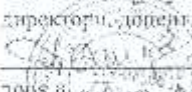


**УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
БОЛАЛАР ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯСИ КАФЕДРАСИ
БОЛАЛАР ЖАРРОХЛИГИ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССБ Ўқув-услуб илораси
директори, доцент
 Т.С. САИДОВ
2005 й. «2» ой. «15» кун



**БОЛАЛАРДА ОШКОЗОН – ИЧАК ТРАКТИНИНГ
РИВОЖЛАНИШ НУКСОНЛАРИ**

ТАЛАБАЛАР ВА МАГИСТРЛАР УЧУН УКУВ – УСЛУБИЙ КУЛЛАНМА

ТУЗУВЧИЛАР:

Самарканд Давлат тиббиёт институти ректори,
болалар госпитал жаррохлиги кафедраси мудири, болалар
жаррохлиги илмий маркази бош директори т.ф.д.,
проф. А. М. Шамсиев

Самарканд Давлат тиббиёт институти болалар госпитал
жаррохлиги кафедраси асс., т.ф.н. М.У. Супанкулов

Самарканд Давлат тиббиёт институти болалар госпитал
жаррохлиги кафедраси т.ф.д., проф. Д.О. Атакулов

Самарканд Давлат тиббиёт институти болалар
госпитал жаррохлиги кафедраси асс. Ф.Э. Рахимов

ТАКРИЗЧИЛАР:

Тошкент педиатрия институти болалар жаррохлиги
кафедраси мудири т.ф.д., проф. Н.Ш. Эргашев

II – Тошкент Давлат тиббиёт институти болалар
жаррохлиги кафедраси мудири, т.ф.д., проф. Ш.Т. Салимов

Самарканд Давлат тиббиёт институти 1 – сон
болалар жаррохлиги кафедраси профессори, т.ф.д.
М.К. Азизов

МАВЗУ: БОЛАЛАРДА ОШКОЗОН - ИЧАК ТРАКТИНИНГ РИВОЖЛАНИШ НУКСОНЛАРИ..

Болалар хирургиясида уқитишнинг асосий принципи – тугма нуксони булган болаларда, хусусан ошкозон – ичак трактининг тугма ривожланиши булган болаларни операциядан кейинги реабилитациясини ташкиллаштириш, врачлик ердамини курсатиш ва нозологик диагностикани аниклашни ургатишдан иборат. Болалар хирургияси курсида ургатиш дастури бошлангич курсларда утилган фундаментал фанлар таркибига фило-, онто- ва эмбриогенезга кирувчи одам узиши ва ривожланишининг физиология ва патологияси, семиотикаси ва замонавий, инструментал диагностика усуллари, даволаш ва реабилитациясининг классик стандарт асосларини урганади.

УҚИТИШ МАКСАДИ: Ошкозон – ичак тракти тугма нуксони булган болаларни клиник диагностикаси, даволаш ва реабилитациясини амалда куллаш ва тадбиқ қилиш.

УРГАНИШ УСУЛЛАРИ:

1. Ошкозон - ичак тракти ривожланиш нуксони булган болаларда касаллик этиологияси, патогенези ва клиникаси бўйича билимини шакллантириш.
2. ОИТ тугма нуксони булган болаларда лаборатор, рентгенологик ва инструментал текшириш усуллари ердамида студентларда клиник жихатдан қуриш ва текшириш қобилиятини ошириш
3. ОИТ тугма нуксони булган болаларда ҳаёти учун хавф тугдирувчи ҳолатларда талабанинг диагностик алгоритмни ўзлаштириши.
4. ОИТ тугма нуксони булган болаларда хирургик даволаш принциплари билан танишиш.
5. ОИТ тугма нуксони касалликларида даволаш диагностик стандартларга ва операциядан кейинги реабилитация баенномасига асосланган умумий врачлик ердамини курсатиш қобилиятини ошириш.

Болаларда ОИТС нуксони мавзуси бўйича талаб қилинадиган билимларни ошириш.

1. Одамнинг онто- , фило- ва эмбриогенези ҳақида тушунча
2. Боланинг нормал анатомия ва физиологияси.
3. Соғлом боланинг гематологик ва биохимик курсаткичлари.
4. ОИТ ривожланиш тугма нуксони учраши ва шаклланиш сабаблари, ирсий характери.
5. ОИТ ривожланиш тугма нуксонидида учрайдиган асоратлар ва улимга олиб келувчи сабаблари.
6. ОИТ ривожланиш тугма нуксонини даволаш.
7. ОИТ ривожланиш тугма нуксони профилактикаси.

ТАЛАБА БИЛИШИ КЕРАК:

1. ОИТ ривожланиш нуксони булган касал боланинг ҳолатини баҳолаш.
2. ОИТ ривожланиш тугма нуксони касаллиги булган болага ўз вақтида таъхис қўйиш, дифференциация қилиш, 1-врачлик ердамини курсатиш ва кейинги махсуслаштирилган тиббий ердамни курсатиш.
3. ОИТ тугма ривожланиш нуксони булган боланинг парваришини ташкиллаштириш.

4. ОИТ тугма ривожланиш нуксони булган касалларда клиник диагнозни тугри куйиш ва асослаш.

ПИЛОРОСТЕНОЗ (УТКИР ФОРМАСИ).

Касаллик ошкозон пилорик кисми мушак каватининг гипертрофияси хисобига кескин калинлашиши билан кечади. Бунда ошкозондан овкат эвакуацияси тутилиши аста-секин ривожланиб боради, то овкатнинг тулик утмаслигигача. Касаллик генетик гетероген хисобланади. Киз болалар ва утил болалар уртасида учраш эхтимоли 4:1 нисбатда.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ - касаллик симптомлари тусатдан бошланади ва кескин утади. Касаллик симптомларини намоен булиш вакти пилорик каналнинг торайиши даражасига ва организм компенсатор хусусиятларига боглик. Касалликнинг биринчи симптомлари касал хаётининг 2- хафта охири 3- хафта бошларида пайдо булади. Дастлаб овкатланишлар орасида фавворасимон кушиш кузатилади.

Кусук массасининг ивиган хажми бир марта овкатланиш миқдоридан куп. Сут сузмасимон ивиган, ачиган хидда булади. Кусук массасида ут булмайди. Баъзи холларда кусук массаси таркибида кон лахталарини куриш мумкин.

Узок тухтовсиз кушиш бола умумий ахволининг ёмонлашишига, туз-сув алмашинувининг бузилишига (гипохлоремия, эксикоз баъзан гипокалиемия)га олиб келади.

Болани овкатлантиришнинг иложи булмай қолади, чунки озгина сут хам кушишга олиб келади.

Сийдик ажратиш камаяди, ахлати тутилади еки диспептик “оч” ахлат булади. Бола тана массасини йукотади. Хар кунги тана массасининг камайиши бола тугилгандаги массага тугри келиб қолади. Касалликнинг 3 та формаси фаркланади.

1. енгил
2. урта огир
3. огир

Беморни кузатган вақтда эксикоз ва гипотрофия ривожланиш даражасини куриш мумкин. Курув вақтида корин девори эпигастрал соҳасида дам булади, ошкозон перистальтикаси “ кум соат “ куринишида булади.

Баъзан пальпация жараенида пилорик кисмни гипертрофияланганлигини аниклаш мумкин. Лаборатор текширишлар гипохлоремия; гипокалиемия, метаболитик алкалоз, коннинг куюклашганлигини (ОЦК, ОЦП пасайиши, ОЦЭнинг ошиши, гематокрит курсаткичи ва гемоглобин миқдорининг ошиши)ни курсатади.

Пилоростенознинг асосий ва кушимча аниклаш методи рентгенодиагностика хисобланади.

Текшириш нахорда бажарилади. Обзор рентгенографиядан кейин 5% ли барий аралашмаси бир марталик овкатланишга тенг хажмда берилади. Пилоростеноз учун куйидаги рентгенологик симптомлар характерли:

1. Нахорда суюклик тупланиши хисобига ошкозоннинг катталашиши



2. Ошкозоннинг чуқур сегментар перистальтикаси.
3. Ошкозондан контраст аралашманинг 1-эвакуациясининг секинлашуви(2-5 соатгача)
4. Унг енбош ҳолатда текширганда пилорик торайиши натижасида “тумшук” симптоми кузатилади.
5. Ичакда газларнинг сезиларли камайиши.
6. Барий сульфатнинг ошкозонда 24 соатгача ушланиб қолиши.

Пилоростенознинг диагностикасида фиброэзофагогастроскопия ҳам кулланилади. Бунда ошкозоннинг кенгайган бурмали антрал кисми қуринади, пилорик канал ериги игна улчами ҳажмида кичрайган ва ҳаво юборганда очилмайди-(пилороспазмдан фарқли уларок).

Бундан ташқари фиброскопия кизилунгачни қуришга имкон беради, қупинча пилоростеноз билан кузатиловчи рефлюкс эзофагит даражасини аниқлашга ердам беради.

Замонавий шароитда асосий ва ноинвазив диагностика усули ошкозонни УТТ билан текшириш ҳисобланади. Бунда нафакат пилорик каналнинг торайиши, ошкозон девори мушак қаватининг 0,4 см ва ундан юқори қалинлашуви кузатилади. Усулнинг диагностик аниқлиги даражаси юқори, қуп ҳолларда УТТ диагноз қуйиш учун етарли.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА.

Ошкозон-ичак трактининг утказувчанлиги чакалоқларда физиологик етилмаганлиги сабаб деярли ҳамма чакалоқларда қайт қилиш учрайди. Бунда пилоростенозни бошқа соматик ва хирургик касаллиқлар билан дифференциал диагностика қилишга тугри келади, шунингдек угжиш ва қушишнинг асосий белгилари булган физиологик ҳолатлар билан ҳам !

КУСИШ ВА УГЖИШ СИНДРОМИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ – ДИАГНОСТИКАСИ.

СИМПТОМ	Пилоро стеноз	Пилоро спазм	Гастроэзофа галрефлюкс	Висцeroабдоми нал синдром
Касаллик бошланишидаги еши	3 ҳафта	10-12 ҳафта	Ҳар қандай ешда	Ҳаётининг 1- кунларида
ЖИНСИ	Қупрок эркаклар	Фарқи йук	Фарқи йук	Фарқи йук
Фавворасимон қушиш	+++	+ - -	+ + -	- - -
Ут аралаш қушиш	- - -	- - -	+ + -	+ + -
Қонда билирубиннинг ошиши	+++	+ - -	+ + -	- - -
Тана массасининг йукотилиши	+++	- - -	+ + -	- - -

ЭКСИКОЗ	+ + -	- - -	+ - -	- - -
“Кум соат” симптоми	+ + +	+ - -	- - -	- - -
Неврологик симптом	- - -	+ - -	+ - -	+ + +
Спазмолитиклар куллаш натижаси	- - -	+ + +	+ + -	+ + +

Симптомларнинг шартли белгиланиши:

+ + + яккол намоен булган;

+ + - уртача;

+ - - кам намоен булиши

- - - учрамайди;

Пилоростеноз ва висцеро- абдоминал дифференциал диагностикаси кийинчилик тугдирмайди.

Булардан пилороспазм, гастроэзофагал рефлюкс(ГЭР) висцероабдоминал синдром (ВАС), адрено-генитал синдром (АГС). Охиргиси тугрук ва орка мия травмасини утказган болаларда кузатилади. Бунда купинча кусиш ва угжиш кузатилади. Лекин беморни курганда ва текширганда, неврологик симптомлар кузатилади. Пилороспазмда эса бу холат кузатилмайди. Адрено- генитал синдромнинг туз йукотувчи шакли булган болаларда ёрғок терисининг пигментацияси характерли, кориннинг ок чизиги, сургич олди ареолаларда, катта жинсий лаблар терисининг пигментацияси характерли, шунингдек клитор гипертрофияга учрайди.

Коннинг биохимик анализида гипонатриемия, гиперкалиемия учрайди. Хамма касалларда метаболик ацидоз учрайди. Сийдигида 17 – кетостероидлар ошади.

ДАВОЛАШ. Пилоростенозда оператив даво килинади. Гиповолемия, алкалоз, гипокалиемияни коррекция килиш максатида операциядан олдин тайергарлик утказилади. Фреде-Рамштед буйича пилоромитомия операцияси утказилади. Операция максати анатомик тусикни йукотиш ва пилорик кисм утказувчанлигини таъминлаш.

Операция шиллик кават герметиклигини текшириш билан якунланади. Бунинг учун ошкозонга 10-15 мл хаво юборилиб текширилади. Агар шиллик кават зарарланган булса, жарохатдан юборилган хаво пуфакчалари чиқади ва бунда 2 каторли чок куйилиб, бошка жойдан пилоромитомия операцияси утказилади.

Энтерал овкатлантириш операциядан 3-6 соат утиб бошланади. Дастлаб болага 5% ли глюкоза эритмаси, кейин 5-10 млдан хар 2 соатда сут берилади. 6-суткага бориб овкатлантириш хажми 60-70 млга оширилади, касал хар 3 соатда овкатлантирилади. Операциядан кейинги 1- суткаларда суюкликлар электролитлар, оксил ва бошка ингредиентлар етишмовчилиги инфузион терапия хисобига тулдирилади. Шунинг билан бирга микроклизмалар тавсия килинади (5% глюкоза эритмаси ва Рингер Локк эритмаси тенг микдорларда 30 млдан кунига 4 марта илик холда).

ПРОГНОЗ: Операция яхши натижа беради. Болаларнинг анемия, гиповитаминоз, гипотрофиясини бартараф килиш максатида диспансер кузатувга олинади.

ТУГМА ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Тугма ичак тутилиши чакалоклик даврида куп учрайдиган, шошилишч оператив даво талаб киладиган касалликлардан бири хисобланади. Олдинги адабиетларда тугма ичак тутилиши юкори ва пастки ичак тутилишларига булинади.

Тугма ичак тутилишида жойлашиш жойидан катъий назар текшириш усуллари, операциядан олдинги тайергарлик муддати, даволаш тактикаси, оператив коррекция усули аникланади.

ЮКОРИ ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Юкори ичак тутилишига асосан 12 бармокли ичакнинг тутилиши киради. Бу ичак тутилишининг сабабларига 12 бармокли ичак ривожланишининг нуксони (атрезия, мембрана), 12 бармокли ичак атрофидаги орган ва томирлар ривожланиш нуксонлари (халкасимон ошкозон ости беши, преуоденал дарвоза венаси, абберакт томирлар дуоденумнинг босилиши) киради.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ – дуоденум тутилиши жойлашиш жойидан катъий назар кушиш ут аралаш еки утсиз булади.

Агар тусик Фатер сургичидан юкорида жойлашган булса, кусук массасида ут булмайди. Агар тутилиш Фатер сургичидан пастда жойлашган булса, кусук массасида ут булади, тугри ичакдан эса тиник шиллик чикади. Дастлабки холларда хар кандай ичак тутилишида одатий симптомлар булмаслиги сабабли диагноз куйиш кийин булади. (ахлат чикади, ошкозонда йигилган лукмалар йук). Шунинг учун уз вактида диагноз куйиш учун кушиш ва угжишга диккатни каратмасдан бошка симптомларга хам эътибор килиш керак. Купинча юкори ичак тутилиши билан тугилган болалар етилмаган гипотрофик булиб тугилади, бундай болаларнинг тана массаси кам холларда 2500 грдан ошади. Юкори ичак тутилиши булган хамма болаларда корни чуқкан булади. Баъзи болаларда эпигастрал соханинг чуқиши булмаслиги хам мумкин. Лекин угжиш ва кушишдан кейин олдинги корин девори чуқади. Хама болаларда эрта сариклик пайдо булиб, тез оарда авж олади. Сабаби: жигарда билирубин конъюгациясининг бузилиши ва кон концентрациясининг ошиши, шунингдек тез орада тана массасининг йукотилиши, уртача 1 суткада 5-7% тана массаси йукотилади. Шундай килиб, чакалокларда куйидаги симптомлар булганда врачда тугма дуоденал ичак тутилиши хакида шубха пайдо булиши керак.

Угжиш ва кушиш синдроми, кориннинг чуқиши, усиб борувчи тана массасининг йукотилиши, перинатал гипотрофия, чала тугилиш, тез пайдо булувчи ва усиб борувчи сариклик.

ДИАГНОСТИКА – юкори ичак тутилишини асосий текшириш усулларида бири рентген хисобланади. Бунда вертикал холатда 2 проекцияда обзор рентгенограмма килинади.

Юкори ичак тутилишининг “тулик” типик рентгенологик симптоми булиб, суюклик сатхи булган 2 та хаво пуфакчалари ва ичак пастки кисмида газнинг йуклиги хисобланади. Бундай рентгенологик манзара юкори ичак тутилишига диагноз куйиш учун кийинчилик тугдирмайди. Шунинг учун бошка текшириш усулларига хожат колмайди. Дуоденал стенозда еки кисман



дуоденал тутилишда, рентгенограммада дистал duodenumда унча куп булмаган газ миқдори аниқланади.

Бундай вақтда 12 бармок ичак тутилишининг характерли рентгенологик белгиси (2 пуфак симптоми) булмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда контраст текшириш утказилади ва мальротация синдроми инкор қилинади.

Баъзан ичаклар буралишини тугаллармаганлик нуксониди уз вақтида диагноз қўйилмаганда ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланади. Шу сабабли обзор рентгенограммдан кейин йугон ичак жойлашини аниқлаш мақсадида тугри проекцияда ирригография қилинади. Чакалоқларни ирригография қилиш учун барий сульфатнинг 5 % буткаси қулланилади. Етилиб тугилган чакалоқларда йугон ичакни ҳаммасини тулдириш учун 45-60 мл контраст модда етарли, чала тугилган болаларда 25-30 мл контраст модда етарли бўлади.

Агар йугон ичак қорин бўшлиғида жойлашиши такасимон бўлиб туриб, ичаклар айланмаслиги ва буралиб қолиши инкор қилинган тақдирда диагнозни аниқлаш мақсадида ошқозон ичак тракти пассажи утказилади. Бу қуйидагича амалга оширилади: ошқозон ювилиб 15-20 мл йодоликол еки 5 % барий сульфат буткаси юборилади. Ошқозондан контраст модда эвакуацияси ушланиб қолинса 2 соат мобайнида беморни вертикал ҳолатда 2 проекцияда рентген қилинади ва 12 бармоқли ичак ва ошқозон проекцияси соҳасида 2 та хаво пуфагининг борлиғига асосланиб диагноз қўйилади. Юқори ичак тутилиши бўлган барча болаларда операциядан олдинги тайергарлик утказилади. Коннинг биохимиявий таркиби, кислота-асос мувозанати нормал ҳолатга келтирилади, эксикоз симптомлари бартараф қилинади.

ОПЕРАТИВ ДАВО – болаларда юқори ичак тутилишида, 12 бармоқли ичак атрезиясида ва ҳалқасимон ошқозон ости безида дуодено-дуоденоанастомоз операцияси утказилади. 12 бармоқли ичак мембранасида мембранани олиб ташлаш операцияси утказилади. Хирургик даво утказилганда усувчи организмни ҳолати ҳисобга олган ҳолда, ичаклар узаро жойлашуви максимал анатомик ҳолатга келтирилади. Операция натижаси ривожланиш нуксони оғирлиғига, аномалиялар сонига, уз вақтида диагноз қўйилганлиғига, операциядан олдинги тайергарлик ва операциядан кейинги интенсив терапия эффективлиғига боғлиқ бўлади. Тугма юқори ичак тутилиши бўлган ҳамма болалар диспансер кузатувига олинади. Дисбактериоз , анемия, гипотрофия, фермент етишмовчилиги даволаниб овқатланиши коррекция қилинади.

ПАСТКИ ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Тугма пастки ичак тутилишига дуоденал тутилишдан, аноректал аномалиялардан ва гиршпрунг касаллигидан ташқари ингичка ва йугон ичак тутилишларининг ҳамма турлари қиради. Пастки ичак тутилишига ичаклар атрезияси, мембрана, ичакларни кистоз иккиланиши, ингичка ичак туткичининг лимфангиомаси, муковидознинг ичак формаси сабаб бўлиши мумкин. Бу нуксонлардан энг куп учрайдигани енбош ичак атрезияси ҳисобланади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ – бола ҳаётининг 1 – суткаларида пастки ичак тутилиш белгилари яққол намоён бўлади. Бола тугилганда қорни дам бўлади. Ошқозондан тупланган ажралмалар чиқиб, меқоний бўлмайди, тугри ичакдан шиллик ажралади. Пастки ичак тутилишида асосий текшириш усули бўлиб, вертикал ҳолатда 2 проекцияда обзор рентгенограмма қилиш ҳисобланади. Рентгенограммада ингичка ичакдан бир нечта



горизонтал сатхли суюклик аникланади – “Клойбер косачалари”.

Тутилиш канча пастда булса, суюклик сатхи шунча куп булади. Касалликни рентгенологик гиришпрунг касаллигининг уткир формасига ухшаши мумкин. Шубха пайдо булганда тугри диагноз куйиш учун ирригография утказилади. Пастки ичак тутилишида ирригограммада бутун йугон ичак буйлаб торайиш, яъни микроколон симптоми булади. Гиришпрунг касаллигида йугон ичак кенгайган ва торайган зона булади.

ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЕРГАРЛИК - пастки ичак тутилиши тез хирургик ердамни талаб килади, чунки хаёт учун хавфли асоратлар: некроз ва перфорацияга олиб келиши мумкин. Операция олди тайергарлиги 2-4 соат давом этади. Бунда инфузион терапия утказилиб организмнинг хаёт учун муҳим функциялари тикланади, кислота-асос мувозанати тугриланади. Циркуляциядаги кон хажмини тулдириш мақсадида инфузион терапия утказилади. Суюклик хажми 20-30 мл / кг хисобида юборилади. Гипопротеинемия ривожланган булса, оксилли препаратлар куйилади (5 % ли альбумин эритмаси еки плазма).

Лаборатор диагностикадак кислота-асос ҳолати, коннинг клиник тахлили, кон гуруҳи ва резус-фактор аникланади.

ОПЕРАТИВ ДАВО – асоратланмаган формасида оч ва енбош ичак тугма тутилишларида Т- симон енгиллаштирувчи аностомоз куйиш мақсадга мувофиқ. Операция ичак корин олди деворига стома куринишида чиқариш билан тугалланади. Бунда бир қаторли ичак чоки куйилади. Операция вақтида стома орқали аностомоздан 2 та найча утказилади: кенгроги – проксимал сегментга, ингичкаси – дистал сегментга куйилади. Бундай улаш усули ичаклар уртасида кенг тешик ҳосил қилиб, ичак ажралмаларининг тусиксиз эвакуация бўлишини таъминлайди. Операциядан кейинги 3- суткада энтерал овқатланиш орқали ичакни узоклаштирувчи қисмига утиши текширилади. Мекониял ичак тутилишида бу найчалар орқали ичак ажралмаларини суюлтириш мақсадида куп миқдорда панкреатин юборилади. Найчалар ичакларда пассаж тиклангандан ва ахлат шакллангандан кейин олинади. Энтеростома операциядан кейин 2-4 ҳафта утиб епилади.

Пастки ичак тутилишининг **асоратланган формасида** ичаклар перфорацияси ёки бошқа сабаблар натижасида перитонит ривожланган булса, аностомоз куйиш тавсия этилмайди. Бизнинг клиникада бундай ҳолатларда куйидаги тактика қўлланилади: 1 этапда ичакнинг узгарган қисмлари резекция қилинади ва терминал энтероколостома куйилади. 3 ҳафта давомида перитонитни даволаш утказилади. 2 этапда охир-охирига ичак аностомози куйилади. Бола овқатнинг физиологик хажмини узлаштириб, тана массаси орта бошлагандан кейин уйига жавоб берилади.

КИНДИК ТИЗИМЧАСИНИНГ ЧУРРАСИ.

Киндик тизимчасининг чурраси ёки эмбрионал чурра (omphacele) ривожланиш нуксони бўлиб, чакалок тугилган вақтида корин бушлиги аъзоларининг бир қисми корин пардадан ташқарида – киндик қаватларида жойлашади. Чурра таркиби амнион, вартонова студня ва бирламчи ихтисослашмаган корин пардадан ташкил топган.

Эрта эмбриогенезда ичаклар буралишининг бузилиши ва корин бушлигининг секин ривожланиши натижасида ичак ковузлоклари корин бушлигига сигмай қолади ва корин бушлиги аъзоларининг бир қисми киндик ҳалқасидан чиқиб қолади. Натижада чакалок чурра билан тугилади.

Корин олдинги девори ривожланишининг тухташ вақтига боглик холда киндик чуррасининг 2 та асосий тури фаркланади: эмбрионал ва фетал.

Эмбрионал чурраларда жигарнинг фиброз кавати булмайдиган (Глиссон капсуласи) ва киндик қобиги билан бирлашиб кетади. Чакалоқларда бу нуксон 1:5000 нисбатда учрайди. Эмбрионал чурраси булган болаларнинг 6% ида юрак (тетрада Фалло), ошқозон-ичак тракти, сийдик ажратиш ва бошқа органларнинг ривожланиш нуксонлари ҳам учрайди. Тунгич болаларда киндик тизимчаси чурраси кам учрайди, одатда 2 – 3 хомиладорликдан тутилган болаларда омфалоцеле купрок учрайди. Киндик тизимчасининг чурраси купрок утил болаларда учрайди.

Клиника ва диагностикаси. Болани куздан кечирганда корин бушлиги аъзоларининг бир қисми киндик қобигида жойлашганлиги аниқланади. Чурра дарвозаси булиб кенгайган киндик халқаси хисрбланади, дефект улчамлари 1 – 2 см ва ундан юқори бўлади.

Киндик халқаси дефектининг улчамига қараб чурра узун ва тор дарвозали ёки ярим шарсимон шаклда бўлади. Киндик корин бушлигига утишдан олдин 3 та киндик томири утган чурра халтасининг чуққисидан утади. Чурра халтаси жигар, ичак ва ошқозондан таркиб топиши мумкин. Диафрагманинг дефектида юракнинг эктопияси кузатилади. Чурра халтасининг тиник қобиклари орқали корин бушлиги аъзоларидан одатда ичак қовушлоқлари ва қисман жигар қуринади. Баъзи ҳолларда чурра уртача кенгайган киндик асосидан ва бита ичак туткичидан таркиб топган бўлади.

Чурра халтасининг йуналиши бўйича олдинги корин деворида тери ёстикчаси аниқланади, баъзан тери чурра буртмасига қириб, чуррани қисман ёпади.

Умумий қабул қилинган классификация бўйича киндик тизимчаси чурралари улчамлари бўйича қичик (дефект диаметри 5 см гача), урта (10 см шача) ва катта (10 см дан катта).

Боланинг умумий ахволи қуйидагиларга боглик: чурра шаклига, улчамига, перинатал патологияга (етилганлик даражаси), қушимча ривожланиш нуксонлари ва асоратларига. Характерли асоратларига туғруқ жараёнида қобикларнинг йиртилиши ва бунинг натижасида перитонит ривожланиши қиради.

Киндик тизимчаси чуррасига ташхис қуйиш қийинчилик туғдирмайди. Патологияни билмаслик, беморни юзаки текшириш ташхис қуйишда ҳатоликка олиб келади. Шундай ҳолатлар ҳам қузилганки, қичик улчамли чурраларда киндикни жуда пастдан боглаш натижасида ичак туткичлари қисилиб қолган. Бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида киндикни боглашдан олдин киндик асосини обдон қуриб қичиш, агар шиш аниқланса, лигатурани шишдан юқориқроқда қуйиш ва жарроҳга қурсатиш лозим.

Қушимча ичак нуксонларини инкор этиш учун УТТ утқазилади.

Киндик тизимчаси чуррасининг қиёсий ташхиси гастрошизис билан утқазилади, бунда одатда корин олдинги деворининг унғ томонлама парамедиал булмаслиги қузиллади. Гастрошизисда корин бушлиги аъзолари корин парда билан ёпилмаган ва доимо узгарган бўлади.

Даволаш. Киндик тизимчаси чуррасида оператив ва консерватив даволаш усуллари утқазилади.

Оператив усулда чурра халтаси олиб ташлангандан сунғ, корин олдинги деворининг бир моментли пластикаси ҳамда Гросс ва Шустер усули бўйича этапли операция утқазилади.

Даволаш усулини танлашда куйидаги моментларга эътибор берилади. Биринчидан, катта чурра халтаси таркибидаги аъзолар билан корин бушлигини тулишига йул куймаслик, чунки корин ичи босими ошиб диафрагма гумбазининг кутарилиш хавфи тугилади. Чакалокларнинг компенсатор имкониятлари паст булганлиги сабабли корин ички босими кескин ошганда нафас етишмовчилиги белгилари ривожланиб ателектаз келиб чиқади. Бир вақтнинг узида пастки ковак вена босилиб оёк веналарида кон димланиши кузатилади. Бундай нафас ва кон айланишининг бузилиши улимга олиб келиши мумкин.

Иккинчидан, етилмаган корин бушлиги ва чурра улчамлари бир-бирига тугри келиш-келмаслигига эътибор бериш керак. Корин бушлиги ва киндик чурраси улчамлари бир-бирига тугри келмаганда, омфалоцелени бир лахзада олиб ташлаш улимга олиб келиши мумкин.

Учинчидан, боланинг огир ахволи (чукур етилмаганлик, мия ичи тугрук травмаси, нафас етишмовчилиги, тугма юрак нуксони ва бошқалар) хирург тактикасига таъсир килади ва наркоз утказишга қариш курсатма булиб хисобланади.

Бемор ахволи яхши булса, қариш курсатмалар булмаса ва чурра кобиклари инфекцияланмаган булса оператив даво утказиш мумкин булади.

Операциядан олдинги тайёргарлик умумий коидалар асосида утказилади. Корин ичи босими ошишининг олдини олиш ва спонтан нафас олишни саклаш мақсадида огриксизлантириш усули тугри танланиши керак. Ошқозонга доимий зонд куйилади.

Кичик улчамли чурраларда киндик колдиги олиб ташланади, чурра халтаси ва терига 2 % йод эритмаси билан ишлов берилади. Кулларнинг тозалигига эътибор бериб, бола нафасини мулжалга олиниб, чурра халтасининг таркиби аста-секин тугриланади. Корин бушлигининг улчамлари катта булганда чуррани тугрилаш кийинчилик тугдирмайди, боланинг нафас олиши бузилмайди. Бунда тери четлари бир-бирига тугри келади.

Уртача улчамли чурраларда тери четларига тугунсимон чок куйилади. Дефект четидан 2 – 3 см ташқарида кесма утказилади, тери четлари очилади ва чурра халтасининг кобиги кесилиб, киндик томирлари богланади. Ичак ковузлоги ва жигар корин бушлигига киргизилади, дефект четлари каватма-кават тикилади. Корин бушлиги етилмаганлигида, қачонки, чуррани тугрилаш кийинчилик тугдирганда ва нафас ритми бузилганда чурра кобиги қисман кесилади, корин деворининг мушак-апоневротик қисми қисман тугунчали чок билан тикилади, кобик устидан тери четлари тикилади.

Катта улчамли чурраларда 2 этапли операция усулини 1948 йилда R. Gross куллаган. Киндик колдиги, чурра халтаси ва атрофдаги терига 2 % йод эритмаси билан ишлов берилади. Киндик колдиги кетгут билан тикилади ва кесилади. Киндик буртмасининг атрофидаги тери кесилади, кейин аста-секинлик билан чурра халтасининг кобигини зарарламаслик учун тери ёстикчаси олиб ташланади. Тери ва тери ости ёғ клетчаткаси ёнга аксилляр чизикларгача мобилизация қилинади ва пастга қов соҳасигача чурра халтасининг устидан урта чизикдан тикилади. Икки ҳафтадан сунг боғлам бандаж билан алмаштирилади ва операциянинг иккинчи этаpigача тақиб юрилади.

Оператив даволашнинг қуп этапли усулини 1967 йилда S. R. Shuster тақлиф этган. У ката чурраларнинг таркибини ва олдинги корин деворининг узаро муносабатини урганиб, шуни аниқладики, кориннинг тугри мушаги доим

хам чурра таркибининг ёнида жойлашмас экан, катор холларда унинг остида жойлашади. Бу усулнинг асосида корин тугри мушагини кенгайтириш ҳисобига босимни аста-секин тенглаштириш ётади.

Консерватив усул 50 – 60 йилларда кенг қулланила бошланди. Катта улчамли чурраларда, шунингдек беморнинг шифохонага кеч мурожаат қилганида, преморбид фон ёмон бўлганда, қобиклар зарарланганда, оператив даво қилиш имкони бўлмаганда консерватив даволашга курсатма бўлади. Бу усул чурра ҳалтасида химояловчи коагуляцион паст, унинг остида грануляция, кейинчалик эпителизацияланишига асосланган. Маҳаллий антисептик моддалардан 2 % йод, спирт, калий перманганат эритмаларини қуллаш кенг тарқалган.

Чурра ҳалтаси қобигига ишлов бериш усули. Киндик қолдиги асосини ипакли лигатура билан боғланади ва кесилади. Чурра ҳалтасининг қобигига 70 % спирт, 2 % йод ёки калий перманганат эритмаси билан ишлов берилади. Қобик қуриганидан кейин бу муолажа 3 – 4 марта қайтарилади. Бола қувезга уткизилади. Биринчи сутка давомида қобикка ҳар 1,5 – 2 соат давомида ишлов берилади. Микроорганизмлар қиришига тусқинлик қилувчи зич пастлок ҳосил бўлади. Паст ҳосил бўлганидан сунг чурра бұртмасига асептик босувчи боғлам қуйилади. Чурра бұртмасини қоплаб турган терига ҳар қуни спирт ва йод эритмаси билан ишлов берилади. Қобикнинг қуқиши 3 - 4 ҳафтага тугри қелади. 2 – 2,5 ойдан сунг тулик эпителизацияланади. Бу жараён вақтида чурра ҳалтаси яссиланади ва қичраяди, аъзолар аста-секин қорин бўшлиғига тушади. Маҳаллий консерватив даволаш антибактериал, дезинтоксикацион ва стимуловчи терапия билан бирга олиб борилади.

КИНДИК ЧУРРАСИ.

Киндик чурраси киндик ҳалқаси апоневрозининг тулик битмаслиги натижасида пайдо бўлиб, у орқали қорин парда бұртиб қиқиб чурра ҳалтасини ҳосил қилиши билан характерланади.

Чурра ҳалтаси ичида одатда, қарви, ингичка ичак қовузқоклари бўлади. Киндик чурраси қупинча қақалоқлик даврида учраб, қиз болаларда угил болаларга нисбатан қупроқ учрайди. Бу чурра қорин деворида учрайдиган чурраларнинг 5 % ини ташқил қилади.

Клиника ва диагностикаси. Киндик чурраси юмалоқ ёки овал шаклда бұртган ҳолда бўлиб, ташқи қуринишидан қатталашган қиндикка ухшайди. Тинч ҳолатда, айниқса бола ётган пайтда бұртма уз-уздан ёки енгил босганда тугриланиб қорин бўшлиғига қиради ва бу вақтда қиндик ҳалқаси сезилиб, дефект улчамини аниқлаш мумкин. Бунда дефект диаметри 1,5 – 2 смгача бўлади. Қуздан қечирганда чурра бұртмаси устидаги тери юпқалашганлиги қузатилади, бу эса эрта операция қилишга курсатма бўлади. Бу чурра одатда болани унчалик безовта қилмайди, фақат баъзи ҳолларда, яъни чурра бұртмаси улчами қатта бўлганда, ичак тутқичи тортилиши натижасида бола безовталанади. Бундай ҳолларда ичак тутилиши қузатилиши мумкин.

Даволаш. Киндик чуррасини даволаш тактикаси бемор ёшига қараб танланади. Қупгина ҳолларда бола ҳаётининг 4 – 5 йилларида уз-уздан тузалиб қетади. Баъзан бундан ҳам эрта тузалиши мумкин. 5 ёшдан қуйин дефектнинг уз-уздан тузалиши қузатилмайди. Лейкопластырь қирқимларини қуйиш, бандаж тақиш ёрдам бермайди. Қорин девори мушакларини массаж қилиш ва гимнастикалар дефектнинг тез битишига ва чурранинг йуқолишига

олиб келади. Хар хил даволаш муолажаларини куллаганда кукрак ёшидаги 60 % болаларда уз-уздан тузалиб кетади.

Оператив муолажа режали тартибда бола 5 ёшдан ошгандан кейин бажарилади, факат баъзи холларда киндик халкасидан ката чурра чикиб, болани безовталанишига олиб келганда эртарок операция килинади. Агар чуррани бола ухлаётганда ҳам тугрилаш имкони булмаганда шошилиш тарзда операция килинади.

Киндик устидан тери кундаланг кесилиб, апоневроз ва киндик терисига битишиб кетган чурра халтаси ажратилади. Чурра халтаси очиб каралади, чарви ёки ичак деворларидаги битишмалар ажратилиб, улар корин бушлигига эркин туширилгандан сунг, чурра халтаси тикилиб, асосидан богланиб олиб ташланади. Апоневроз бир каторли ипак ип билан тикилади. Зарур булганда иккинчи катор чокни ҳам куйиш мумкин. Чузилган киндик терисидан кисман кесилиб апоневрозга кидикка ухшатиб тикиб куйилади. Жарохат тикилиб, 1 суткага резина дренаж колдирилади ва терига косметик чок куйиш мумкин. Рецидивлар ва асоратлар учрамайди.

КОРИН ОК ЧИЗИГИ ЧУРРАСИ.

Корин ок чизиги чурраси урта чизик буйлаб киндик ва ханжарсимон усимта орасида (параумбликал) ва юкорироқда (эпигастрал) жойлашиши мумкин.

Бу чурра кориннинг ок чизиги деб аталувчи апоневрознинг турли хил нуксонлари натижасида юзага келади. Корин ок чизигининг болаларга хос булган хусусиятларидан бири унинг нисбатан кенглигидадир. Апоневротик тутам толалари орасида корин урта чизигида ёриксимон дефектлар булиши мумкин, бола ушиб бориши билан улар камаяди. Битмаган дефект оркали апоневрозга корин олд девори клетчаткасининг бир кисми париетал корин пардага уралган холда чикиб колади. Кам холларда чурра халтасида ингичка ичак девори ёки ковузлоклар булиши мумкин. Корин ок чизиги чурраси ҳамма корин чурраларининг 1 % ини ташкил килади. Купинча 2 – 3 ёшдан кейин намоён булади. Бу чурранинг кисилиши кам учрайди.

Клиник жихатдан симптомсиз кечади ва тасодифан профилактик курик вактида врач ёки от-онаси томонидан аникланади. Корин урта чизиги буйлаб силлик, эластик, босганда бир оз огрикли юмалок буртма аникланади. Чуррани босиб курганда йуколмайди.

Корин ок чизиги чуррасини корин мушаги диастазасидан - корин олдинги девори ривожланиш нуксонидан фарклаш лозим. Бундай холларда ханжарсимон усимтадан корин урта чизиги буйлаб киндиккача кучланиш берилганда аник улчамли 1,5 см кенгликдаги буртма пайдо булади ва шу сохада апоневроз дефекти бор деган ёлгон тасаввур келиб чиқади. Диастазада даво талаб килинмайди.

Корин ок чизиги чурраси режали равишда оператив даволанади. Тери кориннинг урта чизиги буйлаб чурра буртмаси устидан кесилади, дастлаб юкоридан ва пастдан апоневроз ажратилади, сунгра чурра халкасига киритилган кохер зонди билан дефект киргоклари ажратилади. Чурра халтаси бушлиги куздан кечирилади. Кисилиш булмаса, чурра халтаси асосидан тугунли кетгут чоки билан богланади ва кесиб ташланади.

Чурра кисилганда буртма апоневроздан эхтиёткорлик билан ажратилади, чунки баъзи холларда ёг клетчаткаси остида чурра халтаси жойлашиши мумкин, бу холда уни эхтиёткорлик билан очилади ва унга ичак девори

бирирмаганлигига ишонч ҳосил қилинади. Жароҳат қаватма-қават тикилади, тугунли чок қуйилади: корин деворига кетгутли, апоневрозга капронли ёки ипак чоклар қуйилади.

КИНДИКНИНГ ТУТМА ОКМАЛАРИ.

Киндикнинг тутма окмалари сариклик йули (ductus omphali) ва сийдик йули (урахус)нинг облитерация жараёни бузилиши натижасида ҳосил бўлади. Эмбрионал давр ривожланишининг 1 – ҳафталарида сариклик йули ичак ва сариклик копига боғланган бўлади. Сийдик йули “аллантоис” бушлигини клоака билан бирлаштириб туради, бўлингандан кейин эса сийдик-таносил синуси билан боғлаб туради.

Хомила ичи ривожланишининг 6 – 8 ҳафтасида йулларнинг қайта ривожланиши кузатилади: сариклик йули бутунлай атрофияга учраб киндик ва ичак уртиасидаги боғлиқлик йуқолади. Сийдик йули дистал қисмидан облитерацияга учрайди, проксимал қисми эса сийдик пуфаги ҳосил бўлишда қатнашади. Шу билан бирга болада сийдик йули урнида киндик билан сийдик пуфагини бирлаштириб турувчи бириктирувчи туқимали бойлам бўлади. Шу йулларнинг облитерацияга учраши бузилиши натижасида тулик ва нотулик киндик окмалари, энтероген кисталар ҳосил бўлишига олиб келади.

Киндикнинг тулик окмаси.

Киндикнинг тулик окмаси сариклик йули бутунлай очик қолганда учрайди. Бундай ҳолларда ёнбош ичакдан ажралмалар киндик орқали чиқиб туради.

Клиника ва диагностикаси. Сариклик йули облитерация бўлмаган ҳолларда бола тугилганда киндик тизимчаси қалинлашган ва киндик халқаси бироз кенгайган бўлади. Киндик чуқурчаси марказида окма тешигини ва оч рангли шиллик пардани ичак ажралмалари билан қуриш мумкин. Катта диаметрли окмалар сариклик йули битмай қолиши туфайли бўлиб, бунда окмадан ичак ажралмалари чиқиб туради. Қучанган пайтда ичак эвагинацияси пайдо бўлади, шунда ташқарига чиққан шиллик парда 2 узакли қурилишга эга бўлади. Окма йули орқали эвагинация бўлган ичак қовузлиги киндик халқасида қисилиб қолиши мумкин. Эвагинация ичак тутилиши қурилишида намоён бўлади.

Сийдик йули тулик окмасида сийдик томчилаб оқади, баъзан қучанганда эса, оқим билан чиқади. Киндикнинг тулик окмасида диагноз қуйиш қийин эмас, кенг окмада ажралма харақтерига қараб диагноз қуйилади.

Окмани аниқлаш учун фистулография усулидан фойдаланилади. Бунинг учун окмага ёки сийдик пуфагига метилен қуки эритмаси юборилади ва сийдик рангининг узғариши кузатилади. Рентген грамммада окма йулини қуриш учун уни катетеризация қилиш ёки контраст модда (сергозин эритмаси) юбориш мумкин. Битмай қолган ураҳус борлигига шубҳа тугилса, албатта цистография усули қулланилади ва бунинг ёрдамида окманинг диаметри, унинг узунлиги аниқланади.

Давоси. Киндик окмалари оператив йул билан даволанади. Тулик окмадан қуп миқдорда ажралма қикса ёки эвагинация бўлса, боланинг ёшидан қатъий назар операция қилинади.

Битмай колган сариклик йулида кориннинг урта чизиги буйлаб лапаротомия килинади, окма йулининг хаммасини ажратиб, ичакни понасимон резекция килинади ва анастомоз куйилади.

Сийдик йули операциясида тери киндикдан ков сохасигача кесилади, йулни ковуқ шиллик пардасигача корин пардадан ташкари холда ажратиб олинади, окма йули кетгут билан тикилади, боғланади ва олиб ташланади. Сийдик пуфагининг мушак кавати ҳам кетгут билан тикилади. Киндик сохасидаги жарохатга ички томондан кетгутли чоклар куйилади, киндикни апоневрозга тикиб, ундан сунг тери тикилади.

Киндикнинг нотулик окмаси.

Киндикнинг нотулик окмаси сариклик йулининг дистал кисми облитерацияга учраши бузилиши натижасида хосил булади. Тулик окмага нисбатан купрок учрайди.

Клиника ва диагностикаси. Бу бузилиш купинча чакалоклик даврида пайдо булади. Бунда киндик доимо нам туради, тубида кизгиш рангли шиллик парда куринади. Пинцет билан киндикни кенгайтириб курганда бу окмадан доимо шиллик йирингли ажралма чикади. Окма йулини аниклаш учун тугмачали зонд билан каршиликка учрагунча аста-секинлик билан зондлаш утказилади. Одатда окма йули 2 – 3 см дан ошмайди. Агар окма йули ковга йуналган булса, бунда уракуснинг нотулик окмаси хакида уйлаш керак. Зонд окма йули буйлаб корин бушлигига чукуррок кирса, бу битмаган сариклик йули борлигини курсатади.

Окманинг йуналиши ва узунлиги фистулография ёрдамида аникланади. Киндикнинг нотулик окмаси киндик фунгуси билан дифференциация килинади. Фунгусда замбуругсимон грануляция ушиб кетади. Бунда окма чикмайди, санацияда ва ляпис билан куйдирганда 1 – 2 хафта ичида киндик яраси битиб кетади, окмада эса битмайди.

Давоси. Киндикнинг нотулик окмаси чакалоклик даврида ва хаётининг 1-ойларида конгсерватив даволаш натижасида тузалиши мумкин. Киндикдан чикаётган ажралма доимо тозаланиб, бола тез-тез чумилтириб турилса, хаётининг 1- ярим йилидаёк окма йули уз-уздан облитерацияга учраши мумкин. Окма облитерациясини тезлаштириш мақсадида окма ичига куйдирувчи ва дезинфекцияловчи моддалар юбориб турилади. Тумток игна оркали окма йулига 5 % йод эритмаси, 10 % кумуш нитрат эритмаси (0,5 мл гача) 7 – 10 кунда 1 марта юборилади. Даво курсини такрорлаш мумкин. Ажралманинг камайиши даво муолажалари яхши кечаётганлигини билдиради.

Консерватив даво 6 ой мобайнида эффект бермаганда, операция килинади. Операциянинг мохияти шундан иборатки, бунда корин бушлиги очилмасдан, окма узунаси буйлаб ажратилади, киндик тубини хосил килувчи туқималар олиб ташланади, кейин жарохатнинг ички кисми кетгут билан тикилади.

МЕККЕЛ ДИВЕРТИКУЛИ.

1809 йилда немис анатомии J. F. Meckel биринчи булиб ингичка ичак дивертикули хакида ёзди ва унинг келиб чиқиши хомиланинг 1-чи хафтасида функция курсатадиган сариклик йули қайта ривожланиши билан боғлиқлигини аниқлади.

Меккел дивертикули 2 % холларда учрайди. Меккел дивертикули – ёнбош ичакнинг ичак туткич каршисидаги бир кисмининг буртиб чикишидир. Дивертикулнинг ичак туткичи четида ҳам жойлашганлиги кузатилади. Дивертикул узунлиги 11 – 15 см гача, диаметри 0,5 дан 15 см гача булиши мумкин. У баъзан чувалчангсимон усимтани эслатиб, кенг асоси ичакка караган конусга ухшайди.

Дивертикул эркин, ёки сариклик йули билан алокани саклаб, киндикка бирикиши мумкин. Бириккан дивертикул купинча ичак тутилишини келтириб чикаради.

Меккел дивертикулнинг девори тузилиши жихатдан ингичка ичак деворининг тузилишига ухшайди, лекин унинг шиллик пардасида гетеротопик тукималар учрайди (ошкозон ва ошкозон ости беzi тукималари).

Меккел дивертикули касалликларининг куйидаги классификацияси кулай хисобланади:

- I. Дивертикулит
 1. Сурункали
 2. Уткир: а) катарал; б) флегманоз; в) гангреноз
- II. Ичак тутилиши
 1. Странгуляцион
 2. Инвагинация
 3. Чуррага тикилиб колиши
- III. Пептик язва.
- IV. Шишлар
 1. Яхши сифатли
 2. Ёмон сифатли

Меккел дивертикули клиникасида хеч кандай симптомлар кузатилмаслиги мумкин ва у бошка касалликлар, купинча уткир аппендицит сабабли утказилган лапаротомия вақтида тасодифан аникланади.

Уткир дивертикулит нисбатан камрок учрайди. Келиб чикиш сабаби – энтероген инфекция, ёт жисмлар билан перфорация булиши хисобланади. Дивертикул мускулатурасининг кучсиз ривожланганлиги ва кон билан яхши таъминланмаслиги дивертикулда огир яллигланиш процесси ривожланишига олиб келади.

Бу касаллик клиникаси уткир аппендицитга жуда ухшаш, шу сабаб операциягача диагноз куйиш кийин кечади. Бу чувалчангсимон усимта ва Меккел дивертикули анатомик жихатдан якин жойлашганлиги билан тушунтирилади.

Уткир бошланиши, коринда локализацияси аник булмаган кучли огрик, температура кутарилиши ва кусиш дивертикулитга хос белгилар хисобланади. Пальпация вақтида огрик бутун корин буйлаб, унг ёнбош соҳасида, кориннинг пастки кисмида, киндик атрофида аникланиши мумкин. Пульсинг тезлашуви ва лейкоцитоз кузатилади.

Уткир аппендицит ва дивертикулитни фарклашда йул куйилган хато амалий аҳамиятга эга эмас, чунки уткир аппендицитда кулланиладиган Волкович – Дьяконова усули Меккел дивертикулини резекция килиш учун ҳам кулайдир. Чувалчангсимон усимтада яллигланиш узгаришлари булмаган холда, дивертикул яллигланишини курмай колиш хавфли хато хисобланади. Бундай холнинг олдини олиш учун лапаротомия вақтида ёнбош ичакнинг терминал кисмини албатта ревизия килиш лозим.

Дивертикулнинг сурункали яллигланиши жуда хам кам учрайди.

Меккел дивертикули туфайли пайдо булган тутилишлар 2 гурухга булинади: 1) киндикка ёки корин бушлигининг бошка кисмига бириккан дивертикул чакирган тутилиш; 2) эркин дивертикулдаги тутилиш.

Биринчи гурухга бириккан дивертикул атрофида ичак буралиши натижасидаги странгуляция киради; иккинчи гурухга – дивертикулнинг чуррага тикилиб қолиши ёки инвагинацияси. Дивертикулнинг шакли тутилиш келиб чиқишида асосий рол уйнайди. Калта ва кенг асосли дивертикул купрок инвагинацияни, узун ва ингичка дивертикул эса – странгуляцияни келтириб чикаради.

Ичак тутилиши коида буйича странгуляцион типга киради: уткир бошланиши, коринда огрик, рефлексор қусиш, ахлатнинг чикмаслиги, касаллик бошланганидан бир неча соат утиб кориннинг дамлаши, перистальтиканинг қучайиши. Инвагинацияда ахлатда қон аникланади. Рентгенологик картина паст ичак тутилишига ухшаб, рентгенологик симптомлар киндик атрофида, унг ёнбош соҳасида қузатилади.

Дивертикул чакирадиган асоратлар орасида пептик яра ва қон оқиши ичак тутилишидан сунг иккинчи уринни эгаллайди. Яралар қупинча дивертикулнинг узида, баъзан ичакнинг дивертикулга яқин булган шиллик пардасида учрайди. Яраинг пайдо бўлишида дивертикулнинг қон билан ёмон таъминланиши, артериялардан бирида тромбоз бўлиши аҳамиятга эга. Дивертикулнинг қонаётган пептик яраси купрок қичик ёшдаги болаларда учрайди.

Қон оқиши профуз ёки қайталанувчи бўлиши мумкин. Қон тук олча рангда, лахта аралаш бўлади. Қон қуп окқанда ичакда ахлат массалари бўлмайди. Қон оқиши соғлом болада бирданига бошланади. Тезда қоллапс қузатилиши мумкин. Текшириш пайтида тахикардия, тери рангининг оқариши, гемоглобин миқдорининг қамайиши қузатилади. Тутри ичакда тупланиб қолган қон, баъзан қон лахтаклари аникланади.

Дивертикулда қон оқишини ичак полипларидан дифференциация қилиш лозим. Бунда қон оч қизил рангда, қамрок ажралади ва дефекация охирида аникланади. Қон оқиши билан кечадиган қапилляротоксикоздан фарқлашда унга ҳос булган: коринда қучли огрик ва терида тошмаларнинг бўлишига аҳамият берилади.

Даволаш. Меккел дивертикулнинг ҳамма қасалликлари хирургик йул – резекция қилиш билан даволанади. Дивертикул шаклига қараб резекция усули аникланади. Унинг асоси кенг булганда, қанотсимон резекция қилиниб, ичак деворида 2 қаторли қундаланг чок қуйилади. Дивертикул асоси тор булганда, уни ҳудди аппендэктомия қаби олиб ташланади ва қолдиги қисет чок ичига олинади.

АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ НУКСОНЛАРИ.

Аноректал соҳанинг ривожланиш нуксонлари 1:5000 нисбатда учрайди. Аноректал нуксонлар қупинча қаудал регрессия синдромида қузатилади. Қиз ва угил болалар уртасида 1:2 нисбатда учрайди.

Эмбрионнинг ҳомила ривожланишининг биринчи ҳафталарида орқа чиқарув тешиги бўйракнинг бирламчи канали билан биргалиқда битта умумий бўшлиқ – клоақа очилади, тешиқ клоақа мембранаси билан эпик бўлади. Туртинчи ҳафтага келиб клоақа мезобластнинг пастга тушувчи тусигидан

иккита найга булинади. Олдинги найдан сийдик пуфаги ва сийдик найи хосил булади. Орка найдан эса йугон ичакнинг терминал кисми ривожланади. Бешинчи хафтага келиб эктодерма анал мембранасининг ташки юзасига якинлашади ва ичак билан туташиб анал чукурчасини хосил килади. Анал мембранасининг тешилиш жараени эмбриогенезнинг 8 хафтасида тугайди.

Аноректал нуксонларнинг ривожланиши нормал эмбриогенезнинг бузилиш боскичи боглик холда юзага чикади. Ички клоаканинг шаклланиши ва булиниши натижасида куйидаги нуксонлар ривожланади:

- А) клоаканинг булиши;
- Б) ректовезикал окма;
- В) ректовагинал окма;
- Г) ректостеибуляр окма;
- Д) окмасиз орка чикарув тешигининг атрезияси;
- Е) ректоуретрал окма;

Кейинги этап ривожланишининг тухташи, боланинг тешилмаган анал мембранаси билан еки анал мембрананинг стенози билан тугилишига олиб келади. Ораликнинг етилмаслиги орка тешик эктопиясига ва орка чикарув тешиги епилиши оралик окмаси билан бирга ривожланади.

Эмбриогенезда орка тешикнинг ташки сфинктери мустакил ривожланади. Лекин шуни билиш керакки, уроректал тусикнинг хосил булиш вактида клоака сфинктерининг толалари, ораликнинг марказий ядроси чуққисида кесишса, бунда бирламчи ораликнинг булмаслиги ёки етишмаслиги натижасида ташки сфинктер тутами нотугри жойлашади. Яккол ривожланган аноректал нуксонларда ташки сфинктер булмайди ёки ривожланмаган булади.

1970 йилда Мельбурнда халқаро конгрессда куйидаги классификация кабул килинган, бунинг асосида чанок туби мушакларининг тугри ичак билан, хусусан ков-тугри ичак мускуллари билан муносабати ётади. Бунда 3 гурух аномалиялар фаркланади: юкори, урта ва пастки. Биринчи холатда тугри ичак агнезия ва атрезиясининг окмали ва окмасиз турлари кузда тутилади; бунда ичакнинг тумток кисми чанок туби мушакларининг устида жойлашади. Иккинчи гурух нуксонларида ичакнинг тумток кисми чанок туби сохасига тугри келади. Учинчи гурухда ичаклар ков-тугри ичак мушаклари ковузлогининг марказида жойлашади.

Аноректал нуксонларнинг Мельбурндаги классификацияси.

Ю к о р и (с у п р а л е в а т о р)

1. Аноректал агенезия

Угил болаларда:

- а) окмасиз
- б) окмали – ректовезикал,

ректотезикал,

ректоуретрал

ректоклоакал

Кизларда:

- а) окмасиз
- б) окмали –

2. Ректал атрезия (угил ва кизларда).

У р т а (и н т р а м е д и а л)

1. Анал агенезия

Угил болаларда:
 а) окмасиз
 б) окмали - ректобульбар
 ректовестибуляр

Кизларда:
 а) окмасиз
 б) окмали –

2. Аноректал стеноз (угил ва кизларда)

П а с т к и (т р а н с л е в а т о р)

1. Угил ва кизларда:

- а) ёпик анус – оддий
- б) анал стеноз

окма

Кизларда:

- а) олдинги оралик анус
- б) ректовестибуляр

- в) вульварли анус
- г) ановульвар фистула
- д) ректовестибуляр

окма

2. Угил болаларда:

- а) олдинги ораликли анус
- б) ректоораликли окма

Хар бир анатомик шаклнинг узига хос хусусияти бор.

Битта чикариш тешигининг атрезияси курик пайтида кийинчиликсиз аникланади, бунда орка чикарув тешиги булмайди. Атрезия баландлиги ичакларнинг леватор мушакларга муносабатига караб аникланади, бу чакалоқларда анал соҳанинг терисидан 2 см чуқурликда ётади. Пастки атрезияларда ичакнинг тумтоқ қисми теридан 2 см чуқурликда жойлашади. Урта ва юқори атрезияларда ичакнинг учи катта чуқурликда ётади. Клиник жиҳатдан ораликка караб ҳам атрезия баландлигини аниклаш мумкин. Юқори атрезияларда оралик улчами кичрайган, етилмаган, утиргич думбоклари бир-бирига яқинлашган, баъзан думгаза булмайди. Анал тешиги териси купинча силлик “қулга урилиш” симптоми манфий бўлади (курсаткич бармоқ билан ташки сфинктер соҳасига тулқинсимон ҳаракат қилиб уриб қурилади, агар меқоний билан тулган ичак оралик ёнида жойлашса текширувчининг бармоғи қаршилиқ зарбини сезади, бунда симптом мусбат бўлади).

Агар чакалоқ тугилгандан кейин қандайдир сабабларга қура текшириш утқазилмаган бўлса, сутка охирида чакалоқ безовталаниб, чинқира бошлайди, уйқуси бузилади, ичак тутилиши белгилари юзага чиқа бошлайди. Корин шишади, аввал меъда, кейинчалик ут суюқлигини қусади, чакалоқ эммайди. Меқоний ва газ чиқмайди.

Атрезия баландлигини аниклаш мақсадида Вангенстин буйича инвертограмма утқазилади. Бунда орка чикарув тешиги соҳасига рентгеноконтраст жисм ёпиштирилади (масалан, танга), бола бошини пастга қилган ҳолда, ёнбош проекцияда обзор рентгенография қилинади. Атрезияланган ичакдаги газ пуфагига ва белги уртасидаги масофага караб атрезия баландлиги аникланади. Бу текшириш бола тугилганидан 15 – 24 соат утиб бажарилади. Бола тугилгандан кейин газ пуфаги атрезияга учраган ичакка бориб етмайди ва натижа ёлгон бўлиши мумкин. Шубҳали ҳолатларда рентгеноконтраст текширишлар утқазилади.

Орка чикариш тешигининг проекцияси буйича оралик пункция килинади, игна 2 см чукурликка киритилиб, рентген экрани оркали назорат килиб 10 – 15 % верографин эритмаси юборилади. Агар игна ичакка тушган булса, тулик куринади. Юкори атрезияларда контраст модда клетчаткани инфильтрациялайди.

Хозирги вақтда атрезияларни аниклаш мақсадида, ораликни ультратовушли сканерлаш кенг кулланилмоқда.

Ташки сфинктернинг жойлашиши ва етилганлигини электромиограф ёрдамида аникланади. У 4 та нуктадан келувчи игнали электродлар билан бажарилади.



Орка чикарув тешиги ва тугри ичак атрезияси сийдик системасига окма хосил килиши билан характерланиб, энг огир нуксонлардан хисобланади. Купинча угил болаларда атрезиянинг юкори шаклида учрайди. Бола ҳаётининг биринчи кунларида бу нуксон клиник кечиши буйича атрезиянинг окмасиз шаклидан фарқ қилмайди. Болада иккинчи сутканинг охирига келиб, пастки ичак тутилиши симптомлари юзага чиқади, чунки сийдик пуфаги ва уретра орасидаги окма купирча тор ва меконий ундан ута олмайди.

Болани текшириш пайтида ташки уретра тешигидан меконий ажралишини куриш мумкин. Бола сийганда дастлаб деярли узгармаган меконий ажралади, сийдикнинг охирги порциялари эса тиник булади. Бола сиймаган вақтда ҳам уретра оркали газлар чиқиб туради.

Агар окма сийдик пуфагига очилса, меконий доимо сийдик билан аралашиб уни яшил рангга буяйди, айниқса охирги порциясини.

Рентгенологик диагноз уретроцистография ёрдамида аникланади. Рентген экрани назорати остида уретранинг бошлангич қисмига 1 – 2 см чукурликда катетер киритилади ва 10 – 15 % верографин юборилади. Ён томондан утказилган рентген тасвирида контраст модданинг тугри ичакка тушгани куринади.

Жинсий системага очилган окма купинча киз болаларда учрайди. Одатда окма кин дахлизининг орка битишмасига, баъзан кинга очилади. Окманинг асосий белгиси бола ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб жинсий ёриқдан меконий, кейинчалик газ ва ахлатнинг чиқиши кузатилади, анал тешик булмайди. Агар окма калта ва кенг булса, бола ҳаётининг биринчи ойларида мустақил ахлат қилади. Лекин сунъий овқатлантиришга утилгандан кейин ахлати кам ажралади ва ичи қотади.

Кинга очилувчи окмали атрезияда окма тешиги тор булиб, кизлик пардасидан юкорида жойлашади. Киз болаларда кин окмасининг тешиги оркали доимо ичак махсулотлари ажралиб туради, бунда юкорига чикувчи инфекция учун қулай шароит яратилади. Ичак махсулотларининг тулик ажралмаслиги ва окма юкорида жойлашгани учун ҳукна қилишнинг имконияти йуклиги, эрта ахлатнинг тикилишига, сурункали интоксикацияга ва бола ахволининг ёмонлашувига олиб келади.

Ректовестибуляр окмалар одатда пастки атрезияларга, ректовагинал окмалар юкориги атрезияларга қиради ва одатда ташки жинсий аъзоларнинг инфантилизми билан кузатилади.

Оралик окмаси угил болаларда болаларда киз болаларга нисбатан куп учрайди. Киз болаларда оралик окмаси калта ва кенг булади. Угил болаларда

окманинг кенглиги ва узунлиги фарк килади. Окма орка чикарув тешиги енида, ташки сфинктернинг олдинги булимида ергок илдизида, хатто жинсий олатга очилиши мумкин. Окмалар анатомик вариантыга караб, тулик еки кисман ичак тутилиши курилишини бериши мумкин.

Орка чикарув тешигининг эктопияси деганда шундай ҳолат тушуниладики орка чикарув тешигининг морфо-функционал хусусиятлари сакланган булади, факат жойлашган жойи узгарган булиб, жинсий аъзоларга якинроқ жойлашади. Оралик ва вестибуляр эктопиялар фаркланади. Чин эктопияси атрезиянинг окмали шаклидан фарклаш керак., чунки охириги функциясини тулик бажармайди ва хирургик коррекцияни талаб килади.

Буларнинг фарқи ташки сфинктер кискаришини визуал текширишда еки электромиография ердамида аниқлаш мумкин.

Эктопияда кискариш анал тешиги атрофида, окмаларда эса ташки сфинктер толаларнинг кискариши ундан ташкарида булади. Орка чикарув тешигининг эктопиясида функционал узгаришлар булмайди.

Тугри ичак ва орка чикарув тешигининг тугма торайиши купинча ичакнинг эндодермал кисмининг эктодермал кисмига утиш жойида, яъни анал халкасининг тожсимон чизиги соҳасида жойлашади. Торайиши бир неча мм дан 2-4 см гача булади.

Чакалоклик даврининг биринчи ойларида структуралар клиник жихатдан аниқланмайди. Чунки суюк овкат торайиш оркали эркин утади. Стенознинг юкори даражаларида бола хаётининг биринчи кунидан ичи котади, ахлат ингичка тасма шаклида ажралади, кушимча овкатга утказилганда ич котиши яккол намоен булади. Бола безовталанади, корни дам булади, иштаҳаси емонлашади. Тана массаси оркада қолади ва иккиламчи мегаколон шаклланади.

Анал каналининг тугма торайишига ташхис қуйиш қийинчилик тугдирмайди. Бармок билан ректал текширганда эластик халка аниқланади; баъзан бармокни учини киритиб булмайди. Тугри ичакни рентгено-контраст текшириш ва колоноскопия ердамида аниқ ташхис қуйилади.

ДАВОЛАШ: тугри ичак ва орка чикарув тешиги атрезиясининг барча шаклларида хирургик даво етади. Шошилиш операция хаётининг иккинчи суткасигача олиб борилади, бунда тулик атрезиянинг барча шакллари ва окмали формалари: ректоуретрал, ректовезикал бундан ташкари кичик диаметрли – ректовагинал, ректооралик шаклларида хирургик даво утказилади. 1-3 ойликдан то

1-3 ешгача ораликда ва таносил системасида окмали нуксонлари ичак тутилиш симптомлари келтириб чикармасдан коррекция қилинади. Кейинги йилларда тугма ривожланишларни эрта коррекция қилиш, нерв-рефлектор кортико-висцерал боғлиқликни мустаҳкамлаш ва шакллантиришга қаратилган.

Тугри ичак ва орка чикарув тешиги атрезиясининг пастки турларида ораликнинг бир лахзали проктопластик операцияси амалга оширилади.

Ҳозирги вақтда атрезиянинг урта формаларида думгаза-оралик проктопластикаси утказилади.

Атрезиянинг юкори формаларида ичакларни корин-думгаза-оралик усули билан мобилизация қилиш талаб қилинади. Ушбу операция катта ва травматик булганлиги учун икки этапда бажарилади. Бола хаётининг биринчи кунда чап ёнбош соҳасида атрезия зонасига якин жойда, сигмасимон ичакка Микулич усули бўйича сунъий орка тешик очилади. Радикал операциянинг 2 чи этапи 2 ойликдан 1 ёшгача қилинади. Бундай тактика нафакат бола соғайишига, балки функционал ҳолатни яхшилашга олиб келади. Операциядан

сунг 10 – 14 кундан бошлаб хосил килинган анал тешигини Гегар бужлари билан профилактик бужлаш утказилади, бужлар улчами № 8 дан то № 11 – 12 гача аста-секин ошириб борилади. Профилактик бужлаш 2 – 2,5 ой давомида утказилади ва ичакнинг терига утиш жойида юпка чандик хосил булади, натижада тугри ичак стенозининг олди олинади. Стационарда бужлаш 1 – 2 хафта давомида хар куни амалга оширилади, сунгра ота-онаси диспансер назорати остида уйида давом эттиради.

Бир нечта ривожланиш нуксони булган барча болаларга медикогенетик консультация ва доимий диспансер назорати зарурдир. Этапли равишда буйрак, жинсий аъзолар, таянч – харакат системасининг ва бошка кушимча нуксонлар коррекция килиб борилади.

Касалликнинг окибати нуксоннинг огирлигига, кушимча нуксонларга ва оператив давонинг тугри танланганлигига боглик булади.

ИНГИЧКА ИЧАК ИККИЛАНИШИ.

Хамма иккиланишларнинг 50 % ингичка ичак иккиланишига тугри келади. Асосан ёнбош ичакнинг иккиланиши кузатилади. Ингичка ичакнинг иккиланиши огир асоратларни: тутилиш, перитонит, кон окишини келтириб чикариши мумкин.

Касаллик клиникаси иккиланишнинг жойлашган жойи, тури хамда шаклига боглик.

Иккиланишнинг алохида формаси бола тугилганидан дархол кейин, туташувчи формаси эса катта ёшдаги болаларда учрайди.

Касаллик симптомлари ичак найининг кисилиши ва бунинг натижасида кон айланишининг бузилиши билан белгиланади. Асосий белгилар – коринда огрик, угжиш, кусиш, ахлат чикаришнинг бузилиши ва корин бушлигида шишсимон хосиланинг аникланишидир. Касалликка яллигланиш кушилганда у уткир кечади, иккиланиш купрок ёнбош ичакда булганлиги сабабли уткир аппендицит клиникасини эслатиши мумкин.

Алохида формасида ва яллигланиш булмаганда ичакларнинг кисман тутилиш симптомлари кузатилади, бу баъзи холларда ичакнинг тулик тутилишига утиши мумкин.

Иккиланган ичак ковузлогининг буралиб колишида странгуляцион тутилиш кузатилади, иккиланган ичак инвагинация келиб чикишига сабаб булиши мумкин. Иккиланган ичак деворининг чузилиши ва кон айланишининг бузилиши натижасида перфорация билан асоратланиши мумкин.

Касалликка ташхис куйиш кийин кечади. Анамнездан вакти-вакти билан тугри ичакдан кон окиши, коринда огрик булиши мухим маълумот булиб хисобланади. Коринни обдон пальпация килиш вактида (бола ухлаганда, миорелаксантлар куллаш билан) шишсимон хосила аникланади ва ичак иккиланиши хакида шубха килинади. Рентгенодиагностика тутилиш ривожланган вақтдагина ёрдам бериши мумкин. Бунда ичак бушлигининг кисилиши, якинлаштирувчи кисмининг кенгайиши, уткир холларда суюклик сатхини аниклаш мумкин.

Иккиланиш улчами катта булганда, ичак ковузлогининг силжиш симптоми кузатилади. Кушимча маълумотларни лапароскопия килганда олиш мумкин.

Иккиланишни корин бушлигининг барча харакатчан шишлардан, харакатчан буйраклардан фарк килиш керак. Мезентериал киста ва лимфангиомадан хатто операция вактида хам фарклаш кийин кечади.

Мезентериал киста ва лимфангиоманинг девори юпка, мушак толалари йук; купинча куп камерали, кон билан таъминланиши ичак деворидан алохида.

Давоси – оператив, иккиланишнинг формасига боглик. Ичак туткич четида жойлашган иккиланишнинг алохида ва туташувчи формасида ичак ковузлогини иккиланиш билан бирга иктисодли резекция килиш ва охир-охирига энтероэнтероанастомоз куйиш тавсия килинади.

Асоси тор булган туташувчи формасида ичакни канотсимон резекция килинади.

ЙУГОН ИЧАКНИНГ ИККИЛАНИШИ.

Йугон ичакнинг иккиланиши нисбатан кам учрайдиган касаллик булиб, унинг хар хил турлари ва шакллари мавжуд.

Иккиланишнинг чегараланган тури ичак тутилиши ва кон кетиши белгилари билан намоён булиб, йугон ичак буйлаб пайпаслаганда юмалок ёки узун, атрофи силлик хосила аникланади. Хосила кичик чанокда жойлашган холларда уни тугри ичак оркали текшириб аниклаш мумкин.

Иккиланишнинг туташувчи турида иккиланган ичак асосий найга ёки жинсий найларга очилиши мумкин. Иккиланган тугри ичак узи алохида иккита еки бита тусик билан иккига булинган ташки чикарув тешиги хосил килиб чикиши мумкин.

Агар, иккиланган ичак асосий найга очилган булса клиник белгилари яккол намоён булмайд. Буни тасодифан корин бушлиги операцияларида еки аутопсия жараенида аниклаш мумкин.

Агар иккиланган ичак жинсий аъзолар еки сийдик чикариш аъзоларига уланган булса (ректовагинал, ректопуфакли, ректоуретрал) бунда сийдик ажратиш системасининг сурункали инфекцияси еки киндан газ ва ахлат чикиши кузатилади.

Касалликка УТТ, рентгенологик ва асбоблар билан текшириш оркали ташхис куйилади. Йугон ичакнинг пастга тушувчи кисми ват угри ичакнинг иккиланишини ирригография, ректороманоскопия ва фиброколоноскопия утказиш билан ташхис куйиш мумкин. Иккиланишнинг чегараланган турида лапароскопия утказиш йули билан тугри ташхис куйилади. Иккиланган ичакнинг жинсий органларга еки сийдик чикариш аъзоларига очилганлигига ташхис куйиш учун, тугри ичакка метилен куки юборилади ва буюкнинг сийдик пуфаги еки кинда пайдо булганига караб тугри ташхис куйилади.

ДАВОСИ: Йугон ичак иккиланишининг хамма тури операция йули билан даволанади. Иккиланишнинг катта сохани эгалламаган тубуляр ва кистоз турларида, иккиланган ичак асосий ичак билан кисман олиб ташланиб “учма уч” анастомоз куйилади. Иккиланишнинг найсимон турларида сийдик чикариш аъзолари еки кин билан алока булган холларда куп этапли Баиров Г.А операцияси утказилади. Бунинг учун иккиланган ичакнинг иккала ериги тикилиб, юкорирокда жойлашган тугри ичакнинг Дюлмел усули буйича оралик сохасига туширилади. Киндаги еки сийдик аъзолардаги окмаларни епиш бола катталашгандан кейин операциянинг иккинчи этапида утказилади.

Тугри ичакнинг тубуляр иккиланишини, тугри ичакнинг окмали аномалиялардагидек операция килиб даволанади.

ИЧАКЛАРНИНГ НУКСОНЛИ БУРАЛИШИ.

Ичакларнинг нуксонли буралиши куйидаги 3 сабабга кура ривожланади:

1. Хомиладорлик вақтида ичак найининг нотулик буралиши.
2. Аникланган ичак булагии узунлиги буйлаб усишдан тухтайди ва жойлашиш урни узгаради.
3. Ичак айрим кисмларини корин бушлиги орка деворига караб усишнинг нотулик ёки умуман булмаслиги.

РОТАЦИЯНИНГ БУЛМАСЛИГИ.

Киндик ковузлогининг тулик буралмаслиги кукрак ешидаги болаларда тугма киндик чурраси билан бирга учрайди. Шу сабабли уларда ингичка ва йугон ичак туткичлари умумий булади ва умуртка погонасининг олдинги сагитал кенглигида жойлашади. Бундай патология билан тугилган чакалокларда бошқа ривожланиш нуксонлари ҳам бирга кушилиб келади ва одатда улар яшаб кетмайди. Йугон ичакнинг атрезияси, агнезия, иккиланиш еки калта булиши каби нуксонлари купинча орка чикарув тешигининг битиб колганлиги, шунингдек ректовагинал, ректоуретрал ва ректоперионал окмалар билан бирга кечади.

НОТУЛИК РОТАЦИЯ.

Бу ривожланиш нуксонида киндик ковузлоги 180° га буралгандан кейин тухтаб колади. Бунинг натижасида 12 бармокли ичакнинг пастки кисми туткич илдизи оркасида жойлашади, куричак ва йугон ичакнинг юкорига кутарилувчи кисми эса кундаланг булиб умуртка погонаси олдида жойлашади.

МАЛЬРОТАЦИЯ.

Мальротация эмбрионал ичак ковузлоги 90° еки 180° га кайта тугриланиб буралган холларда учрайди.

Агар чамбар ичакнинг бошлангич кисми йугон ичак туткичи киррасига жойлашган булса, ингичка ичак халтага ухшаб, уни ураб олади. Агар ичак харакати соат стрелкаси буйича, яна 180° га айланишда давом этса, бу холатга ичакнинг буралиб колиши деб бахо берилади ва куричак чап томонда, йугон ичак унг томонда булиб колади.

УМУМИЙ ТУТКИЧ.

Умумий туткич орка корин девори ва йугон ичак туткичининг кутарилувчи кисми орасида битишма ривожланмаслиги билан характерланади. Бу одатда буралиш дефекти хисобланади. Баъзида нормал буралишдан кейин ҳам ривожланади. Бундай холларда 12 бармокли ичакнинг пастки кисми туткич илдизи оркасига чапдан чиқади, нормал буралиш хосил килади ва ингичка ичакка утади. Ичак туткичи ошкозон ости безининг пастрогидан супургисимон шаклда пастга осилиб туради. Кутарилувчи чамбар ичак корин бушлигининг унг томонидан корин пардага епишмаган холда кориннинг унг кисмида жойлашади. Куричак кисман корин пардага епишган булади. Тушувчи чамбар ичак эркин харакатчан булиб жойлашади.

ИЧАК БУРАЛИШИ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ.

Буралиш аномалияларининг огир формаларида симптоматика яккол булади. Беморларда коринда огрик, санчик, босим сезгиси белгилари булади. Ошкозон тулиб кетиш симптоми ва корин дам булиши кусиш билан кечади. Бундай холларда ичак пассажиининг бузилиши хакида эмас, балки механик ичак тутилиши, битишма хакида еки буралиш хакида уйлаш мумкин. Тугма ичак тутилиши бола тугилганидаек намоен булади. Ут аралаш тухтовсиз кусиш, ошкозон кенгайиш симптоми ва 12 бармокли ичак тушувчи кисмида куп суюклик йигилиши, ичак тутилиш белгилари хисобланади.

Куп холларда ичак туткичлари 12 бармокли ичакни босиб куйиш натижасида артерио-мезентериал ичак тутилиши клиник манзарасини намоен килади. Уни тугма дуоденал атрезия еки стенозидан фарклаш кийин эмас.

Артерио-мезентериал ичак тутилиши манзарасидан фарк килиб, бунда куйидаги операциялар кулланилади: Трейц богламидан тулик озод килинади, йугон ичакнинг унг ярми, 12 бармокли ичакнинг pars verticalis, pars horizontalis ва pars ascendens кисмларида мобилизация утказилади. 12 бармокли ичак ва проксимал кисми. 12 бармокли ичак оч ичакнинг проксимал кисми 20-30 см узунликдаги кисми, олдин ажратилган юкори туткич артерияси остидан утказилиб кориннинг унг томонида жойлаштирилади. Туткич илдизи буралиб колиши перитонеал холатлар, огрик ва тухтовсиз кусиш билан огир ва мураккаб механизмли ичак тутилишига олиб келади. Бундай уткир ва хуружсимон огрикда бола тизза-тирсак холатида булади. Умумий туткичнинг буралиб колиши уз-уздан тугриланиши мумкин, лекин купинча бундай булмади ва купгина болаларда дистрофия ривожланади, сурункали овкат хазм килиш етишмовчилиги булади. Туткич томирларининг кучли босилиши куп беморларда ичакдан кон кетишига олиб келади.

ДАВОЛАШ: Нотулик ротацияда касалларда енгил холатларда, ахволини яхшилаш учун консерватив даво етарлидир. Ичак пассажиининг огир бузилишларида операция килинади. Лапаротомияда аввало 12 бармокли ичак ва чамбар ичакни проксимал кисми жойлашиши аникланади. Агар туткични буралиб колиши аникланса унда деторсия утказилади. Туткич буралиб колишини олдини олиш максадида 12 бармокли ва чамбар ичак корин бушлиги ички деворига уз холатида фиксация килинади.

Тугма тутилиш турлари буралиш процессии бузилишининг кайси стадиясида тухташига боглик. Бу тутилишнинг бир нечта анатомик вариантлари бор. Шунни айтиб утиш керакки, тугалланмаган ичак буралиши ичак тутилишини келтириб чикармаслиги хам мумкин, масалан, буралиш юз бермаганда, ингичка ичакнинг хаммаси унг томонда, йугон ичак чап томонда бир-бирига халакит бермасдан жойлашади.

Тугалланмаган буралиш натижасида пайдо буладиган ичак тутилиши чакалоклик даврида намоён булади: 1) умумий ичак туткич сакланган холда урта ичакнинг буралиши юкори уткир странгуляцион тутилиш клиникасини эслатади; 2) тулик буралмаган куричак билан кисилиш натижасида пайдо буладиган 12 бармокли ичак тутилиши; 3) куричакнинг юкори жойлашиши, урта ичакнинг буралиб колиши ва ун икки бармокли ичакни коринпарда бурмаси билан кисилиб колиши (**Ледда синдроми**).

Ледда синдроми бола хаётининг 4 – 5 суткаларида бошланиши мумкин. Бола тез-тез ут аралаш кусади, ахлат ажралиши оз-оздан кейинчалик умуман булмаслиги мумкин. Болани куздан кечирганда, унинг безовталиги, эпигастрал соханинг дам булиши, эксикоз ва токсикоз симптомларининг кучайиб бориши кузатилади. Рентгенологик картинада дуоденостаз ва ун икки бармокли ичакнинг кенгайиши кузатилади.

Давоси. Ледда буйича операция утказилиб, буралиш тугриланади ва чандиклар ажратилади.

Мекониал тутилиш (**мекониал илеус**) патологиянинг бир тури булиб, меъда ости безининг кистофибрози унинг келиб чиқишига сабаб булади. Панкреатик функциянинг бузилиши мекониянинг ёпишчок ва каттик булишига олиб келади. Меконий ёнбош ичакнинг терминал қисмига тикилиб қолиб, ичак деворини кенгайиб кетишига олиб келади. Ёнбош ичакнинг дистал қисми, қуричак ва қутарилувчи ичак нормал диаметрда булиб, ичи каттик меконий булаклари билан тулган.

Ичакнинг кенгайган қисми тешилиши ва перитонитга олиб келиши мумкин.

Қасаллик симптомлари бола хаётининг иккинчи суткаларида бошланади. Бунда боланинг безовталиги, ут аралаш қушиш, мекониянинг чиқмаслиги, қориннинг дамлаши, эксикоз ва токсикоз белгилари характерлидир.

Рентгенологик текширганда, қоринда Клойбер қосачалари аниқланади.

Давоси. Мекониал тутилишни даволаш учун Микулич буйича операция қилинади. Бу Т – симон анастомоз қуйиш билан характерланади.

Қасаллик прогнози муковисцидознинг бошқа қуринишлари, хусусан упкадаги асоратлари боис жуда ҳам жиддий ҳисобланади.



УЗ – УЗИНИ СИНАШ УЧУН ТЕСТЛАР.

1. Овкат хазм килиш трактининг қайси қисми тугма ичак тутилишини юкори ва пастки қисмларга ажратади?
 - а) Кизилунгачнинг ошкозонга утар қисми
 - б) Пилорик қисм
 - в) Оч ичакнинг бошлангич қисми
 - г) Илеоцекал бурчак
 - д) Йугон ичакнинг ректосигмоид қисми
2. Ичакнинг эмбрионал буралиши бузилганда қайси касалликлар келиб чиқади?
 - а) Урта ичакнинг буралиб қолиши
 - б) Ичаклар ичида парда ҳосил бўлиши
 - в) Ледда синдроми
 - г) Ичак атрезияси
 - д) Меккел дивертикули
3. Қайси клиник ва рентгенологик белгилар юкори тугма ичак тутилишига хос?
 - а) Тугилганидан бошлаб ут аралаш қусиш
 - б) 2 сутка охирида меконий аралаш қусиш
 - в) Мекониял ахлатнинг бўлмаслиги
 - г) Кориннинг олдинги деворидан кенгайган ичак туткичининг қуриниб туриши
 - д) Корин олдинги девори ва жинсий органларнинг шишиши
 - е) Эпигастрал соҳанинг шишиши, корин олдинги деворининг чуқиши
 - ж) Эксикоз симптомларининг ошиб бориши
 - з) Токсикоз симптомларининг ошиб бориши
 - и) Рентгенограммада кориннинг юкори қисмларида 1-3 гача Клойбер косачаларининг бўлиши
 - й) Обзор рентгенограммада куплаб кенг Клойбер косачаларининг бўлиши
4. Юкори тугма ичак тутилиши билан тугилган чакалокни болалар жаррохлик бўлимига утказгунга қадар тугрукхона шароитида қандай даволаш муолажалари утказилади?
 - а) Спазмолитиклар юбориш (мускуллар орасига)
 - б) Қайта-қайта тозаловчи ҳукналар қилиш
 - в) Огриксизлантирувчи дорилар юбориш

- г) Антибиотиклар юбориш
- д) Викасол юбориш
- е) Кайта-кайта ошкозонни ювиш
- ж) Ошкозонга доимий зонд куйиш
- з) Инфузион даволаш

5. Пастки тугма ичак тутилишида кандай клиник ва рентгенологик белгилар характерли?

- а) Тугилганидан бошлаб ут аралаш кусиш
- б) 2 сутка охирида меконий аралаш кусиш
- в) Мекониал ахлатнинг булмаслиги
- г) Кориннинг олдинги деворидан кенгайган ичак туткичининг куришиб туриши
- д) Корин олдинги девори ва жинсий органларнинг шишиши
- е) Эпигастрал соханинг шишиши, корин олдинги деворининг чукиши
- ж) Эксигоз симптомларининг ошиб бориши
- з) Токсикоз симптомларининг ошиб бориши
- и) Рентгенограммада кориннинг юкори кисмларида 1-3 гача Клойбер косачаларининг булиши
- й) Обзор рентгенограммада куплаб кенг Клойбер косачаларининг булиши

6. Анал тешигининг атрезияси кандай 2 гурухга булинади?

- а) Тулик
- б) Нотулик
- в) Окмалар билан
- г) Кисман
- д) Аралаш

7. Тугри ичак атрезияси масофасини кандай аниклаш мумкин?

- а) Чанок ва корин бушлигини рентгенографияда вертикал холда текшириш
- б) Худди шундай, факат оёклари юкори холатда
- в) Ошкозон-ичак трактини рентгенологик текшириш (контраст модда билан)
- г) Наркоз остида коринни пальпация килиш
- д) Лапароскопия килиш

8. Куйида санаб утилган тугма аноректал нуксонларнинг кайсисида биринчи кундаёк операция килиш керак?

- а) Тулик атрезияларда

- б) Атрезияларнинг ташки окмали тури
 - в) Атрезиянинг бошка орган ва система нуксонлари билан бирга учраши
 - г) Чала тугилган болаларда
 - д) Атрезиянинг сийдик йулидаги ички окмаси билан
9. Киндик эмбрионал чурраларининг келиб чиқишида қайси анатомик ривожланиш нуксонлари асосий роль уйнайди?
- а) Корин терисининг нуксони
 - б) Корин деворининг мушак-апоневроз нуксони
 - в) Киндик кон томирларининг ривожланиш нуксони
 - г) Киндик жойлашувининг аномалияси
10. Жаррохлик амалиётида эмбрионал киндик чурраларининг қандай клиник формалари фаркланади?
- а) Кичик улчамли
 - б) Шарсимон
 - в) Ярим шарсимон
 - г) Урта улчамли
 - д) Буйинча
 - е) Катта улчамли
 - ж) Ассиметрик
 - з) Сохта
 - и) Чин
11. Киндик эмбрионал чурраларининг қайси ҳолларида шошилиш операция ўтказилади?
- а) Катта улчамли чурраларда
 - б) Кичик улчамли чурраларда
 - в) Урта улчамли чурраларда
 - г) Чурра ҳалтасининг ёрилиши
 - д) Чурра буйинчасининг торлиги
 - е) Чурранинг қисилиши
 - ж) Тугма юрак пороки бор беморларда
12. Киндик эмбрионал чуррасини операция қилишда қандай мақсад қўзда тутилади?
- а) Тери нуксонини ёпиш
 - б) Корин девори мушак-апоневротик нуксонининг пластикаси
 - в) Ичакнинг чурра ичидаги қисмини резекция қилиш
 - г) Корин бушлиги ҳажмини катталаштириш

13. Киндик эмбрионал чуррасининг консерватив давоси нимадан иборат?
- а) Корин олдинги деворини укалаш
 - б) Чурра халтасига котирувчи дорилар билан ишлов бериш ва мазлар куйиш
 - в) Системали равишда хукна куллаш
 - г) Лейкопластырли богламлар куйиш
 - д) Бандаж боглаш
14. Куйидагилардан кайсилари болалардаги киндик чуррасига хос?
- а) Кушиш
 - б) Бевовталики
 - в) Гипотрофия
 - г) Киндик атрофида апоневроз нукуси
 - д) Киндикнинг кизариши
 - е) Ичининг бузилиши
 - ж) Кориннинг дамлаши
 - з) Кориндаги огрик
15. Болаларда киндик чурраларини консерватив даволаш мумкинми?
- а) Мумкин эмас
 - б) Мумкин
16. Куйидаги белгилардан кайси бири болаларда учрайдиган кориннинг ок чизиги чуррасига хос?
- а) Кушиш
 - б) Корин ок чизиги апоневрози нукуси
 - в) Кориннинг урта чизиги буйлаб, киндикдан юкорида тугриланмайдиган огрикли шишнинг булиши
 - г) Ичининг бузилиши
 - д) Кориннинг дамлаши
 - е) Корин мушаклари таранглашганда эпигастрал сохада огрикнинг кучайиши
17. Корин ок чизиги чуррасини консерватив даволаш мумкинми?
- а) Мумкин
 - б) Мумкин эмас

18.Меккел дивертикули ва ингичка ичакнинг дивертикуляр иккиланиши уртасидаги фарк нимадан иборат?

- а) Деворларининг тузилиши билан
- б) Ичак туткичига ва деворига нисбатан жойлашуви
- в) Асорат характериға караб
- г) Шиллик кавати тузилишиға караб
- д) Келиб чиқишиға караб

19.Болаларда ингичка ичакдан кон кетиши сабабларини аниқлашда қайси усул афзал ҳисобланади?

- а) Фиброгастроуденоскопия
- б) Ошқозон-ичак трактини барий буткаси билан оғиз орқали тулдириб, контраст рентгенография утқизиш
- в) Ирригография
- г) Колоноскопия
- д) Лапароскопия

20.Пилоростенознинг сабаби нимада?

- а) Овкатлантиришнинг бузилиши
- б) Пилорус иннервациясининг нуксонли ривожланиши
- в) Ичак найининг нотуликлиги
- г) Уткир гастрит
- д) Ошқозон яра касаллиги

21.Пилоростенознинг қайси ёшда учраши характерли?

- а) Хаётининг биринчи хафтаси
- б) Хаётининг 3 – 4 хафтаси
- в) 1 – 3 ойлигида
- г) 4 – 6 ойлигида
- д) 1 ёшдан кейин

22.Қуйидаги санаб утилган клиник белгилардан қайси бири пилоростенозга хос?

- а) ут аралаш қусиш
- б) ивиган сут билан , лекин утсиз қусиш
- в) 1 суткада 15 – 20 марта қайт қилиш
- г) 1 суткада 5 – 6 марта қайт қилиш
- д) Тана оғирлигининг кескин қамайиши

- е) Боланинг доимий безовталиги
- ж) Суслик, адинамия
- з) Кориннинг бир хилда дамлаши
- и) Факат эпигастрал сохада дамлаш
- й) Тез-тез суёқ ич кетиши
- к) Ахлатнинг кам миқдорда келиши
- л) Юкори лейкоцитоз
- м) Гематокрит курсаткичларининг юкорилиги
- н) Спазмолитик куллангандан кейинги яхши натижа бериши

23.Куйидаги курсатилган кушимча текшириш усулларида кайси бири пилоростенозда купрок ахамиятга эга?

- а) Ошкозонни барий буткаси билан рентгенологик текшириш
- б) Барийли хукна
- в) Коринни наркоз остида пальпация килиш
- г) Фиброгастроскопия
- д) Колоноскопия
- е) Компьютер томография
- ж) Лапароскопия
- з) УТТ

24.Пилоростенознинг давоси нимадан иборат?

- а) Оз-оздан овкатлантириш
- б) Ошкозонни ювиш
- в) Спазмолитиклар куллаш
- г) Гастрофиброскоп оркали пилорик кисмини бужлаш
- д) Ошкозон резекцияси
- е) Пилоропластика
- ж) Пилоромиятомия
- з) Гастроэнтеростомия
- и) Селектив ваготомия

ТЕСТ САВОЛЛАРИГА ЖАВОБЛАР

- 1. в)
- 2. а); в)
- 3. а); е); ж); и)
- 4. г); д); ж)
- 5. б); в); г); з); й)
- 6. а); в)

7. б)
8. а); е)
9. б)
10. а); г); е)
11. б); в); г)
12. б)
13. б)
14. г)
15. б)
16. б); в); е)
17. б)
18. б); в); д)
19. д)
20. б)
21. б)
22. б); г); д); ж); и); к); м)
23. а); в); г); з)
24. ж)

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Ашкрафт К.У., Холдер Г.М., Детская хирургия. Т.1. СПб, Изд-во Хардфорд, 1996. Т II. СПб, Изд-во Пит-Тал, 1997. Т III. СПб, Изд-во Раритет, 1999. /Перевод с англ./.
2. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. Атлас операций у новорожденных, - Л.: Медицина, 1984. – 256 с.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М., 1988. – С. 130-143.
4. Сулейманов А.С., Шамсиев А.М. ва бошкалар. Болалар хирургияси.. Тошкент 2000 й. /Абу Али ибн Сино/ 520 бет.
5. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Лёнюшкин А.И. Хирургическая болезни детского возраста. Ташкент, Ибн Сина 2001г.