangan. Rentgenosqopiya vaqtida apparat orqali ichakga simob ustining 40-50 mmbosimida 2-3 dakika davomida havo yuboriladi. Bunda ichak naychasini havo bilan to'lishi kuzatiladi va invaginat sohasida soya aniqlanadi.

Qiyosiy tashxislash.Qiyosiy tashxisni qorin sohasida xurujli og'riqbilan, qaytqilish, hamda qorin bo'shlig'ida hosila, orqachiqarish teshigidan qon keluvchi xastaliklar bilano'tkaziladi.

1. Ko'krak yoshdagi bolalarda invaginatsiyani dizenteriya kasalligi bilan almashtirib xatolikga yo'l qo'yishadi. Dizenteriyada xastalik invaginatsiyaga o'xshab bolaning sog'lomligida birdaniga o'ta o'tkir boshlanmaydi. Xurujlar orasida «yorik» oralik bo'lmaydi. Bemorda suyuq, yiringli axlat kelishi kuzatiladi.

Rektal tekshirishda sfinkterda spazm kuzatiladi.

2. SHenleyn-Genoxa xastaligida kuzatiladigan abdominal sindrom sindrom invaginatsiyada kuzatiladigan alomatlariga o'xshab ketadi: qorin sohasida kutilmagan xolda o'tkir xurujlanuvchi og'riq, qaytqilish va axlatda qonbo'lishi. SHenleyn-Genox xastaligida xatolikga yo'lqo'yib laparotomiya kilinsa

bemorninghayotiga xavf tug'iladi. SHenleyn- Genox xastaligi odatda bolalarni 3 yoshidan keyingi davrida kuzatiladi, umumiy og'ir ahvolda, maxalliy belgilari o'ta kam bo'ladi. Xarakterli simptomlaridan biri-vasqulyar reaksiyadir.

3. Nisbatan katta yoshdagi bolalarda invaginatsion o'tkir ichak tutilishini, o'tkir appenditsit bilan qiyosiy tashxislashga to'g'ri keladi. O'tkir appenditsitda qorin sohasidagi og'riq doimiy bo'lib, xurujlanmaydi, «yorik» davr yo'q. Axlat keladi, gaz chiqadi, qorin sohasida assimetriya yo'q. Invaginatsiyani peritonit bilan asoratlangan shaklida, uni o'tkir appenditsitdan qiyosiy tashxislash o'ta qiyinbo'ladi.

4. Invaginatsion o'tkir ichak tutilishini peptik yara, asoratlangan Mekkel divertikulidan, ichak gemangiomasidan qiyosiy tashxislashda katta qiyinchilikga duchor kelish mumkin. YUqorida ko'rsatilgan xastaliklarda, qon ketish birinchi klinik alomati bo'ladi. Bemorni umumiy ahvoli yaxshi bo'lib unda xurujli og'riq kuzatilmaydi. Orqa chiqaruv teshigi orqali chiqqan qonda yiring bo'lmaydi. Paypaslanganda kolbasasimon hosila kuzatilmaydi.

Davolash. Davolashning asosiy prinsipi barvaqt dezinvaginatziya qilishdir. Davolash taktikasi va unda qo'llanildigan davolash uslubi quyidagilarga bog'liq: invaginatsiyaning joylanishi, uning shakli, davomiyligi va bemorning yoshi bilan bog'liq.

Ichak invaginatsiyasining davosi - ikki xil davolash usuli bor:

1. kasallik boshlangandan 12 soatgacha muddatda konservativ usulda, ya'ni pnevmoirrigoskopiya vaqtida invaginat to'g'rilanadi (yuqorida bu xakda yozilgan).

2. agar kasallik boshlanganidan 12 soatdan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, u xolda operativ davo qo'llaniladi. Laporatomiya qilinib, dezinvaginatziya qilinadi. Agar ichak nekrozi kuzatilsa, bu xolatda ichak rezeksiyasi va oxirini – oxiriga anastomoz qo'yiladi.

Konservativ davolash. Bu uslub nisbatan oddiy, noinvaziv bo'lib uning asosida ichak naychasiga havo yokisuyuqlik yuborgan xolda invaginatga mexaniq

ta'sir ko'rsatish yotadi. Qo'llanildigan mexanik tasirlar orasida, ratsional uslub yo'g'on ichakga havoni dozalangan me'yorda yuborishdir.

Konservativ davolash kamtravmatik uslub bo'lib, shu bilan birga bir necha faktorlarga ko'ra chegaralangan bo'lishi lozim:

A) invaginat ingichka ichakda joylashgan bo'lsa, texnik nuqtai nazardan o'nga havoni o'tkazishning iloji yo'q.

B) harakatchan yonbosh – chambar invaginatsiyada ichakning invaginatsiyaga duchor bo'lgan qismi baugen tutqichida (zaslonka) joylashsa, bunda invaginatsiyadan keyingi birinchi soatlardan konservativ dezinvaginatsiya erishish mumkin emas, chunki sirqo'lyator buzilishi keskin rivojlanib zudlikda dimlanishga va shishga olib keladi. Invaginatsiyaning ushbu shaklini kontrast rentgenogrammani to'g'ri bajarsa oson aniqlash mumkin.

V) Invaginatsiyaning boshlanish davridan 12 soat o'tkandan keyin hamda uning davomiyligi noaniqbo'lgan xollarda konservativ davolash mumkin emas.

G) Agarda invaginat mexanik sabablar (polip, divertikul va x.k.) natijasida ro'yobga kelganda ham konservativ davolash natija bermaydi.

D) Agarda invaginatsiya takroriy bo'lsa, uning joylanishiga va boshqa sabablarga ko'ra patogenetik konservativ davolash mumkin emas.

Invaginatsiyani konservativ davolash texnikasi. Muolaja boshlanishidan 30 – 40 dakika oldin bemorning teri osti kletchatkasiga yoshiga mos dozada promedol va atropin eritmalari yuboriladi. Dezinvaginatsiya rentgen kabinetida o'tkaziladi. O'ta injik bolalarga kalipsol bilan narkoz beriladi, bemorni gorizontal xolatda yotqiziladi. Yo'g'on ichakga davo yuborish bir necha uslubda o'tkaziladi:

1.Ochiq uslub. To'g'ri ichakning 15 – 20 sm chuqurligiga № 9 – 10 rezina kateter yuboriladi. U uchlik orqali Richardson balloni va monovakuummetr bilan ulangan. Havoni manometrda bosim 40mm simob ustuniga ko'tarilguncha yuboriladi. Keyin qorin bo'shlig'ini rentgenogramмага oladi. Agarda yonbosh – yo'g'on ichagi invaginatsiyasi tashxisi qo'yilsa, konservativ davolash tadbiri shuning bilan

to'xtatiladi. Agarda yo'g'on ichak invaginatsiyasi aniqlansa, havo yuborishni «itarish» shaklida («tolchkoobrazno») davom qilinadi, qisqa muddatda bosimni 60 – 70 mm simob ustunigacha ko'tariladi.

2.YOpiq invaginatni (me'yorli) Roshal uslubida dezinvaginatlash. Muolaja boshlanishidan 20 – 30 daqiqa oldin presakral blokada (10 – 15 ml 0,25% novakainli eritmasi) qilinadi. Bemorni rentgen stolida gorizontal yotqizilib, to'g'ri ichakga obturatorlik rezina kateteri 15 – 20 sm chukurlikga yuboriladi. Obturatorning ichiga maxsus moslama orqali havo yuborib uni kengaytiriladi. So'ng obturatorning turishini rentgenologik tekshiradi. Yo'g'on ichakga havo yuborilib, u doimo kuzatiladi. Rentgen ekranda invaginat «boshchasi» aniqlanishi bilanyo'g'on ichakga yuborilgan havoning bosimini 40 – 70 mm simob ustunigacha ko'tariladi. Har 40 – 50 sekundda rentgen nazorat o'tkaziladi. Odatda dezinvaginatlash 3 – 4 minutdan keyin aniqlanadi.

3.Partnov uslubida yopiqbosqichma – bosqich dezinvaginatlash. To'g'ri ichakga konservativ davolashda qo'llanildigan kateterni 15 – 20 sm chukurlikgacha o'tkaziladi. Obturatorga havo yuborilmagan xolda, ichakka havoni asta sekin yuborib, bosim simob ustunining 30 – 40 mm gacha ko'tariladi. Keyin rentgenogramma qilinib, agarda bemorda ingichka ichak yoki ko'r – chamber ichak invaginatsiyasi tasdiklansa bemorni operatsiya xonasiga o'tkaziladi. Yo'g'on ichak invaginatsiyasi aniqlansa bemor yoshiga mos dozada atropin va promedol qiladi, obturatorni ham havo bilan to'ldirgan xolda ichakga havoni Roshal uslubida 60 – 80 mm simob ustunigacha ko'tariladi. SHu bilan birga bemorning qorin sohasini massaj qilinadi. Bunday muolajadan keyin natija bo'lmasa 1 – 2 minuto'tgach bosimni yana 10 mmga ko'tariladi, hamda qorin devori massaj qilinadi. Bunday taktika toki konservativ dezinvaginatlashga erishguncha o'tkaziladi. Dezinvaginatlashga erishganda bosim keskin pasayadi.

Konservativ dezinvaginatlashni natijasini quyidagi ko'rsatkichlarga asoslangan xolda baxolanadi:

1. Rentgenologik belgilar:

- a. Yo'g'on ichakning barcha qismi havo bilan to'lgan;
 - b. Invaginatga xos bo'lgan soyani yuqolishi.
 - c. Ingichka ichakda havoni ko'payish.
2. Klinikbelgilar: Bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi, orqa chiqaruv teshigidan gaz chiqishi va axlat kelishi kuzatiladi.

Invaginatnioperativuslubdadavolash. Invaginatsiyani operatsiya uslubi bilan davolashda quyidagi ko'rsatmalar asos bo'ladi: ingichka ichak invaginatsiyasi xastalik boshlanishidan 12 soat o'tgan bo'lsa, anamnestik ma'lumot noaniq bo'lsa, agarda ingvaginat orqa chiqaruv teshigidan chiqqan bo'lsa, hamda nisbatan katta yoshdagi bolalarda (2 yoshdan katta).

Operatsiyaga tayyorgarlik. Operatsiyaga tayyorgarlik qisqa muddatda va intensiv ravishda o'tkaziladi. Operatsiya oldi tayyorgarlikning davomiyligi va qilinadigan tadbirlar har bir bemor uchun individual bo'ladi. Operatsiyani faqat endotraxeal narkoz ostida o'tkazish lozim.

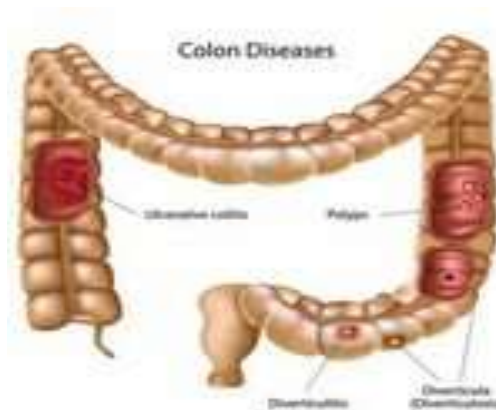
Operatsiya texnikasi: O'rta yoki o'ng tomondan transrektal chizig'ibo'ylab laparotomiya qilinadi. Operatsiya jarayonida qorin bo'shlig'idagi suyuqlik borligiga uning miqdoriga e'tibor berish lozim. Agarda qorin bo'shlig'ida to'plangan suyuqlik loyqa bo'lsa bu ichakning nekrozga uchrashi natijasida kuzatiladi. Qorin bo'shlig'ini taftishlashni ichakni eventratsiya qilmasdan o'tkazish lozim. Taftishlash barmoqlar (agarda bola kichkina bo'lsa), yoki qo'lbilano'tkaziladi. Taftishlash chamber ichakdan boshlanib, keyin o'ng yo'g'on ichakni va ko'r ichakgacha o'tkaziladi. Bunda invaginat aniqlanmasa, yo'g'on ichakning chap tomoni taftishlanadi. Nixoyat, bunda ham aniqlanmasa, ingichka ichak taftishlanadi. Taftishlash payitida ingichka ichak va yo'g'on ichak invaginatsiyasi dezinvaginatitsiyalanishi mumkin. CHambar-yo'g'on ichak invaginatsiyasini deyarli barcha bemorlarda kiyinchilik bilan dezinvaginatitsiya qilinadi. Dezinvaginatitsiyadan keyingi davrda ichakni ilik novokain yoki osh to'zining 0,9% eritmasi bilan namlangan doka bilan o'raladi, ichak tutqichiga 0,25% li novokain eritmasidan 10-15ml yuboriladi. Keyin ichak naychasi takroran ko'zdan kechiriladi, bunda invaginatsiya natijasida rivojlangan nekrozni aniqlash

yoki inkor qilishko'zda to'tiladi. Agarda nekroz belgilari aniqlansa, ichakni rezeksiya qilib, operatsiyani anastomoz qo'yish bilan yakunlanadi.

Operatsiyadan keyingi davrda davolash. Operatsiyadan keyin bemorni intensiv terapiya o'tkazilishiga ajratilgan xonada yotqizilib, bemorga og'riqsizlantiruvchi, yurak tomir tizimini stimullovchi va antibiotiklar tavsiya qilinadi. Undan tashqari kerakli xajmda va sifatini inobatga olgan xolda infuzion terapiya hamda oksigenoterapiya o'tkaziladi. Extiyoj tug'ilsa (ichakda paralitik xolat bo'lsa), peridural bo'shlig'iga miqroirrigatlar qo'yib, peridural anesteziyani 2-3 kun davomida o'tkaziladi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda quyidagi asoratlar kuzatilishi mumkin: gipertermik sindrom, ichak parezi, operatsiyadan keyingi jaroxatning yiringlashishi, eventratsiya va ikkilamchi peritonit.

ICHAK POLIPI Va POLIPOZIDA

QON KETISH.



40 rasm Yugon ichak anatomiyasi

Polip - bu kliniko-anatomik tushuncha va ichak shilliq qatlamidan shakillangan kichik o'sma bo'lib, uning atrofi shilliq qatlamning epitelial xujayrasi bilan koplangan. Bolalarda polip ichak naychasining barcha sohasida uchraydi, ammo ko'pincha u yo'g'on ichakning terminal qismida uchraydi. Adabiyotlarda to'g'ri ichak polipi, ichak yo'llarida uchraydigan barcha poliplarning 95-96% tashkil qiladi. Polip asosan 3-6 yoshdagi bolalarda uchraydi, o'g'il bolalarda kizlarga nisbatan ko'prok uchraydi. Polip va polipozlarning bir necha klinik,

kliniko-morfologik, morfologik tasnif sxemalari mavjud. (V.L.Rivkin, soavt. 1969). Bolalar xirurgiyasi amaliyotida adenomatoz polip ko'prok uchraydi. Diagnostika nuqtai nazardan polip va polipozlarni quyidagi guruxlarga bo'lib taxlil qilish maqsadga muvofiq:

1. To'g'ri ichak poliplari
2. Yo'g'on ichakning yuqori qismidagi poliplar
3. Yo'g'on ichakning diffuz polippozi.

Poliplarning bunday prinsipda guruxlarga bo'linishining afzalligi, har guruxda uziga xos davolash taktikasini qo'llanishi bilan bog'liq. To'g'ri ichak polipi nisbat ko'proq 4-7 yoshdagi bolalarda kuzatiladi, birinchi 3 yilda nisbatan kam (5,9%) uchraydi. SHuningdek, bemorlar xirurgga xastalik belgilari paydo bulgandan keyin birinchi oylarda murojaat etishadi.

Klinikasi. To'g'ri ichak polipiga xos bulgan xarakterli klinik alomati, axlatda qon paydo bo'lishidir. Odatda qon o'zgarmagan, **aliy**, defekatsiya aktining oxirida bir necha tomchi sifatida kuzatiladi. Ayrim xollarda bemorlar anal sohasida tortilib og'rishga shikoyat qiladilar. Bunday xolat "**oyokchasi**" bo'lsa, u akt defekatsiyasida yoki kuchanganda tashqiriga chiqishi mumkin. Bemorning **umumiy axvoli** qonikarli bo'lib, fakat uzoq muddatda kuzatilgan qon ketish anemiyaga olib kelishi mumkin. Buning natijasida bemorlarda anemiyaga xos klinik alomatlar paydo bo'lishi mumkin. Aslida anemiya, polipning yuqorida joylashgan variantlarida nisbatan ko'prok uchraydi. Tashxis bemorning anal teshigiga barmoq tikib tekshirish bilan yakunlanadi. Ushbu uslubdagi tekshirishdan keyin 70-75% bemorlarda to'g'ri tashxislashga erishish mumkin. Barmoq bilan tekshirishdan oldin bemorlarda tozalov klizmasini qilish lozim. Odatda polip to'g'ri ichakning ampula qismida va ko'proq uning orqa devori sohasida joylashgan bo'ladi. Barcha bemorlarda tashxis yakuni rektomonoskopiya bilan tugashi lozim, bunda barmoq bilan tekshirishda aniqlanmagan polipni aniqlash mumkin. Undan tashqiri rektoskop bilan tekshirish jarayonida bemorda proktit yoki polipning yaralanishi aniqlanadi. To'g'ri ichak polipini ichakdan qon ketishi bilan xarakterlanadigan o'zga xastaliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin:

gemorroy, shilliq qatlamning yorilishi, yomon sifatli o'sma va xokazo. Bu bemorlarni operatsiya uslubi bilan davolanadi. Orqa chiqaruv teshigiga rektal oynagini kirgizib, so'ng u ochiladi. Anal kanaliga antiseptik ishlov beriladi. Yod eritmasi. Keyinchalik kurgichni uz atrofida aylantirib gilosga o'xshab turgan, qon tomchilayotgan usimtani qisqichga olib, keyinchalik u kesib olinadi. Qisqichda qolgan qismining pastgi sohasiga shilliq qatlam bilan birga olgan xolda chok qo'yiladi va qisqich atrofini aylangan xolda boylanadi.

Yo'g'on ichakning yuqori qismidagi poliplar, Bunday poliplar bolalarda nisbatan kam uchraydi va yo'g'on ichakning barcha sohasida bo'lishi mumkin. Klinikasi. Ota-onalar bolaning axlatini oxirgi qismiga axlatga aralashmaga xolda qon borligi shikoyati bilan vrachga murojat qilishadi. Qon koramtil, ayrim xollarda ivigan bo'lib, o'ta pishgan gilosning rangida bo'ladi. Yo'g'on ichakning yuqori qismida joylashgan polipi tashxisi nisbatan kiyin bo'lishi mumkin. Chunki yuqorida ko'rsatilgan klinik alomatlar Mekkel divertikulidan yoki ichak gemangiomasida kuzatiladigan qon ketishiga o'xshaydi. SHu sababli ayrim xollarda bu xastaliklarni qiyosiy ajratish faqat tashxisiy laparatomiya uslubi bilan o'tkaziladi. Mekkel divertikulida, hamda ichak gemangiomasida kuzatiladigan qon ketish, yuqoridagi qismidan qon ketishdan o'zining kutilmagan xolda paydo bo'lishi, qonni ko'p miqdorda yo'qotilishi, bemorda xattoki postgemorragik anemiya kuzatilishi bilan ajraladi. Davolash. Polipning yuqorida joylashgan shakli fakat operatsiya uslubida davolanadi. Operatsiya ikki xil bo'lishi mumkin: Birinchisi - kolotomiya, polipni olib tashlash va ichakdagi jaroxatni bartaraf etish. Ikkinchisi-ichakning polip bor sohasini rezeksiya qilish va anastomoz **quyish**. Operatsiyadan oldin boshlangan konservativ davolash operatsiyadan keyingi davrda davom ham ettiriladi.

YO'G'ON ICHAKNING DIFFUZ POLIPPOZI

Diffuz polippoz asosan o'smirlarda kuzatiladi. Ammo u 10-14 yoshda ham uchrashi mumkin. Odatda bu shakldagi polippoz ko'pincha adenokarsinoma turida o'tadi.

Klinikasi. Odatda bemor bolalar qorin sohasida xurujlik noxush tuyguni sezadi, ichi suyuq o'tib, unda shilimshik, yiringsimon massa hamda qoramtil qon bo'ladi. Ayrim xolda qon ketishi defekatsiya akti bilan bog'liq buylmaydi. Bemorning umumiy ahvoli asta-sekin og'irlashadi: kamquvvatlilik, ishtaxasizlik, tez charchash, anemiyani progressiv ravishda kuchayishi, ozish va hokazolar. Paypaslash, rektomonoskopiya, rentgenografiya natijalari to'g'ri tashxislashga asos bo'ladi. SHu bilan bir qatorda, bu xastalikni dizenteriya, qon xastaliklari ichakdan qon ketishiga olib keluvchi boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxislashni talab qiladi.

Davolash. Davolash muammosini hozirgi kungacha to'la xal qilingan deb bo'lish qiyin, o'z vaqtida professor A.M. Aminov tomonidan tavsiya etilgan konservativ terapiya keng qo'llanilar edi. Ko'p yillik ko'katlar guruxidan bo'lgan chistoteli ko'katini ezib, undan olingan sharbatni rer rectum klizma sifatida qo'llanilgan. Ushbu uslub muallifdan tashqari hech bir izlanuvchi tomonidan keng ravishda qo'llanishga tavsiya qilinmadi. Natijada bugungi kunda barcha bolalar xirurglari diffuz polipozni davolashning yagona yo'li sifatida operatsiya uslubini tavsiya etadilar. Xirurgik operatsiyaning xajmi ichakda **polishno** uning tarqalishi bilan bog'liq. Operatsiya chap yoki o'ng tomonli segmentar rezeksiya va nihoyat subutotal kolektomiya turlarida o'tkazishi mumkin.

To'g'ri ichak polipi

Polip kliniko-anatomik termin bo'lib, shilliq pardadan o'suvchi xavfsiz o'smaga polip deb aytiladi. Bolalarda polip ovqat hazm qilish tizimi nayini hamma qismida shuningdek, yo'g'on ichakni distal qismida 95 % gacha uchraydi. O'g'il bolalarda qizlarga nisbatan ko'proq quzatiladi.

Poliplarni paydo bo'lish sabablari hozirgacha noaniq bo'lib, ba'zi olimlar bu kasallikni embrionni dezontogenetik ta'sirlar natijasida, shilliq parda shoh qavati xujayralari rivojlanishi bilan bog'lashadi. To'g'ri ichak polipi bilan kasallangan bemorlar anamnezi so'ralganda ko'pchilik hollarda ich burug'i, ichak invaziyalari bilan kasallanganligini bilish mumkin.

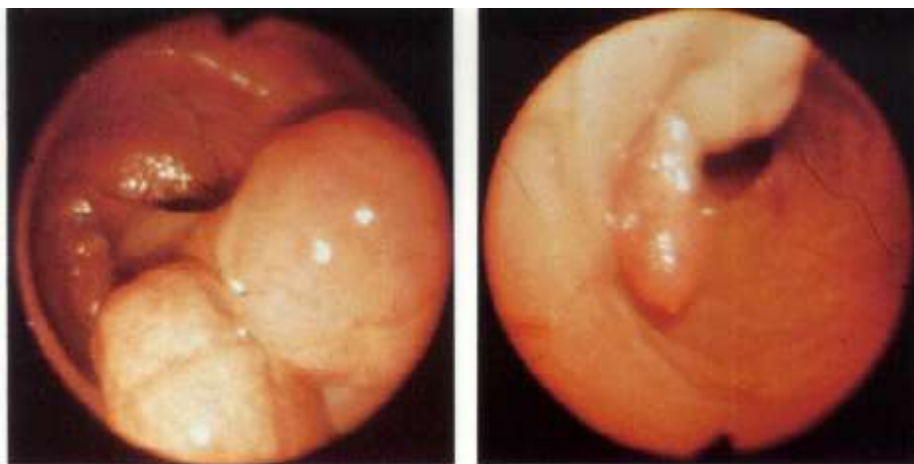
Klinika va diagnostikasi. To‘g‘ri ichak polipi kasalligini asosiy belgilaridan biri bemorlarning qon aralash axlat qilishidir. Anamnezida bemorning onasi yoki o‘zi, axlat qilib bo‘lgandan keyin anal teshigidan tomchilab qon ketishini aytadi. Bu holat defekatsiya payti axlatni polip yuzasini jarohatlashi ta‘sirida kelib chiqadi. Ba‘zi hollarda bemor defekatsiya payti og‘riq bo‘lishidan shikoyat qilishadi, polip defekatsiya payti pastga tortilib ogriq paydo qiladi. Anal teshigi orqali chiqqan payti shilliq parda tushishiga o‘xshab ketadi.



41 rasm To‘g‘ri ichak polipi(polipning to‘g‘ilishi)

Kasallikka tashxis qo‘yish unchalik qiyinchilik tug‘dirmaydi. To‘g‘ri ichakdan qon ketganda birinchi navbatda to‘g‘ri ichak polipi haqida o‘ylash mumkin. Ko‘rik anal teshigini vizual ko‘rishdan boshlanib, unda anal yorig‘i, gemorroy, to‘g‘ri ichak angiomasi kasalliklarini inkor etish kerak. Keyinchalik barmoq bilan tekshirishga o‘tiladi. Buning uchun bemor kechqurun va ertalab tozalovchi huqna qilinadi va rezina qo‘lqop yordamida vazelin yog‘i artilib, ko‘rsatkich barmoq bilan ko‘riladi. 80 % bemorlarda polip barmoq bilan paypaslanadi. Mahalliy holatni qayd etmoq uchun bemor anal teshigi qov suyagi tomoni XII va dumg‘aza tomoni VI soat bilan ikkala yoni esa III-IX soatlar bilan belgilanadi. Tashxisni aniqlashtirish maqsadida endoskopik tekirishlar:

rektoskopiya, rektoromonoskopiya endoskopist mutaxasislar tomonidan qilinadi. Aks hollarda, shilliq qavat burmalarini polip bilan adashtirish mumkin.



42 rasm Kolonoskopiya - to'g'ri ichak polipi uzun oyokchada va keng asosda ko'rinishi

Davosi. Har qanday holatlarda ham polip olib tashlanmog'i zarur. Aksincha bu qon ketish hisobiga bolaning normal o'sishiga ta'sir qiladi.

Polip joylashgan o'rni va soniga qarab bir necha operativ uslublar mavjud:

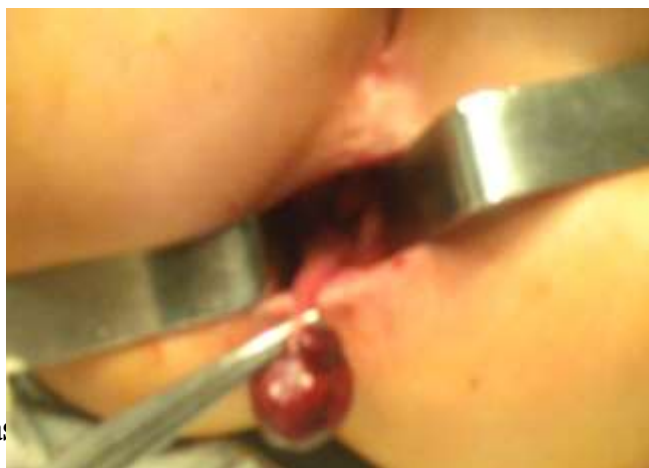
1. Anal teshigi orqali bemor operatsiyadan bir kun oldin sifonli huqna qilingach umumiy og'riqsizlantirish ostida anal sfinkterlari rektal oyna yordamida kengaytiriladi, polip qisqich bilan ushlanib asosi tiqiladi va kesib tashlanadi. To'g'ri ichakka Veshnevskiy malhami surkalgan tampon qo'yilib, operatsiya tamomlanadi. Bu usul 3-6 smgacha chuqurlikda bo'lgan poliplarda qo'llaniladi.

2. Endoskopiya yordamida, 6 sm va undan yuqorida joylashgan asosi ingichka poliplarda qo'llaniladi. Polip maxsus termokogulyator yordamida kuydiriladi va olib tashlanadi.

3. Kolotomiya. YUqorida joylashgan va asosi keng bo'lgan poliplarda termokogulyasiya qilish maqsadsiz xisoblanib, bemorlar laparotomiya qilinadi. Bunda jarroh polip joyini tezroq topish maqsadida yordamchi to'g'ri ichakda rektoskop (kolonoskop) yordamida polip bor joy ko'rsatib turiladi. Ichak qon tomiri bilan kam ta'minlangan joyidan ochilib, polip olib tashlanadi va shilliq qavat ketguli chok bilan, ichakni jarohati esa ikki qavat qilib tiqiladi.

4. Ichak rezeksiyasi. Agar poliplar ichakni bir qismida guruh bo‘lib, keng asosli bo‘lsa, laparatomiya qilinib o‘sha joy rezeksiya qilinadi, ichaklar oxiriga ulanadi.

Polip to‘lik olib tashlanmagan holatlardagina kasallik qaytlanishi mumkin.



43 ra

To‘g‘riichak tushishi

To‘g‘ri ichakning tushishi kasalligi, bu ichakning distal qismi devorining orqa teshigidan tushishidir. Ko‘pchilik adabiyotlarda bunday holatni «oralik churrasi» deb ham ataladi. Bu kasallik 90 % hollarda 1-4 yoshdagi bolalarda uchraydi.

Etiologiya va patogenezi. To‘g‘ri ichakni tushishi sabablari polietiologik bo‘lib, ularni shartli ravishda ikkiga bo‘lish mumkin: moyil sabablar ko‘pincha bola organizmining, xususan to‘g‘ri ichak va uni atrofidagi tuqimalarni anatomo-fiziologik – xususiyatlariga bog‘liq. To‘g‘ri ichak sagital burmalarining yo‘qligi dumg‘aza-dum egilmasining sust rivojlanganligi, Duglas bo‘shlig‘i tubining kam chuqurligi, S simon ichak tutqichining uzun bo‘lishi, to‘g‘ri ichak arteriyalarining tarqalma tipda bo‘lishi. YOsh bolalarda dumg‘aza suyagining botiqligi sust rivojlangan, chanoq etarli darajada egilmagan bunday holatda to‘g‘ri ichak to‘g‘ri chiziq shaklida bo‘ladi. Qorin ichi bosimi oshishi ichakni pastga qaratib bosadi. Duglas bo‘shlig‘ini tubaning holati ham katta ahamiyatga ega bo‘lib, u yosh o‘tgan sayin o‘zgrib boradi, bola qancha yosh bo‘lsa pufak-bachadon-ichak chuqurliklari shuncha past bo‘ladi. Qorin parda ichak chanoq qavati bilan qattiq bog‘lanadi, keyin qorin parda kichik chandiqdand yonbosh suyak qanotlari oldingi

va orqa devorlariga ko'tariladi. Duglas bo'shlig'ini tubi qancha yuqori to'rsa, qorin pardani to'tib turuvchi roli shuncha yaxshi ifodalanadi. Duglas bo'shlig'i cho'ntagini tubi qorin ichi bosimining oshishi natijasida, past joylashganda, ichakni oldingi devori oson invaginatsiyalanadi. Bu esa to'g'ri ichakni tushishiga sabab bo'ladi. Sigmasimon ichak tutqichi uzun va harakatchan bo'lsa, to'g'ri ichakning distal bo'limlari faqatgina yon tomonlarga emas, balki vertikal yo'nalishda ham siljiydi. Undan tashqari chanoq tubi muskullari inervatsiyasini bo'zilishi ham katta o'rin to'tadi. Ko'p jismoniy zuriqish, dumg'aza-sohasidagi jarohatlar pediatriya amaliyotida katta ahamiyatga ega. Keltirib chiqaruvchi sabablar. Bolaning umumiy toliqishi, defeksiya buzilishi bilan o'tuvchi ichakni kasalliklari kiradi. Dezentriya va dispepsiyada ich ketishi va tenezmi «odatdagi» ich qotmalarda ko'p ko'chanishlar qorin ichidagi bosimni oshishiga va to'g'ri ichakni tushishiga olib keladi. Bolaning doimiy uzoq vaqt «defekatsiya holatida» bo'lishi to'g'ri ichakni tushishida katta o'rin to'tadi. YAsli va bog'chaga qatnovchi bolalarda e'tiborsiz tuvakda (gorshok) ko'p o'tirib qolishi bunga misol bo'la oladi. Qorin ichidagi bosim oshishi bilan kechadigan kasalliklar, ko'k yo'tal, fimoz, qovuq va uretradagi toshlar va hakoazalar.

Kundalik amaliyotda eng qo'lay va ko'p qo'llaniladigan tasnifi:

A. Anatomik shakli (Lyonyushkin A. I., 1990)

1. SHilliq qavat tushishi

I. To'g'ri ichakning 2-2,5 sm. gacha tushishi

II. To'g'ri ichakni 1/2 va 2/3 qismi tushishi

III. To'g'ri ichak va sigmasimon ichakni bir qismi tushishi.

B. Klinik shakli:

a) kompensatsiya- Defekatsiya paytida tushishi va o'zi to'g'rilanishi.

b) subkompensatsiya - Defekatsiya paytida ichak tushishi va qo'l bilan to'g'rilanishi sfinkter etishmovchiligi I-daraja.

v) dekompensatsiya - ichak yo'talganda, aks urganda, kulganda, yig'laganda tushadi sfinkter etishmovchiligi II-III-daraja

Klinikasi va diagnostikasi. To'g'ri ichakning tushishi kasallik boshlanishida ko'zga tashlanmaydi. Keyinchalik esa tushishi rivojlanadi. Uning belgilari, tushishning shakli va darajalari tushishining doimiyligiga bog'liq bo'ladi. Tushgan shilliq parda to'q qizil yoki uning markazi yoriqsimon yulduzchali bo'ladi. Ma'lum vaqt sfinkter tonusi saqlangan bo'ladi. SHuning uchun chiqqan ichak kiyinchilik va og'riq bilan to'g'rilanadi. Bu esa ota-onasining sho'nga ahamiyat berishiga olib keladi. CHanoq tubi mushaklarining gipotoniya rivojlanishi bilan shilliq parda oson to'g'rilanadi, lekin shunday osonlik bilan ham chiqadi. Ichakning hamma qavatlarini tushganda tushgan qismi silindrik va sharsimon bo'ladi. SHilliq parda ko'kimtir rangda bo'lib, bir oz shishadi va tez qonashi mumkin. Kasallik qanchalik o'zok davom etsa, qon ketishi shunchalik ko'p bo'ladi. Ba'zi hollarda ichak uzoq vaqt to'g'rilanmay qolsa, shilliq pardasida yara hosil bo'lishiga olib keladi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Kasallik boshlangan davrda ichakning bir oz tushishi kuzatiladi va levatorlar qisqarib, tortilib va qaytadan joyiga kiradi. Keyinchalik uzayadi va to'g'ri ichakning chiqishi o'z-o'zidan to'g'rilanishining iloji bo'lmaydi. Bu vaqtda ota-onasi qo'l bilan to'g'rilaydi. Kechiktirilgan hollarda ichak tushishi uzayib, defekatsiyaga bog'liq bo'lmay biroz jismoniy zo'riqishda, bosim oshganda, kulganda, aksirganda sodir bo'ladi. Bunda faqatgina qo'l bilan to'g'rilash mumkin. Sfinkter kuchsizlanganligi tufayli ichak axlatni to'liq tuta olmaydi.

Kasallikning anatomik shakllari kelib chiqishini klinik davrlari bilan bog'liq. Demak, to'g'ri ichakning chiqishi Ia, Ib, Iv, IIb, IIv, IIIb, IIIv xillari bo'ladi. Ichakning qancha ko'p qismi chiqsa, kasallik shuncha og'ir kechadi. Kam hollarda to'g'ri ichakning birdan katta qismi tushadi. Bu holat faqat katta yoshdagi bolalarda og'ir narsa ko'targanda yoki jarohat natijasida yuz berishi mumkin. Agar tashqi sfinkter qisqarishi saqlangan bo'lsa, tushgan ichak qisilib qolishi mumkin. Bunda bemor anal teshigi atrofidagi kuchli og'riqdan shikoyat qiladi. Ko'rik paytida tushgan ichak shishgan, paypaslaganda bemor kuchli og'riq sezadi. Rangi ko'kimtir qora bo'lib joyiga to'g'rilanmaydi. Bunday holatlarda anal teshigi umumiy og'riqsizlantirish ostida kengaytirilib, ichak to'g'rilanadi.

Diagnostikasi: chiqqan to‘g‘ri ichakka tashxis quyish unchalik qiyin emas. Kasallik haqida ota-onasi o‘zlari aytib beradi. SHo‘nga qaramasdan vrach to‘g‘ri tashxis qo‘yganligini tasdiqlash va boshqa kasalliklarni inkor etish maqsadida ko‘rikdan o‘tkazmogi lozim. Kurik paytida bemorni chiqqan ichagini ko‘rmasligi ham mumkin. Kasallikni bilish maqsadida bemorga tozalovchi ho‘qna qilinib tuvakka o‘tirg‘izish lozim. Ba‘zi hollarda to‘g‘ri ichak tushishini anal teshigi orqali tushgan to‘g‘ri ichak polipi va invaginat bilan almashtirish mumkin. Buni barmoq bilan ko‘rganda bir-biridan farq-lanadi.

Davosi. To‘g‘ri ichak tushishida 3 xil davolash tafovut qilinadi.

1. Konservativ davo. 4-5 yoshgacha bo‘lgan va undan katta bo‘lgan bolalarda Ia, Ib, Iv, IIb, IIv shakllarida qo‘llaniladi. Konservativ davolash uch yo‘nalishda olib boriladi:

a) kasallikni keltirib chiqaruvchi sababni yo‘qotish (ich ketishi va qotishi), vitaminoterapiya, ovqatlanish tarkibini yaxshilash va h.k. Ich qotganda vazelin yog‘ bir choy qoshikdan uch mahal ichiriladi va tozalovchi ho‘qnalar qilinadi; b) bir vaqtni o‘zida defeksiya vaqtida qorin mushaklarini minimum tortilishiga olib kelishiga harakat qilinadi. Buning uchun bolani tuvakka o‘tirgizish man etiladi, ya‘ni orqa bilan yotgan holda va tik turgan holda axlat qilishi kerak, yoki anal teshigiga to‘g‘ri keladigan teshik qilib yasalgan qopqoqli tuvakka o‘tqizish lozim. Bu esa umumiy kompleks davoda juda ahamiyat kasb etadi. Buning uchun ota-onadan sabr va chidamlilik talab etiladi. Ularga davo muddati va darajasi bog‘liq bo‘ladi. Davolash muddati 2 xaftadan 3-4 oygacha; v) defekatsiyadan boshqa payti ham bolani kuzatib barmoq lozim, qay vaqt ichi tushsa birdan to‘g‘rilab qo‘ymoq kerak. Qanday qilib ichakni to‘g‘rilashni vrach bemor onasiga tushuntirishi kerak: bola orqasi bilan yotqizilib, chiqqan ichakka ko‘proq vazelin moyi surkaladi, salfetka yoki polietilen plyonka bilan asta-sekin kuch ishlatmasdan ichakka kiritilib yuborilgach, dumbalari bir-biriga leykoplaster yordamida tortilib qo‘yiladi.

Bundan tashqiri anal teshigi mushaklari va sfinkter apparatini mustahkamlash katta ahamiyatga ega; fizoterapiya, davolash fizkulturasi, elektrostimulyasiya.

Ko'pchilik xollarda bu hol yaxshi natija beradi. Davolash muddati 2 oydan 3-4 oygacha bo'lishi mumkin. SHu muddat ichida bemor davo topmasa murakkablashgan davolash usuliga o'tiladi.

2. Sklerozlovchi terapiya. Bu usul, qo'shimcha usul bo'lib, 5 yoshdan katta bo'lgan bolalarga to'g'ri ichak tushishining IIv, IIIv bosqichlarida, hamda 5 yoshdan kichik bo'lgan bolalarga konservativ davo foyda bermaganda qo'llaniladi.

Muolaja texnikasi: in'eksiya uchun 70 % li etil spirt, 1,4 ml kg bola vazniga beriladi, biroq 20-25 mldan oshmasligi kerak. Umumiy og'riqsizlantirilgan holda chap qo'lining ko'rsatkich barmog'ini to'g'ri ichakka tiqiladi va igna harakatini qattiq nazorat ostiga olinadi, chunki igna to'g'ri ichak devoriga chuqur kirib ketmasligi kerak. O'ng qo'li bilan asta-sekin 3 shprits ignasini 6-7 sm gacha chuqurlikkacha Eta nuqtasiga kiritiladi. Soat raqamlari bo'yicha soat 6-9 ga to'g'ri kelishi kerak va anal teshigining qirg'og'idan 1,5 sm tashqarida bo'lishi kerak. Igna suqilgan paytda tomchilab spirt yuboriladi, oxirida to'g'ri ichak yot qatlami atrofida 1 xil tekislikda bo'lgan infiltratsiya yuzaga keladi.

Bu muolaja o'tkazilgandan keyin 3-5 kun maboynida to'shak rejimi va 10-14 kun davomida unitazga yoki tuvakka o'tqazishga ruxsat berilmaydi, bola axlat chiqarish va siyishi yotgan holda bajarilishi lozim. Mahsus parhez tutilmaydi. Agar muolaja to'g'ri qilingan bo'lsa, kichik yoshdagi bolalarda sog'ayish 1 marta in'eksiya qilingandan keyin yuzaga keladi. Katta yoshdagi bolalarda esa in'eksiyani 3-4 kunda qaytarish lozim, agar 2 in'eksiyadan keyin musbat natija bermasa, manipulatsiyani davom ettirish foydasiz.

SHuni nazarda to'tish kerakki bu muolaja katta e'tibor va mahorat talab qiladi, aks holda turli xil asoratlarga olib kelishi mumkin. Misol uchun to'g'ri ichakka spirtni chuqur yuborganda yoki bir joyga ko'p yuborganda to'qimalar nekrozi va paraproktitning og'ir formasi yuzaga kelishi mumkin.

3. Operativ davo.

Bu katta yoshdagi bolalarda to'g'ri ichak tushishining III bosqichida va sklerozlovchi davo foyda bermaganda qo'llaniladi. Bu kasallikda operatsiyaning ko'p usullari tavsiya qilingan. Pediatriya praktikasida Tirsh operatsiyasi S.D. Ternovskiy modifikatsiyasi bilan bo'lgan operatsiyasi qo'llaniladi.

Tirsh - Ternovskiy operatsiyasi. Bu operatsiya to'g'ri ichakka yaxshilab tozalovchi ho'qna qilingandan so'ng umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Bemorni operatsiya stoliga letotomik holda yotqiziladi. Orqa chiqaruv teshigining yon tomonidan 1,5-2 sm o'zoklikda 2^{ta} simmetrik 2-2,5 sm uzunlikda teri kesiladi. Bu yaralar orqali Deshan ignasi bilan orqa chiqaruv teshigi atrofida qalin ipakli ip (5) o'tkaziladi va ularni barmoqlar nazorati ostida bog'lanadi. Bunda shuni hisobga olish kerakki, igna ichakni jarohatlamasdan ichak atrofidagi yog' to'qimadan o'tmog'i lozim. Kesilgan yaralar tiqiladi, iplar operatsiyadan 1-1,5 oy o'tgach olib tashlanadi.

Davolash natijasi. 90 % bemorlarda konservativ davodan keyin yaxshi natija beradi. Sklerozlovchi va operativ davolash asorat bergandagina o'lim qayd qilinadi. Kasallikning retsidiv berishi turli xil avtorlar buyicha 2-12 % gacha uchraydi.

Anal teshigi yorig'i

Orqa chiqaruv teshigi shilliq pardasining yorilishi ko'pincha anal kanalida uchraydi. YOsh bolalarga nisbatan maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda ko'prok kuzatiladi.

Etiologiya va patogenezi. SHilliq pardani yorilishi sabablari olib keluvchi va moyillik qiluvchi turlarga bo'linadi. Moyillik qiluvchi sabablarga shilliq parda shishi bilan keluvchi ich ketishlarga va proktitlar kiradi. Bunda shishgan shilliq parda oson jarohatlanuvchi bo'ladi. Anal kanalini shilliq pardasining yorilishini bevosita sababi qattiq jinsli (qonsestensiyali) axlat massalarining shilliq pardalarga jarohatlantiruvchi ta'siridan iborat bo'ladi. Bundan tashqari gijja kasalliklarida (ostritsa) orqa chiqaruv teshigi sohasi qichishi va instrumental tekshirishlar paytida qo'pol harakatlar (yatrogen) ham sabab bo'lishi mumkin.

Dastlab shilliq parda yorilishi yuzaki va ahamiyatsiz bo'lib, uzunligi bir necha millimetrgacha bo'ladi, keyinchalik ayniqsa ich qotishiga moyil bolalarda yoriq hajmi kattalashib, 1-1,5 sm gacha chuqurliqda bo'lib boradi. YOrilish kattalashib borishi bilan orqa chiqaruv teshigi sohasida og'riq kuchayadi va sfinkterning reflektor toroyishiga olib keladi, natijada bu og'riqni kuchaytirib yarani bitishini qiyinlashtiradi. Dastlab yoriqlar qirralari yumshoq tubi qizil radial joylashgan va uzunchoq shaklda bo'ladi. YOriq tubini orqa chiqaruv teshigi mushaklari tashkil qiladi. Agar bemorlar ratsional davolanmasa yaralar ovalsimon shaklga aylanadi, tubi va qirralari fibrinoz granulatsiya bilan qoplanadi. O'tkir yoriq surunkali turga o'tadi va jarayon neyrodistrifik xarakterda bo'ladi.

Klinikasi. YOriqlar ko'p hollarda soat strelkasi bo'yicha 6 da ko'proq uchraydi. Kasallik birdan o'tkir boshlanadi, ba'zi hollarda boshlangan paytini bilmaslik ham mumkin. Asosiy belgi orqa chiqaruv yo'lida og'riq, og'riq asosan defekatsiya aktining davom etishiga bog'liq. Bemorlarda og'riq defekatsiya payti boshlanib birdan o'tib ketadi, ba'zi hollarda esa defekatsiya payti kuchli og'riq boshlanib, bir necha soatlab davom etishi mumkin.



44 rasm Anal teshigi yorig'i

Orqa chiqaruv teshigi ko'rilganda, asta sekin kengaytirilganda, orqa komissura sohasida yorilish aniqlanadi, yoki tug'ri ichak barmoq bilan tekshirilganda og'riq paydo bo'ladi. Aniq tashxis rektoromanoskopiyada ko'yiladi.

Diagnostikasi. Bu kasallikni tashxis qo'yish anamnez ma'lumotlariga, anal soha ko'rigi va barmoq bilan to'g'ri ichakni tekshirishga asoslangan. SHuni unutmash kerakki, agar to'g'ri ichak shilliq pardasi yoriqligiga shuhba bo'lsa, instrumental tekshirish albatta yaxshi og'riqsizlantirilgandan keyin olib boriladi, xolbuki bemor bezovtalanib jarrohni aniq tashxis qo'yishiga halaqit beradi. Ko'rik orqa chiqaruv teshigi holatini ko'rishdan boshlanadi, buning uchun dumbalar qarama-qarshi tomonlarga siljiladi, yoriq ko'rinmasa rektoskop yordamida qaraladi.

Davosi. Orqa chiqaruv teshigi shilliq pardasi yorig'i konservativ yo'l bilan davolanadi. Davolashni asosiy yo'nalishi sfinkter spazmani va og'riqni yo'qotish, keyinchalik axlat qilishni normallashtirishga qaratilgan. Ich qotishiga moyil bo'lgan bemorlarda qotgan axlat defekatsiya payti yoriqni tirnab o'tadi va yarani bitishini qiyinlashtiradi. SHuning uchun bunday hollarda bemor ichini bo'shashtiradigan oziq-ovqatlar beriladi. Bemorlar 7-10 kun mobaynida iliq suv bilan tozalovchi ho'qna qilinib, kaliy permanganatli eritmada 3-4 marotoba tahorat qilinadi.

Agar belgilangan sxema bo'yicha qilingan davo ko'ngildagidek foyda bermasa, yoriq tagiga spirt-novakainli, gilrokortizon eritmasini novakain bilan bevosita in'eksiya qilishga o'tiladi. (Aminev A.M. 1965).

Texnikasi: vaqtli umumiy og'riqsizlantirish ostida sfinkter barmoqlar bilan kengaytiriladi, keyin yoriqning tashqi qirrasidan 1-3 ml 0,25 % li novakain ingichka igna orqali yuboriladi. Biroz vaqtdan keyin shu igna orqali yoriq tubiga 1-1,5 ml 70 % li spirt sepiladi. 3-4 kundan keyin muolaja qaytariladi. Bir bosqich 2-3 muolajadan iborat. Xuddi shunday tarzda yoriq ichiga gidrokortizon 15-20 mg, 2,5-3 ml 0,25 % li novakain bilan birga yuboriladi.

Maqsadi. Og'riqni qoldirish ximik-nevrotomiya, reperativ jarayonlar qon aylanishni yaxshilash.

Muolajalar bilan birga mahalliy davolashlar ham olib boriladi. Epitezatsiyani kuchaytiruvchi preparat oblepixa yog'i surtma holda qo'llaniladi.

GEMORROY

Gemorroidal chigallarni yallig‘lanishda ham qon ketish kuzatilishi mumkin. Bu xollarda qon vaqti-vaqti bilan ketib turadi, toza qon axlat bilan kelishi kuzatiladi. Katta yoshdagi astenik, kabziyat bilan og‘igan bolalarda gemorroidal shishlar, anal teshigi sohasida bo‘ladi. Bundan tashqari qon portal gipertenziyada anus sohasida joylashgan angiomalarda ham ketishi mumkin.

Poliklinika sharoitida vrach pediatrining davolash taktikasi: Vrach pediatri birinchi navbatda oshqozon ichak yo‘llaridagi qon ketishini xirurgik va noxirurgik xastaliklar o‘rtasidagi farqni ularning klinik alomatlarini, anamnestik ma‘lumotlarini to‘g‘ri taxlil qilish asosida to‘g‘ri qiyosiy tashxislab asosida birini ikkinchisidan ajratishi lozim.

Oshqozon ichak yo‘llarida kuzatiladigan qon ketishi xirurgik xastaliklari bilan bog‘liq bo‘lsa, bu bemorlarni xirurgik statsionarga etkizishi lozim. Chunki bu bemorlarning aksariyat qismini shoshilinch ravishda operatsiya qilishga to‘g‘ri keladi. Qolgan bemorlarning ham ko‘pgina qismi risola ravishda operatsiya qilishni talab qiladilar.

ADABIYOTLAR:

- 1.V.G. Akopyan - Xirurgicheskaya gepatologiya detskogo vozrasta. M., Meditsina 1982.
- 2.V.G.Astapenko, O.I.Rubaxov. Oxirurgicheskom lechenii sirroza pecheni. J. Vest. xirurgiya, 1981, No3, 49-52 s.
- 3.G.A.Bairov, A.G.Pugachev, A.P.SHapkin. Xirurgiya pecheni i jelchnyx protokov u detey. M., Meditsina, 1970.
4. I.A.Bairov, E.A.Ostrovskiy. Xirurgiya tolstoy kishki u detey L., Meditsina. 1974.
- 5.Bolshaya meditsinskaya ensiklopediya, tom 28. S. 473. M., Meditsina, 1986.
- 6.A.V.Gabay, V.V.Gavryushov. Xirurgiya selezenki u detey. M., Meditsina, 1969.
- 7.A.M.Grinev, V.P.Zemlyanoy, A.E.Borisov, P.P.SHipulin. Limfovenoznyy anastomoz v korreksii assita pri sirroze pecheni. J.. Vest. Xirurg, 1980, 2, 59-62 s.
- 8.M.Kosyura. Bolezn jeludka u detey. M., Meditsina, 1968.
- 9.A.F.Leontev, L.V.CHistova, I.M.Dikova, B.A.Markov. Blokada vnutripechenochnyx razvetvleniy vorotnoy vene u detey. J. Xirurgiya, 1979, 4, 80-85 s.
- 10.F.U.Nazirov, X.A.Akilov, A.V.Devyatov, A.SH.Asaboev. Prognoz vyjivaemosti pri sirroze pecheni i formirovanie grupp retsipientov dlya transplantatsii pecheni posle protosimtemnogo shuntirovaniya J. "Annaly, xirurgicheskoy gepatologii" M. 2000, tom 5, No 2, 7-10 s.
- 11.A.G.Pugachev. Xirurgicheskaya gastroenterologiya detskogo vozrasta. M, Meditsina, 1982.
- 12.V.A.Rivkin, I.M.Inoyatov, YU.N.Slavin. P.A.Lyudovskaya. Polipy i diffuznyy pollinoz pryamoy i tolstoy kishki M. Meditsina, 1969.
- 13.B.S.Rozanov - Jeludochnye krovotecheniya i ix xirurgicheskoe lechenie. M. Medgiz, 1960.
- 14.L.P.Ryabova, P.G.Masevich. YAzvennaya bolezni v detskom i podrostkovom vozraste. L, Meditsina, 1975.
15. «Bolalar xirurgiyasi» Tibbiet institutlari talabalari uchun darslik. (prof. A.S.Sulaymonov taxriri ostida). Toshkent, 2000.

MUNDARIJA

Kirish.	
1. Qizilo‘ngachdan kon ketish bilan kuzatiladigan xastaliklar	9
2. Qizilo‘ngach xalaziyasi.....	16
3. Diafragma churralarida qon ketish	18
4. Diafragmaning qizilo‘ngach teshigi churrasi.....	24
5. Portal gipertenziya sindromi	30
6. Oshqozon va 12 barmoq ichak yara xastaligi.....	57
7. Mallori-veys sindromi.....	66
8. Mekkel divertikulidan kon ketish.....	68
9. Oshqozon ichak traktini ikkilanishi.....	73
10.O‘tkir invaginatsion ichak tutilishi	74
11.Ichak polipi va polipozida qon ketish.....	88
12.Yo‘g‘on ichakning diffuz polipposi.....	90
13.To‘g‘ri ichak tushishi.....	94
14.Anal teshigi yorig‘i.....	100
15.GEMORROY.....	101
16.ADABIYOTLAR:	102