

**УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ**

ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ КАФЕДРАСИ

КОРИН ЧУРРАЛАРИ

Тиббиёт олий укув юртлари талабалари, магистратура резидентлари ва амалиётда ишлаётган хирурглар учун укув-услубий кулланма

САМАРКАНД - 2009 й.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

СЎЗ БОШИ

Охирги йилларда герниология фани аник анатомик маълумотларга асосланган ҳолда, муҳим амалий тажрибалар билан қуролланган. Вентрал чурраларнинг этиологик факторлари ва ҳар хил оператив усулларининг натижалари чуқур урганилиб, патогенетик жиҳатдан энг муҳим оператив усуллари амалиётга тадбиқ қилинмоқда. Ваҳоланки бугунги кунда чурраларнинг диагностикаси ва уларни даволаш муаммоси актуал бўлиб қолмоқда. Бугунги кунда мамлакатимизда минглаб ҳар хил вентрал операция қилинмоқда, аммо уларнинг натижалари давр талабини қониктирмайди. Статистик маълумотларга қура ҳар 10-12 чуррани кесиш операциясидан кейин рецидив пайдо бўлмоқда. Маълумски ҳар бир эндигона хирургияни бошлаётган ёшлар қупчилик ҳолларда албатта чуррани кесиш операциясидан бошлайди. Шуни айтиш керакки чуррани кесиш бу оддий операциялардан эмас. Ҳатто энг қуп қилинадиган чов чурраларини кесишдан кейин ҳам ҳар хил асоратлар бўлиб, беморлар узок вақтлар иш қобилятларини йўқотиб, айрим ҳолатларда қайта операция бўлишларига мажбур бўладилар. Шу борада жуда маҳоратли хирург, герниология фанининг асосчиларидан бири С. П. Федеровнинг айтган иборасини эсламоқ керак: «Чуррани кесиш бу оддий, енгил операциялардан бўлмай, уни туғри ва яхши бажариш керак».

Ҳозирги замон герниология жарроҳлигида ҳар бир беморга индивидуал ёндошиш зарурлиги талаб қилинмоқда. Оператив даволашда индивидуал ёндошиш принципининг асосини чурранинг этиологик ва патогенетик хусусиятлари ташкил қилиб, ҳар бир беморга алоҳида оператив усул қулланиши операциядан кейинги натижаларнинг яхши яқунланиши ташкил қилади.

Қорин бушлиғи (cavum abdominalis) қорин бушлиғи ички фасцияси (f.endoabdominalis) билан чегараланган бўлиб, қорин бушлиғи ва қорин парда орқа бушлиғига тўулинади. Қорин бушлиғининг юқориғи деворини диафрагма, олд ва ёнбош томондан қориннинг олд девори мушаклари қатлами, орқадан умуртка поғонаси, бел мушаклари қатлами ташкил қилади. Қорин бушлиғи пастки томондан эркин ҳолда қанок бушлиғига утиб, улар орасидағи чегара шартлидир.

Диафрагма, мушакларнинг таранглашишидан ҳосил бўладиган босим нафас олишда, қон айланишини таъминлашда, қуқрак қафаси ва қорин бушлиғида босим ҳосил қилишда, ошқозон-ичак тизими ҳаракати фаолиятини таъминлашда муҳим роль уйнайди.

Қориннинг олдинғи ёнбош девори юқоридан - қиличсимон усимта ва қовурға ёйлари, унғ ва қап томондан - орқа қултик ости қизиги (lin.axillaries posterior), пастдан — қовуқ суяқларининг симфизини, қов

бурмалари, ёнбош суяги тожлари то орка култик ости чизигига чегараланади.

Қориннинг олд – ёнбош деворини бир нечта вилоятларга бўлиш мақсадга мувофиқдир. Чунки чурраларнинг аниқ топик диагнозини ва уларнинг хажмини аниқлашда муҳим аҳамияти бор.

шартли равишда қориннинг олд деворидан иккита горизонтал чизик утказилади: юқоридан ковурга ёйларини бирлаштирувчи – *lin.bicostalis*, пастдан – ёнбош суяклар усимталарини бирлаштирувчи – *lin.bispinalis*. Анна шу чизиклар қориннинг олд ёнбош деворини уч каватга бўлади. Биринчи юқориги кават – *epigastrium*, урта – *mesogastrium*, ва пастки – *hipogastrium* деб номланади.

Қориннинг тугри мушаклари киррасиданвертикал ҳолда утказиладиган иккита чизик юқоридаги бўлимларни Яна уч вилоятга бўлади. Шундай қилиб, юқориги каватда хакикий эпигастрал (*regio epigastrica propria*), унг ва чап ковурга ости вилоятларига бўлинади. Қориннинг урта қисми – киндик (*regio umbilicalis*), унг ва чап ёнбош (*regio lateralis abdominalis dextra et sinistra*), бўлимларига ажратилади. Пастки қисми ҳам учта – ковок (*regio pubica*), унг ва чап ёнбош – чов (*regio ileo – inguinalis dextra et sinistra*) вилоятларига бўлинади.

I. Қорин девориси териси – юпка ва ҳаракатчандир (киндикдан ташқари).

II. Тери таги ёғ қатлами – сийрак, қориннинг пастки қисмида айниқса аёлларда яхши ривожланган.

III. Юзаки фасция – қориннинг пастки қисмида икки қабикга бўлинади юзаки ва чуқур қабиклари. Юзаки қабиги соннинг олдинги юзасига давом этади, чуқур қабиги эса чов боғламига бориб бирикади. Анна шу юзаки фасция қабиклари орасидан: *a.epigastrica superficialis* утиб киндиккача боради, *a.circumflexa ilium superficialis* ёнбош суяк томон йуналади, *a.pudenda externa* чов каналининг ташки тешиги атрофига етади. Бу уч артериялар *a.femoralis* дан чиқади ва *v.femoralis* орқали вена қони оқиб, *v.saphena* ёки *v.femoralis* га қуйилади.

IV. Мушак кавати – қориннинг олд – ёнбош девори – ташки қийшик (*m.obliquus abdominis externus*), ички қийшик (*m.obliquus abdominis internus*), кундаланг (*m.transversus abdominis*), тугри (*m.rectus abdominis*) мушакларидан ташкил топган. Мушаклар жуфт бўлиб, ҳар бирининг алоҳида шахсий фасциал қинлари бор.

1. Қориннинг ташки қийшик мушак (*m.obliquus abdominis externus*) охири саккиз ковурагаларнинг ташки томонидан бошланиб, мушак толалари юқоридан пастга, орқадан олдинга юналади. Қориннинг урта қисмида мушакларнинг апоневрозга утиши, қориннинг тугри мушакларига 1,5–2 см етмасдан бошланади. Бу мушакнинг кенг апоневрози тугри мушакларнинг олдинги томонидан утиб оқ чизикни ҳосил қилишда катнашади. Қориннинг пастки қисмида апоневрознинг холи қисми ёнбош суягининг олдинги юқориги киррасига ва ковок

буртмасига бирикиб, ички томонга кайрилади ва таранглашган чов, яъни чов ёки Пупарт боглами (lig.inguinalis seu Pouparti) ни хосил килади.

2. Қориннинг ички кийшик мушаги (m.obliquis abdominis internus) ташки мушак тагида ётиб, fascia thoracolumbalis, linea intermedia cristae iliacae ва чов богламининг ташки ярмидан бошланади. Бу мушак толалари кийшик мушак толаларига карама – қарши йуналишда бўлиб, пастдан юқорига ва ташқаридан ичкарига елпигичсимон таркалади. Мушак толалари қориннинг юқори қисмида Х – ХІІ ковурагаларнинг ички қиррасига бирикади, урта қисмида улар икки қаватга ажралиб, урта мушакнинг олдидан ва орқасидан утиб, оқ чизикни хосил қилишда қатнашади. Пастки қирралари чов каналининг юқориги ва олдинги деворини ташкилқилишда қатнашади. ва бир қисм толалари m.cremaster ни хосил қилиб, уруғ йулининг бита пардаси бўлиб ҳисобланади.

3. Қориннинг кўндаланг мушаги (m.transversus abdominis) энг чуқур мушак бўлиб, охириги олтига ковурагаларнинг ички юзасидан, fascia thoracolumbalis нинг чуқур қаватидан ҳамда чов богламининг ташки учлигидан бошланади. Мушак толалари кўндаланг таркалиб, туғри мушакларга яқинлашганда апоневрозга утади ва уларни ташки томондан ёпиб, ташқарига қайрилган спигел чизиги (linea semilunaris) ни ташкил қилади.

Қориннинг юқори қисмида кўндаланг мушак апоневрози туғри мушакларнинг орқасидан утиб, ички кийшик мушак апоневрозининг чуқур қатлами билан бирикиб туғри мушак кинининг орқа деворини ташкил қилади. Қориннинг пастки қисмида бу мушак апоневрози туғри мушакларнинг олдинги юзасидан утиб, улар кинининг олдинги деворини хосил қилади. Кўндаланг мушак апоневрози туғри мушакларнинг олдинги юзасига утишда ёйсимон чизик (linea arcuata) ёки дуглас чизигини хосил қилади.

4. Қориннинг туғри мушаги (m.rectus abdominis) - ІІІ – ІV ковурагаларнинг тоғай қисмидан, туш суягининг халқасимон усимтасидан бошланиб, пастга йуналади, икала томондан урта чизик атрофида кенг торақсимон шаклда бўлиб, ковуқ суягининг юқориги қиррасига бирикади. Мушак бўйлаб ўчта кўндаланг жойлашган пай тортмалари бўлиб биттаси киндикдан юқорида, киндик сатхида, иккинчиси ва киндикдан пастда эса ўчинчиси жойлашган. Киндикдан юқорида туғри мушакнинг олдинги ва орқа деворларининг қорин мушаклари апоневрозларини ташкил қилади, киндикдан 2-5см пастда қорин мушакларининг кенг апоневрозлари туғри мушакнинг олдидан утиб, шу мушак кинининг олдинги деворини хосил қилади. Унинг орқа деворини кўндаланг фасция ташкил қилади.

Туғри мушакларнинг орасидан юқоридан пастга a.epigastrica superior ва шунга карама – қарши ҳолда пастдан, a.epigastrica inferior утиб, анастомоз хосил қилади.

5. Кўндаланг фасция (fascia transversa). Бу фасция f.endoabdominalis нинг бир қисми бўлиб, унинг толаси кўндаланг йуналган. Қориннинг юқори

кисмида бу фасция юпка ва нозик булиб, пастки кисмида калин ва каттиклашган булиб, кенг боғлам ҳосил қилади.

6. Париетал корин парда (peritoneum parietalis). Кундаланг фасциядан коринпарда олдинги юпка ёғ қатлами билан ажралади. Кориннинг олдинги деворини ички томондан ёпиб, киндикдан пастда бир нечта буртмалар ва чуқурчалар ҳосил қилади.

Сийдик копининг чуққисидан киндикка урта чизик буйлаб тортма утади бу куриб қолган *urachus* дир. Бунинг устидан корин парда ёпиб бурма ҳосил қилади – *plica umbilicalis mediana*. Сийдик копининг ташки ёнбош соҳасидан киндикка иккинчи тортма бориб, улар *a.a.umbilicalis* ларнинг облитерациясидан ҳосил бўлади ва корин парда уларни ёпиб – *plica umbilicalis medialis* ни ҳосил қилади. Шу бурмалардан янада ташқарирокдан кориннинг пастки эпигастрал артериялари остида латерал киндик бурмаларини ҳосил қилади – *plica umbilicalis lateralis*. Ана шу бурмалар орасида бир нечта чуқурчалар ҳосил бўлади. Шулардан сийдик копининг устида, *plica umbilicalis mediana* дан ташқарида *fovea supravesicalis* (сийдик пуфаги усти чурраси ҳосил бўлиши мумкин), *plica umbilicalis medialis* дан ташқарида ҳосил бўлган чуқурча – *fovea inguinalis medialis* (туғри чов чуррасининг чиқиш жойи), *plica epigastrica* дан ташқарида *fovea inguinalis lateralis* (кийшик чов чуррасининг чиқиш жойи) жойлашган.

Қон билан таъминланиши. Қориннинг олдинги ёнбош девори юқориғи ва пастки эпигастрал артериялар, пастки олти жуфт қовурғалараро артериялар ҳамда сон артериясининг юзаки шахобчалари (*a.epigastrica superficialis*, *a.circumflexa ilium superficialis*, *a.pudenda externa*). Вена қони шу номли веналар билан *v.cava superior*, *v.cava inferior* ва *v.femoralis* лар орқали оқиб кетади.

Иннервацияси. Пастки олти жуфт қовурғалараро асаб тодалари (*n.n.intercostalis*), *n.ilioinguinalis* ва *n.iliohypogastricus* (бел қигалидан) орқали амалга оширилади.

Лимфанинг оқиб чиқиши. Юқориғи қисми эпигастрал ва медиостенал лимфа тугунлари (*nodi lymphatici epigastrici et mediastenalis anterior*), пастки қисмида – бел тугунлари (*nodi lymphatici lumbalis*), ёнбош (*nodi lymphatici iliaca*), ва чуқур чов тугунлари (*nodi lymphatici inguinalis profundae*) орқали амалга оширилади.

Қориннинг оқ чизиги (*linea alba abdominis*) – қориннинг хама кенг мушаклари пайларининг қушилишидан ҳосил бўлади.

Қиска пайли пластинка булиб, унинг кенглиги ҳар хил, 1,5-2,5смни ташқил этади. Киндикдан пастда оқ чизик тораяди ва қалинлашади. Киндикдан юқорида оқ чизик «анатомик қучсиз» жой дейилади.

Киндик халкаси (annulus umbilicalis) – хама томондан пай кинлари билан уралган тешик булиб, унинг катталиги хар хил. Териси кратерсимон тортилган булиб, киндик пайлари ва коринпарда билан чандик хосил килган.

Юкоридан киндик тешигига киндик венаси, пастдан иккита киндик артерияси, ва сийдик йули (urachus) туташади.

Чов канали (canalis inguinalis) – олдинги чов учбурчагида жойлашган. Унинг чегаралари – чов бурмасининг ташки, урта учлигидан тугри мушакнинг ташки киррасига утказилган чизик, пастдан – чов бурмаси, юкоридан – тугри мушакнинг ташки кирраси. Чов каналининг узунлиги 4-4,5см, аёлларда узунрок булади.

Чов каналининг туртта девори ва иккита тешиги бор. Олдинги деворини – корин ташки мушагининг апоневрози, орка деворини – кундаланг фасция. юкориги деворини – кориннинг ички кийшик ва кундаланг мушакларининг пастки кирраси, пастки деворини – чов (Пупарт) боглами ташкил этади.

Чов каналидан эркакларда уруг тизимчаси (funiculus spermaticus), аёлларда бачадоннинг юмалок боглами (lig.teres uteri) утади. Уруг тизимчаси буйлаб юкоридан n.ilioinguinalis, пастдан n.spermaticus externus утади.

Чов каналининг олдинги девори пастки медиал кисмида унинг юзаки ёки ташки тешиги жойлашган. Бу тешик корин ташки кийшик мушагининг икки оёкчалари (crus medialis et lateralis) оркасида жойлашиб – медиал кисми симфизга, латерал кисми эса ковуқ буртмасига бориб бирикади. Ташки тешик соғлом эркакларда курсаткич бармокнинг учи сигадиған катталиқда булади.

Чов каналининг чуқур халкаси (annulus inguinalis profundus) канал орка деворининг латерал кисми булиб хисобланади.

Мояк ёргоққа тушиш жараёнида кундаланг фасцияни кутариб ички тешикни пайдо килади ва уруг тизимчасининг ички пардасига (fascia spermatica interna) айланади. Чов каналининг ички тешигига fovea inguinalis lateralis сохасида коринпарда ёпишади, ташки тешигига fovea inguinalis medialis сохасида содир булади.

Кориннинг юқориги девори – кенг мушак-пай пластинкасида иборат булиб, диафрагма (diaphragma), дейилади. Диафрагма мушакларининг толалари кукрак кафасининг бутун айланаси буйлаб ички киррасидан бошланиб, юкорига кутарилади ва пайга айланиб кукрак кафаси бушлигига кирувчи гумбаз хосил килади.

Диафрагма гумбазининг баландлиги тананинг холатига, нафас олиш харакатига, кукрак кафасининг шаклига хамда кукрак кафаси ва корин бушликларидаги босимнинг нисбатига боглик. Киши вертикал холда турганда диафрагма олдиндан V-ковурга ва оркадан IX-ковурга сатхига тугри келади. Чап томондан диафрагма гумбази бир ковургага пастда аникланади.

Диафрагма икки қисмдан иборат: марказий – пай (*pars tendineum*) ва периферик – мушак (*pars muscutorum*) қисмларидан иборат. Пай қисми кенг учбаргли шаклга эга. Мушаги эса қуйидаги қисмлардан иборат: туш, ковурга ва бел қисмлари. Туш қисми бирнеча қиска мушак боғламларидан иборат. Ковурга қисми VII-XII ковургалар тоғайининг ички юзасидан бошланиб, қоирнинг қундаланг мушагидан ҳам толалар олади. Бел қисми чап ва унғ томонлардан уртадан оёқчаларга эга. Диафрагма мушаклари орасида ёриксимон ораликлар бор. Туш ва ковурга қисмлари орасидаги учбурчак шаклдаги ёрик – туш-ковурга оралиғи ёки Ларрей учбурчағи (*trigonum sternocostalis Larrey*) дейилади. Бу ёрик орқали қуқрак бушлигининг томирлари (*vasa thoracica interna*) утади. Ковурга ва бел қисмлари орасидаги учбурчак шаклдаги ёрик Боғдалек учбурчағи (*trigonum lumbocostalis Bochdaleki*) дейилади. Диафрагмада урта ката тешиқ булиб, улардан аорта, қизилунғач, пастки ковак вена ҳамда бир нечта томирлар ва асаб толалари утадиган ёриқлар бор. Аортал тешиқдан аортадан ташқари лимфа йулининг бошланғич қисми ҳам утади.

Қизилунғач утадиган тешиқдан адашган нерв толалари ҳам утади.

Пастки ковак вена утадиган тешиқ диафрагма пай қисмининг уртасида жойлашган.

Диафрагма пастки юзасининг қуқ қисми қорин парда билан қоплаган. Жигарнинг гултож боғлами пастки ковак вена атрофи қисман ва бел қисми батамом қоринпада билан қопланган.

Диафрагмани қуқрак ички артериясидан қикган шақобча, қуқрак ва қорин аорталаридан ва пастки ковургалараро артериялар қон билан таъминлайди. Вена қони номдош вена томирлари орқали қикиб кетади. Иннервацияси *p.n.phrenicus* орқали амалга оширилади. Лимфа диафрагмадан қорин лимфа йулига қуйилади.

Қориннинг орқа девори – туртбурчак шаклга эга. Юқоридан – XII-ковурга, пастдан – ёнбош суяқлари қирралари (*crista iliaceae*), ичкаридан – *linea vertebralis*, ташқаридан – *linea axillaries posterior* нинг давоми булиб, ёнбош суягининг тағига туташган вертикал қизик қегаралайди.

Қориннинг орқа томонида тери қалин, тери тағи ёғ қатлами ҳам яхши ривожланган. Мушак – апоневроз қаватини ташқаридан – елқанинғ қенғ мушағи, қориннинг ички қийшиқ мушағи, қундаланг мушакнинг апоневрози ҳамда белнинг қвадратсимон мушағи (*m.quadratus lumborum*) қегаралайди. Қорин орқа деворининг ташқи юзасида иқкита «анатомик қучсиз» жойлар мавжуд. Ана шу жойларда бел қурралари қосил булиши мумкин:

1. Пети учбурчағи (*trigonum lumbale Petit*). Қегаралари: пастдан – ёнбош суягининг тожлари, ичкаридан – *m.latissimus dorsi* нинг олдинғи қирраси, ташқаридан – *m.obliquis abdominis externus* нинг пастки қирраси. Учбурчакнинг тубини қориннинг ички қийшиқ ҳамда қундаланг мушаклари тақил қилади. Ана шу мушаклар орқали утган томирлар ва асаб толалари шу соҳада қучсизланишга олиб қелиши мумкин.

2. Грюнфельд – Лесгафт оралиги (*spatium tendineum lumbale Grynfelti*). Чегараси: юкори латерал томондан – XII-ковурга, юкоридан – *m.serratus posterior inferior* нинг пастки кирраси, медиал томондан – *m.erector spinae*, пастки латерал томондан – *m.obliquus abdominis internus* нинг кирраси ташкил килади. Грюнфельд – Лесгафт оралигининг тубини *m.transversus abdominis* нинг апоневрози ташкил килади.

Кориннинг орка деворини кон билан таъминлаш турт жуфт бел артериялари (*a.a.lumbalis*) оркали амалга оширилади. Булар корин аортасидан чиқади. Вена кони *v.v.lumbalis* оркали *v.cava inferior* тизимига куйилади. Иннервацияси бел асабларининг шахобчалари оркали амалга оширилади ҳамда бел чегалидан ҳам шахобчалар олади.

Қориннинг пастки девори. Қорин бушлиги билан чанок бушлигини ажратиб турувчи чегара чизиги (*linea terminalis*), *promontorium* оркали утади. Шу чизикдан юкориси катта чанок бушлиги булиб, корин бушлигига киради. Аммо бу чегара шартли олинган. Маълумки чанок бушлигида ингичка ичаклар, йугон ичак, чарвининг паски кисми ҳам булиши мумкин. Ундан ташкари оралик, утиргич, ёпилувчи тешик чурралари хосил булишини хисобга олиб чанок деворлари ва кичик чанок бушлигининг тубини кориннинг пастки девори деб хисоблаш тугри булади.

Кичик чанок бушлигига киришда икки томондан ёнбош чукурчалар билан уралган ва улар ёнбош мушаклари билан тулган. Бу мушаклар *m.psoas major et minor* билан кушилиб *m.iliopectineus* ни хосил килади ва *lacuna musculorum* дан сонга утади. *M.iliacus* пастки фасция билан копланган булиб, *f.endoabdominalis* нинг бир кисми булиб хисобланади. *F.iliaca* пастга бориб *linea terminalis* га бирикади ва чанок бушлиги деворларини ёпиб, чанок тубига ёпишади ҳамда *m.levator ani* ва *m.coccygeus* ни ташкил килади.

Париетал корин парда ҳам ёнбош чукурчаларни ёпиб, сийдик копига утади ва кориннинг олдинги деворидан сийдик копига утишда (*plica vesicalis transversae*) кундаланг бурма хосил килади. Эркаларда сийдик копининг оркасидан тугри ичакка утиб, чукурча (*excavatio retrovesicalis*) ни хосил килади. Аёлларда париетал коринпарда сийдик пуфагидан бачадонга ва бачадондан тугри ичакка утиб, иккита бушлик – *excavatio vesicouterina* ва *excavatio rectouterina* ни хосил килади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ ТУГРИСИДА УМУМИЙ ТУШУНЧА

Қорин чурраси (*hernia*) – корин бушлигидан ички аъзоларнинг корин деворидаги табиий ёки сунъий тешиклар оркали корин парданинг уларни коплаб турадиган девор олди вараги билан биргаликда чиқиши.

Қорин чурралари ташки ва ички турларга булинади. Ташки чурраларда ички аъзоларнинг уларни коплаб турадиган париетал корин парда билан кориннинг олдинги деворидаги чов, сон, киндик, чанок, бел ва куймич соҳасидаги тешиклар оркали ташкарига чиқади. Ички чурраларда корин

бушлигидаги ички аъзоларнинг корин бушлигида хосил булган киссалар ёки париетал корин пардада хосил булган чукурчаларга кириб қолади ҳамда диафрагманинг табиий ва ортирилган тешиклари оркали чикиб қолади.

Қорн парда билан копланмаган ички аъзоларнинг табиий тешиклар оркали чиқиши – тушиш (prolapsus) дейилади.

Қорин чурраларидан фаркли равишда ички аъзоларнинг корин олд девори мушак – апоневрозининг корин парда билан бирга уткир шикастланишлари натижасида тери остига чиқиши – **тери ости эвентрацияси**, ташкарига чиқиши эса **ташки эвентрация** дейилади. Эвентрациялар тугма, орттирилган ва операциядан кейин учраши мумкин.

Қориннинг ташки чурралари куп учрайдиган хасталик бўлиб, ахолининг 3-4% и чурра билан огрийди. Эпг куп чов чурралари (75%), сунгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги чурралар (14%) учрайди. Чурраларнинг қолган шакллари 1% ни ташкил этади. Эркақларда купрок чов чурралари, аёлларда эса сон ва киндик чурралари бўлади.

Қорин ташки чурраларининг классификацияси.

А. Келиб чиқишига кура:

I. Туғма чурралар (hernia congenitalis).

II. Орттирилган чурралар (hernia acquisita).

1. Дармонсизлик натижасида ривожланадиган чурралар.
2. Зуриқиш натижасида ривожланадиган чурралар .
3. Операциядан кейинги чурралар.
4. Травматик чурралар.
5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кура:

1. Чов чурралари.
2. Сон чурралари.
3. Киндик чурралари.
4. Эпигастрал чурралари.
5. Қуймич чурралари.
6. Бел чурралари.
7. Оралик чурралари.
8. Ханжарсимон усимта чурралари.
9. Қориннинг ён чурралари.

В. Клиник кечишига кура:

I. Асоратланмаган – тугриланадиган (hernia reponibilis) чурралар.

II. Асоратланган – тугриланмайдиган (hernia irreponibilis) чурралар.

1. Кисилган чурралар (hernia incarcerata).
2. Копростаз.
3. Чурра яллигланиши.

Г. Ривожланиш босқичига кура:

I. Тулик.

II. Нотулик.

1. Бошлангич чурра.

2. Канал чурраси.
3. Уруг тизимчаси чурраси.

Чурранинг таркибий элементлари – чурра дарвозаси, чурра копчаси, чурра ичидаги нарсалар, пардалари.

Чурра дарвозалари – корин деворининг мушак – апоневротик каватидаги тешиклар булиб, чурра чикадиган кучсиз жойлардир (чов чукурчаси, киндик халкаси, кориннинг ок чизиги, диафрагма тешиклари ва бошқалар). Нормада бу тешиклар оркали у ёки бу анатомик тузилмалар утади (уругруг тизимчаси, бачадоннинг юмалок боглами, кон томирлари, нерв тугунлари ва бошқалар). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда корин шикастланганда мушаклар ва апоневрозларда ёки хирургик операциялардан кейин ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари булиб хизмат қилади. Чурра дарвозаларининг шакли ва улчами ҳар хил катталиқда бўлади.

Чурра халтаси– париетал корин парданинг чурра дарвозаси оркали чиққан қисми. Унинг туби, буйни ва танаси фаркланади. Чурра қисимларидан иборат халтаси турли улчам ва шаклда бўлиши мумкин.

Халтанинг корин бушлиги билан туташадиган қисми унинг тешиги дейилади. Буйинчаси – чурра халтасининг тешиги билан туташадиган энг тор қисмидир. Буйинчада аксарият чурра қисилиши руй беради. Тана қисми кенг булиб, асосан тери остида жойлашган, чурра халтасининг туб қисми ёки чурранинг дистал қисми ҳисобланади.

Чурра бир ёки куп камерали бўлиши мумкин.

Асоратланмаган чурраларда халтаси девори корин парданинг силлик юпка варагидан иборат булиб, юзасида ёғ қатламлари бўлиши мумкин. Асоратланган чурраларда халта девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалинлашади, бириктирувчи туқима ривожланиши ва ахвлта ичида битишмалар борлиги ҳисобида дағаллашиб қолади.

Чурра халтасининг ички юзаси холта ичидаги ҳосила билан ёки деворларининг бир–бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тугирланмайдиган булиб қолади. Чурра халтасининг тулик облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бушликли тузилмага айланади ёки «кум соат» қуринишини олади.

Чурра халтаси эмбрионал киндик чурраларида бўламслиги мумкин, улардаги тушган ички аъзолар амнион парда билан копланган бўлади. «Сирпанувчи» чурраларда ҳам чурра копчаси баъзан бўлмайди. Бу корин парда бушлигидан ташқарида жойлашган аъзолар (қуричак, сийдик пуфаги) чиққанда ва корин пардаси ёрилган сохта травматик чурраларда қузатилади.

Чурра халтасида корин бушлигидаги аъзолардан бири бўлиши мумкин. Ички аъзолардан қуйидагилари учрайди:

- а) Ингичка ичак қовузлиги;
- б) Чарви;
- в) Ичак туткичи билан таъминланган йугон ичак қисмлари, сигмасимон ичак;

- г) Чувалчангсимон усимта ва йугон ичакнинг ёғ осилмалари, Меккел дивертикули;
- д) Бачадон найлари, тухумдон ва баъзан бачадон;
- е) Қорин парда билан бир томондан копланган аъзолар (сийдик пуфаги, чамбар ичакнинг юкорига кутарилувчи ва пастга тушувчи қисмлари);
- ж) Диафрагмал чурраларда меда, жигар, талок ва буйраклар.

Буртиб чикадиган чурра халтаси ичидаги аъзолар ва чурра дарвозалари уртасидаги вазият нисбатини ҳисобга олиш амалий жихатдан муҳимдир. Халта ички тешигига кирганда канал чурраси ва тери остига утганда тулик чурра дейилади. Қорин бушлигидан чикадиган аъзолар чов каналининг ички тешигидан эндиgina утган бўлса – **канал чурраси**, чурра копчаси тери остига ташки тешиги орқали чиққан бўлса – **тулик чурра**, дейилади.

Баъзан чурра копчаси айрим мушак ва фасциал катламлар орасидан оралик ёки интерстициал чурра қуринишида бўлиб, тери остидан эмас, балки мушак ёки апоневроз остидан чиқади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, чуррага мойиллик ва келтириб чиқарадиган сабабларга бўлиниди. Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига чурра энг куп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари қиради. Бу анатомик қучсиз жойлар ёки чурра нуқталари қуйидагилар:

- а) Чов канали соҳаси;
- б) Сондаги овал чуқурча соҳаси;
- в) Қорин ок чизиги апоневрозининг қиндик усти ва унинг остидаги бўлими;
- г) Спигели чизиги соҳаси;
- д) Пти учбурчаги соҳаси;
- е) Грюнфельд – Лесгафт туртбурчаги соҳаси;
- ж) Ёпқич тешиқ соҳаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёллар ва эркекларда турли хил чурраларнинг турлича тақсимланишига ҳам таъсир қилади. Сон чурраларининг куп учраши аёлларда чанок энининг кенглиги билан боғлиқ. Эркекларда чов чурраларининг куп учраши уларда чов халқасининг бирмунча кенглиги билан изоҳланади. Эмбрионал даврда бу каналдан тухум ёргокка тушади ва уруғ тизимчаси утади. Шунинингдек ёриги тузилишининг ҳам узиға ҳос хусусиятлари бор. Аёлларда чов оралиги ёриксимон шаклга эға.

1. Умумий мойилик қиладиган омиллар: ирсият, ёш (бир ёшғача бўлган болаларда қорин девори қучсиз, кекса ёшдаги кишиларда эса қорин мушаклари атрофияға учраган бўлади), жинс (аёлларда чанок васон халқасининг тузилиши, эркекларда човнинг қучсизлиги), гавда

тузилишининг хусусиятлари, тез–тез тугиш, корин деворининг шикастланиши, операциядан кейинги чандиклар, корин девори асаблари фалажлигини киритиш мумкин. Бу умумий омиллар корин деворининг махаллий заифлашиб қолишига олиб келади.

2. *Келтириб чиқарадиган омиллар.* Бу корин бушлиги босимини оширадиган омиллардир, чунончи: огир жисмоний меҳнат, туғуриқнинг кийин утиши шулар жумласига киради.

Қорин девори мушаклари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмаганда ва зуриқиш бўлмаганда ҳам ҳосил бўлиши мумкин (масалан, умуртка погонаси, орка мия ва нервлар шикастлангандан кейин туқималарнинг озикланиши бузилганда тез ориклаб кетади).

Чурраларнинг келиб чиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан мусика асбобларини чалганда зуриқиш, эмпизема ва упка сили, кукйутал, кабзият, уретра структурасидаги ва простата беzi аденомаси, такрорий ва кийин туғуриқлар, асцит ва бошқалар. Чурраларнинг келиб чиқишида наслий омиларнинг ҳам аҳамияти катта. Қорин деворининг анатомик тузилиши хусусиятлари наслий йуллар билан ҳам берилиши мумкин. Адабиётларда келтирилган маълумотлар ва клиник кузатувларга асосан бир оиланинг бир неча аъзоси чурра билан ҳасталаниши мумкин.

Чурраларнинг ривожланиши маълум даражада одам танасининг тузилиш типига ҳам боғлиқ. В.А.Шевкуненко икки типга ажратган: **брахиоморф** – кукрак кафасининг пастки апертураси кенг ва чаноги киска, **долихоморф** – куракнинг пастки апертураси киска ва чаноги кенг.

Шунинг учун «*кориннинг кундаланг индекси*» тушунчаси киритилган:

$$\frac{dis\ tan\ tia\ cos\ tarum}{dis\ tan\ tias \cdot pinarum} * 100$$

Агар индекс 100 дан катта бўлса – брахиоморф ёки гиперстеник (кориннинг эркакларча шакли), 100 га тенг бўлса – коирн шарсимон шаклга эга бўлади. Индекс 100 дан кичик бўлса – долихоморф, яъни астеник типда (аёллар корни шаклида) бўлади.

Брахиоморф (гиперстеник) типдаги кишиларда диафрагмал, эпигастрал, тугри чов чурралари куп учрайди.

Долихоморф (астеник) типдаги кишиларда эса киндик, сон, ва кийшик чов чурралари куп учрайди.

Эркакларда корин чурралари пайдо бўлиш мойиллиги юкори. Статистик маълумотларга кура эркаларда чов чурралари куп учрайди. Аёлларда эса киндик, диафрагма, сон, операциядан кейинги, оралик ва спигел чизиги чурралари куп учрайди. Шунинг учун чов чурралари эркаклар ва аёллар уртасидаги нисбати 10:3, сон 1:8, спигел чизиги чурраси 1:2, операциядан кейинги чурралар 1:4, киндик 1:10, оралик чурраси 1:7 ташкил этади.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ ҳолда ҳар хил (тугма ёки орттирилган) бўлади.

Тугма чурраларда чурра дарвозалари чурра ҳалтаси ярим юмалок шаклга эга, сунгра жисмоний зуриқиш натижасида ички аъзолар чурра ҳалтасига киради. Орттирилган чурраларда эса корин ичидаги босим ошиши натижасида ички аъзолар корин девори катламларини суриб, париетал корин пардасини чузиб юборади. ва натижада чурра ҳалтаси шаклланади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИНГ СИМПТОМЛАРИ

Симптомлари бўйича асоратланмаган (тугирланадиган), сурункали асоратланган (тугирланмайдиган) ва уткир асоратланган чурраларга бўлинади.

Асоратланмаган ташки чурраларда субъектив шикоятлар турли-туман сабабларга кура намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайди. Аксарият беморлар чурра соҳасидаги симилловчи каттик огрикка, огрикнинг туш ости соҳасига, бошланаётган чов чуррасида – моякка, аёлларда жинсий лабларга ва бошқа соҳаларга берилишига шикоят қиладилар. Огрик жисмоний зуриқишда, огир юк кутаришда, вертикал вазиятда кучаяди.

Диспептик шикоятлар: кекириш, жигилдон қайнаши, кунгил айниши, баъзан қусиш, дизурия ва кабзиятлар ҳам бўлиб туради

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал) ҳолатда текширилади.

Асоратланмаган ташки чурраларнинг асосий объектив белгилари:

- а) Чурра жойлашуви учун хос зонадаги бир оз шиш буртмаси;
- б) Чурра ҳалтасидаги ҳосилани корин бушлигига енгил киритиши.
- в) Қорин бушлигига киритилган жойда корин деворининг буртиб чиқиш нуксони (чурра дарвозаси) борлиги;
- г) «Йутал турткиси» феномени.

Чуррани тугирлашдан кейин эҳтимол, пайпаслаш йули билан чурра дарвозаси ва каналининг қуринишини, улчамларини, уларнинг атрофидаги туқималар сифатини, чурра дарвозаисининг чурра падаси ва чурра ҳалтаси билан узаро муносабатини, сирпанувчанлигини, битишмаларнинг борлигини аниқлаш мумкин:

- Чуррада ичак ковузлоги борлиги, буртма юзасининг силликлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтикасининг тери орқали билинишидан перкуссияда тимпаник товуш пайдо бўлишига асосан аникланади.

- Чуррада қуп ичак қисми борлиги айниқса сирпанувчан чурра қуринишида пайпаслашдан ташқари, йугон ичакни рентгенография қилиш билан аникланади.

- Чуррадаги ковуқ деворини (сирпанувчи чурра) дизурия борлигидан ва ковуқни цистоскопия ва рентгенография қилиш билан аниқлаш мумкин.

- Чуррада аёл ички аъзолари борлигини баъзан хайз қуриш, даврида буртманинг шишиб чиқишидан билса бўлади.

Сирпанувчи чурралар. Бу чурра халтасининг деворларидан бирининг корин пардаси билан кисман копланган (масалан, сийдик копи, юкорига кутариладиган ва пастга тушадиган йугон ичак) аъзолар ташкил киладиган чурралардир. Чурра халтаси камдан-кам холларда батамом булмайди.

Йугон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият кийшик чов чурраларида булади. Сирпанувчи чурралар хамма чов чурраларининг 0,6-3,6 % ини ташкил этади. Улар тугма ва орттирилган булиши мумкин.

Йугон ичак сирпанувчан чуррасининг махсус симптомлари булмайди. Одатда бу ёши улгайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Ковукнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чикариш бузилади ёки сийдик икки булиб чикарилади, аввалига бемор ковугини бушатади, кейин чурра буртмасини босганидан кейин кайтадан сийдик чикариш майли пайдо булади ва бемор яна сияди.

Ковукнинг сирпанувчан чуррасига шубха килинганда ковукини катетерлаш ва цистография килиш зарур.

Куйидаги холларда сирпанувчан чурра борлигига тахмин килиш мумкин:

1. Катта ва узок давом этувчи, чурра дарвозаси кенг чов чурраларида.
2. Куп рецидивланувчи чурраларда.
3. Беморнинг махсус шикоятлари, яъин айрим аъзоларнинг сирпаниш белгилари борлиги.
4. Тугирланмайдиган ёки кисман тугирланмайдиган чурраларда.
5. Чурра халтасини босганда хамирсимон консистенция аникланиши.
6. Сийдикнинг икки булиб чикарилиши.

ЧУРРАЛАРНИ ДАВОЛАШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Чурраларни даволаш энг аввало уларни профилактика килишга каратилиши лозим. Шунинг учун чурраларни уз вактида диспансеризация килиш мухим ахамиятга эга:

1. Чурраларни пайдо булаётган пайтидаёк аниклаш.
2. Чурра билан беморларни уз вактида оператив даволаш учун юбориш.
3. Чуррани келтириб чикарадиган ташки мухит омилини аниклаш.
4. Қориннинг олд девори кучсиз ва чуррага мойил кишиларга иш меъёрини аниклаш.
5. Чуррани кесишдан кейин беморларни иш билан таъминлаш.

Асоратланмаган чурраларни даволаш. Бу чурраларни факат оператив йул билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг хама турларида операция килиш принциплари бир хил:

- а) Чурра халтасини чурра пардасидан ажратиш;

б) Чурра халтасини очиб ичидаги аъзо ва тукималарни озод килиш ва корин бушлигига киритиш;

в) Чурра халтасини кесиб олиш ва уни тикиш;

г) чурра дарвозасини пластика килиш.

Чурра дарвозаларини махаллий бир хил турдаги тукималарни тикиш йули билан ёпиш усуллари расм булган. Операциядан кейинги даврда йутал, бронхит, зотилжам, корин дам булишини олдини олиш мухим ахамиятга эга – нафас гимнастикаси, эрта уриндан туриш (2-4 кун), 2-3 хафта мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофик.

Операцияга карши курсатмалар ҳам учрайди. Юрак ва нафас етишмовчилиги булганда жуда кексалик, кон айланиши декомпенсация холатидаги юрак нуксони, III-боскичли упка сили, жига рва буйракнинг огир касалликлари ва бошка тузалмайдиган касалликлардир.

Асоратланмаган чурраларни консерватив даволаш бандаж такишдан иборат. Бандаж, корцет ва белбоглар шаклида булади ёки коринга махкам килиб тасма боғланади.

Бандаж такиш чурра ичида чандиклар, битишмалар хосил булишига сабаб булади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички аъзоларнинг чикиб кетишидан ва чуррани кисилишидан хамиша ҳам саклай олмайди.

Қорин чурралари профилактикаси куйидагича утказилади:

I. Қорин девори мушакларини мустахкамлаш мақсадида гимнастика машгулотлари, жисмоний тарбия ва спорт билан шугулланиш тавсия этилади.

II. Ишда чуррага сабаб буладиган ортикча жисмоний зурикишлардан сакланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза килиш, ишчиларни жисмоний ишларга тугри танлаш лозим.

III. Хомиладор аёллар хомиладорликнинг охириги ойларида белбог – бандаж такиб юришлари керак, туғуриқдан кейин эса коринни массаж килиш ва корин мушакларини мустахкамлаш учун махсус гимнастика машклари тавсия этилади.

IV. Болаларнинг гигиена, овкатланиш коидаларига риоя килиши, уларда ичак фаолдияти, нафас аъзоларига ва сийдик чикаришнинг нормал утишини кузатиб бориш, корин деворидаги нуксонларни аниклаш мақсадида уларни кунт билан синчиклаб текшириш, борди-ю чурра аникланса операция усули билан олиб ташлаш.

V. Семириш ва айникса ундан кейинги каттик ориклаб кетишга карши курашиш.

VI. Операциядан кейин чурраларнинг профилактикаси жарохат йиринглашини олдини олишдан иборат, бунинг учун корин жарохати тампонада килинади, лапаратомияни бошдан кечирган кишиларга 2-4 хафта муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга кайтишда юклама аста-секинлик билан беришда принципини амалга ошириш ва корин девори мушакларини чиниктириш зарур.

ЧОВ ЧУРРАЛАРИ

Чов чурралари Тугри, кийшик ва интраперитонеал турларга булинади. Чов каналининг ички тешиги хисобланган латерал чукурча оркали чикадиган чурра – *кийшик чов чурраси*, дейилади.

Медиал чукурча оркали чикадиган чурралар – *тугри чов чурраси*, дейилади. Чурра медиал чукурчадан чов каналининг ташки тешиг оркали бевосита тери остига чикади.

Интраперитонеал чурралар – кийшик чов чурраларининг бир куриниши булиб, уларда чурра халтаси крин девори каватлари орасида жойлашади ва чурра буртмаси мутлако куринмаслиги мумкин.

Ривожланиш боскичи буйича бошлангич, канал ва тулик чов чурраларига булинади. Тулик кийшик чов чурралари катталашиб, ёргокка тушади (чов-ёргок чурралари).

Қийшик чов чурралари. Чурра копчасининг келиб чиқишига кура тугма ва орттирилган шаклларга булинади. Бу икки чурраларни бир-биридан фарклаш учун моякнинг эмбрионал ривожланиши ва ёргокка тушиш жараёнини билиш зарур.

Эмбрионнинг она корнида 9-ойлигида мояги ёргокка тушади ва тугилганида ёргокнинг туб қисмига етган бўлади. Бириктирувчи тукимадан иборат тортма моякнинг пастки қисмига бириккан булиб, моякнинг ёргокка тушишига ёрдам беради. Шунга параллель равишда париетал корин парда буртма ҳосил қилиб, моякнинг ёргокка тушиши учун йул ҳосил қилади.

Мояк, унинг ортиги билан биргаликда чов канали оркали уруг чиқарувчи йул (ductus deferens), артерия ва вена (a. et v. testicularis) лар биргаликда утади. Анна шу ҳосилалар бир қобикка (fascia spermatica externa) уралиб, уруг тизимчасини ҳосил қилади. Бола тугилгач, моякни ёргокка тушишига ёрдам берувчи бириктирувчи тукимали тортма атрофияга учрайди. Эмбриогенез мутадил давом этганда кин усимтаси ҳам облитерацияга учрайди.

Корин парданинг кин усимтаси яхши облитерация бўлмаслиги ҳам мумкин, унинг бушлиги корин бушлиги билан доимо алоқада бўлади ва аста – секинлик билан тугма чов чурраси ривожланади. Бу чуррада корин пардасининг кин усимтаси чурра халтаси булиб хисобланади. Катта кишиларда тугма чов чурралари ҳамма чурраларнинг 10-15% ини ташкил қилади.

Орттирилган чов чурраси (hernia inguinalis acquisita) корин парда кин усимтасининг батамом битиб кетган ҳолатларида, купгина омиллар таъсирида ҳосил бўлади. Қийшик чов чуррасида корин бушлиги аъзолари чов каналининг ички тешигидан кириб, бутун канал буйлаб утиб, ташки тешигидан чикади.

Қийшик чов чурраси бошланаётган, канал соҳасидаги, уруг тизимчаси кийшик чурраси ва кийшик чов-ёргок чурраси босқичларини утади. Қийшик

чов чуррасининг хосил булишида чов каналининг орка девори узгаради ва чов оралиги кенгайиб, чурра дарвозасини хосил килади.

Шундай килиб, кийшик чов чуррасининг патогенезида конституционал ёшга боғлиқ ва ҳар хил ижтимоий омиллар таъсирида ривожланадиган чов канали орка деворининг етишмовчилиги муҳим роль уйнайди.

Рецидив чов чурраси (*hernia inguinalis recidive*). Ақтуал муаммо булиб, чурра билан операция килинган беморларнинг 10%ида учрайди. Сабаблари:

- 1) Операциягача булган сабаблар;
- 2) Операциянинг тури ва уни бажариш билан боғлиқ булган сабаблар;
- 3) Операциядан кейинги сабаблар.

Тугри чов чурралари (*hernia inguinalis directa*). Чов каналига уруғ тизмачасидан ташкари. чов оралигидан кириб, олат илдизи олдида тери остидан буртиб чиқади ва ҳатто улчами каттагина булганда ҳам ёргокка камдан кам холларда тушади. Бу чурра доимо орттирилган булади. Тугри чов чурралари бошлангич, интерстициал кават тугри чов ёргок боскичларига булинади. Тугри чов чурралари ҳама чов чурраларининг 5-10% ини ташкил килади ва асосан гиперстеник эркакларда учрайди.

Тугри чов чурраларининг хосил булишидаги анатомо-физиологик хусусиятларидан бири қари кишиларда мушаклар, апоневроз ва боғламлардаги атрофиялар ҳисобланади. Натижада чов оралиги кенгайи, мушакларнинг қаршилик хусусияти пасаяди ва икки томонлама чов чурраси хосил булади.

Чурра ривожланишида аҳамиятга эга булган чов учбурчагининг тузилиш хусусиятлари:

I. Чов оралиги учбурчак, юмалок шаклда ва баланд (5,5 см гача) булса, бундай чов «кучсиз» ривожланган, дейилади ва чурра купрок пайдо булади (эркакларда).

II. Агар ташки чов халқаси кучсиз ривожланган булмаса ҳам, чов халқаси қорин ичидаги босимга ҳам қаршилик қурсатади ва чурра ривожланади.

III. Н.И.Кукуджанов ишларига асосан соғлом кишиларда чов канали девори қорин ташки қийшик мушаги апоневрози билан бирга ички қийшик мушак толасидан, юқори девори эса факат кундаланг мушак чеккасидан хосил булади.

Агар ички қийшик мушак уруғ тизмачасини олд томонини ёпиб турмаса чов канали деворининг сустлиги ва чов чурралари хосил булишига моиллик вужудга келади.

IV. Чов каналининг орка девори кундаланг фасциядан иборат, у чов бойлами олдида ва қориннинг тугри мушагининг ташки қиррасида зичлашади.

Объектив симптомлар: қорин бушлигига тугирланадиган чурра буртмаси борлиги, Чурра дарвозасини аниқлаш (чурра тугирлангандан кейин аниқланади) йутал туртиқиси феномени борлиги.

Қийшик чов чуррасини тугри чуррадан фарқлаш белгилари:

1. Кийшик чурраларда чурранинг шакли кийшик, тугри чов чуррасида эса юмалок булади.

2. Уруг тизимчасига нисбатан – кийшик чурраларда уруг тизимчаси чурр халтасидан медиал, тугри чурраларда эса латерал томонда пайпасланади.

3. Кийшик чурралар бир томонлама, тугрилари эса икки томонлама булиши мумкин.

4. Чурра дарвозаси йуналиши – тугри чурраларда тугри, кийшик чурраларда эса кийшик булади.

5. Тугри чурралар асосан кексаларда, кийшик чов чурралари эса ёшлар ва урта ёшил кишиларда купрок учрайди.

6. Тугри чурраларда *a.epigastrica interna* пульсацияси уруг тизимидан латерал томонда, кийшик чов чурраларида эса медиал томонда булади.

7. Тугри чурраларда чурра дарвозаси оркали чов-қов орка юзасини бармок учи билан сезиш мумкин, кийшик чуррада бунга чов учбурчаги латерал булимининг мушак-апоневротик элементлари халакит килади.

8. Келиб чикишига кура тугри чов чурралари «кучсизликдан», кийшик чурралар эса «зурикишдан» ривожланади.

9. Кийшик чов чурралари ёргокка тушади, тугри чурра эса амалда тушмайди.

Мояк истискоси перкуссияда тумток товуш беради, олдинги корин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларини беради.

Уруг тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда, босганда осонликча пучайиб коладиган эгри – бугри юмшок тузилмалар (конгломератлар) куринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси, тромбофлебит ва посттромботик касалликдаги корин олдинги девори веналари кенгайиши дифференциал диагностика учун ёрдам беради.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йули билан даволашнинг жуда куп усуллари мавжуд. Улар чуррани кесиш операциясининг охириги этапи – чов каналини пластика килишдагина бир-биридан фарк килади. Огриксизлантириш купинча махаллий булади. Асоратланган шаклларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида утказилади.

Операциянинг асосий боскичлари:

1. Пулпарт богламига параллел равишда кийшик чов кесмаси утказилади, тери ва тери ости ёг тукумаси, корин ташки кийшик мушагининг апоневрозини тилиш.

2. Чурра халтаси ажратиш

3. Чукур чов ёригини унинг кенгайиб ёки бузилиб кетган холатларида тикиш. Купчилик жаррохлар бу ишни амалга оширмайдилар, шунинг учун ана шундай чурраларни кесишдан кейин рецидив холлари куп учрайди.

4. чурра каналини пластика килиш.

Чурра канали турли усуллар билан пластика килинади. ва улар куйидаги икки гуруҳга бўлинилади:

I. Чов канали олдинги деворини кориннинг ташки кийшик мушагининг апоневрозини очмасдан туриб, мустахкам лаш.

1. *Черни усули* – апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3-4 та чок куйилади.

2. *Ру усули* – Черни усулидан фаркли равишда, юкоридан апоневроздан ташкари ички кийшик ва кундаланг мушакларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт богламини чокка камраб олади.

3. *Опель усули* – ташки чов халкаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тулдиради. Халкадан курсаткич бармок учи утиши керак.

Чуррани кисишининг кориндан ташкарида утказиладиган бу усулларнинг катор камчиликлари бор, чов канали очилмасдан утказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустахкамлайдиган усуллар:

1. *Бобров – Шампионьер усули* – ташки кийшик мушак апоневрози кесмасининг юкори чеккасини ички кийшик ва кундаланг мушаклар ва кундаланг фасция билан бирга ташки кийшик мушаги апоневрози паски чеккасига уруг тизимчасининг олдинги томонидан тикилади.

2. *Мартинов усули* – ташки кийшик мушак апоневрозидан дубликатура олинади. Кийшик чов чурраларининг енгил шаклларида ва чов оралиги баланд булмаганда бажарилади.

3. *Жирар усули* – мушаклар Пупарт бойламининг ички юзасига тикилгандан кейин ташки кийшик мушак апоневрози , уруг тизимчаси олдинги томонидан дубликатура хосил килиб юкорги варакга тикилади.

4. *Спасокукоцкий усули* – Жирар усулидан фаркли равишда чокларнинг биринчи каторига апоневрознинг юкори лахтагини ва ички кийшик ва кундаланг мушакларнинг чеккаларини камраб олади ва пупарт богламига тикилади. Чокларнинг иккинчи катори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

5. *Кимбаровский усули* – бир турдаги тукималар (ташки кийшик мушак билан Пупарт боглами апоневрози) нинг кушилишига асосланган. Бунда улар яхшироқ бирикади. Шу мақсадда оригинал чок тавсия килинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда шунингдек тугри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика килиш учун чов канали орка деворини мустахкамлайдиган усуллар кулланилади.

6. *Бассини усули* – уруг тизимчаси ажратилади ва у чеккага суриб куйилади. Ички кийшик ва кундаланг мушакларни Пупарт богламига тикилади ва шу тарика чов каналининг орка девори вужудга келтиради. Уруг тизимчаси жойига куйилади ва унинг устидан ташки кийшик мушак апоневрози чеккалари тикилади. Медиал томондан тугри мушак кинининг чеккаси чов богламига ва ков суягининг пардаси устига тикиб куйилади.

Чов каналининг топографиясини, беморнинг ёшини, чурранинг тури ва улчамини ҳамда уша сохадаги туқималар ҳолатини эътиборга олмасдан, стандарт равишда операция усулини куллаш чурранинг рецидивланишига олиб келади.

Анкета ёрдамида 87 та клиникаларда таҳлил утказилганида, Жирар-Кимбаровский усулида – 41, Жирар-Спасокукоцкий усулида – 23, Жирар усули бўйича – 5, Бассини усулида – 5 та операция қилинган. Бундан қуринадики чов чуррасининг қайси тури бўлмасин чов каналининг олдинги девори пластика қилинган. Бизнинг фикримизча ҳозирги кунда санокли клиникаларда қийшиқ ва тугри чурраларни дифференциал ҳолда операция қилинади. Анна шундай усулларни куллаш чуррани кесишдан кейин кузатиладиган рецидивларнинг қупайишига олиб келмайди.

Тугри ва қийшиқ чов чурраларида (қийшиқ чурра бўлиб , чов каналининг тугри бўлиб кетиши, сирпанувчи, пуфак усти ва рецидив чурралар) албатта чов каналининг орқа деворини пластика қилиш керак.

Агар чурра жуда катта, қуп марта қайталанган, чов канали батамом бузилагн бўлса, чов каналини янгидан ташкил қилиш, аутопластик материаллардан фойдаланиш зарур. Жуда кам ҳолатларда, қари кишиларда, қуп марта қайта операция қилинганда умуман чов каналини беркитиб ташлаш мумкин, ундан олдин мойкни ва уруг тизимчасини батамом олиб ташлаш керак.

III. Чов каналининг орқа деворини маҳкамлаш усуллари.

1. Бассини усули – чов каналининг орқа деворини маҳкамлашнинг классик усулидир:

а) Уруг тизимчасининг кетидан тугри мушакнинг қирраси, ва унинг кини қов бұртмасига 1-2 тугунли иплар билан тикилади.

б) Ички қийшиқ ва қундаланг мушак ва фасцияларини чов боғламига тикилади (5-6 чок). Шундай қилиб чов каналининг орқа девори қундаланг фасция ва мушаклар билан маҳкамланади. Устидан уруг тизимчаси қуйилиб, устидан ташки қийшиқ мушак апоневроз қирралари тикилади. Бу усулнинг қамчилиги чокларга ҳар қил туқималар олинади. Бунинг ўқотиш учун қундаланг фасцияни чов канали бўйича қесиб, чокларни фасцияни олиб чов боғламига тикиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Бу усул қундаланг фасция жуда қучсизланиб қолганда яхши натижа беради.

2. Қуқуджанов усули – асосан тугри ва қийшиқ чов чурраларида қилинади. Катта қийшиқ чов каналининг тугри бўлиб қетган ҳамда рецидивли чурраларда чурра қалтаси олиниб, човнинг қуқур тешиги тикилгач:

а) тугри мушак қини ва қундаланг боғлами тикилади. Бунинг учун чов бұртмаси ва ёнбош томирлари футляригача 3 см узунликда чок қуйилади.

б) қундаланг фасциянинг устки ва пастки қараклари чов боғламига тикилади.

Унинг устидан ташки кийшик мушак апоневрозлари варақлари дубликатура ҳосил қилинади. Бу Бассини усулининг модификацияси ҳисобланади.

3. *Мак-Вей усули* – Кукуджанов усулига яқин бўлиб, чов каналининг чуқур тешигини кундаланг фасцияни тикиш билан йукотади.

Орка деворни тикишдан олдин, кориннинг тугри мушагида бушаштирувчи кесмалар қилинади. Кейин кундаланг фасция, ички ва кундаланг мушаклар кундаланг боғламга калин чоклар билан тикилқди. Устидан уруг тизимчаси қуйилиб, ташки кийшик мушак апоневрозлари дубликатура ҳосил қилиниб, тикилади.

4. *Шолдис усули* (куп каватли герниопластика) – чов каналининг олдинги девори кесилгач, ёнбош-чов асаби ушлагичга олинади. M.cremaster батамом кесилади, уруг тизимчаси ажратилади. Чурра халтаси олинади, чов боғламига параллел равишда кундаланг фасция ички тешикдан то чов буртмасигача кесилади. Унинг медиал вараги корин парда олди ёғ туқимасидан ажратилади. Чов каналиниг орка деворини маҳкамлаш учун танаффуссиз чок ков буртмасидан медиал томондан бошланади, кундаланг фасциянинг латерал вараги унинг медиал варагига тугри мушак кини оркасига тикилади. Чокни латерал йуналишда қуйилиб, иккала кундаланг фасция вараги ички тешигига тикилади ва чокни қайтариб, кундаланг фасциянинг медиал вараги чов боғламига то ков буртмасигача тикилади ва биринчи чапдан қолдирилган чок билан боғланади.

Иккинчи кават танаффуссиз чок ички тешикдан бошланиб, ички ва ташки кийшик мушаклари апоневрозларининг орка юзаси чов боғламига тикилади, ков буртмасидан қайтарилиб, ички кийшик мушакни ташки мушак апоневрозига тикилади. Тери таги ва териси тикилади.

5. *Постемский усули* – чов канали батамом беркитилиб, янги канал ҳосил қилинади. Уруг тизимчаси батамом ажратилади, айрим ҳолатларда кундаланг мушаклар кесилиб, уруг тизимчаси уша жойга утқазилади. Орка девори маҳкамланиши учун ички кийшик, кундаланг ва тугри мушак апоневрозлари ва ковокнинг кундаланг боғламига тикилади. Ундагн кейин кундаланг фасцияни кийшик ва кундаланг мушак билан ва апоневроз вараги чов боғламига тикилади. Бу чоклар уруг тизимини латерал томонга тортади. Апоневрознинг латерал вараги унинг медиал вараги устига тикилади. Уруг тизимчаси апоневроз устига қуйилиб, каватма кават юзаки фасция ва тери тикилади.

Демак уруг тизимчаси янги ҳосил бўлган каналда ётади.

Ҳозирги вақтда чов каналининг ҳам орка, ҳам олдинги деворини мустаҳкамлаш учун биологик (тери, сон фасцияларидан, озикланадиган мушак лахтақлари), синтетик (капрон, нейлон, поролон, пропилен) ва бошқа материаллар қулланилади.

Тугма чов чурраларидаги операциялар чурра қопчасига ишлов бериш ва чурра дарвозаларини пластика қилиш билан фарқ қилади. Чурра халтаси уруг тизимчаси элементларидан ажратилмаганда халтача олдинги девори

буйлаб очилади ва буйни олдида киркилади. Проксимал кисми ичидан кисет чок билан тикилади ва корин бушлигига киритилади, халтасининг дистал кисми узунасига тилинади ва кисман кесилади. Колган кисми сероз коплами билан ташкарига агдарилади ва винкельман усулида тикилади ёки бошидан охиригача узунасига тикилади (Бергман операцияси). Бу тадбир мояк истискосидан саклаб қолади. Чакалокларда чурра дарвозасини пластика қилиш учун Черни, Опель усуллари қулланилади. Катта ёшдаги болаларда чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш усуллари қулланилади.

Сирпанувчи чов чурраларида чурра эҳтиётлик билан очилгач, унинг дарвозасидан 1-1,5 см узокликда, чурра халтаси ичидан чок қуйилади. Кисет чокининг дистал томонидан чурра халтачаси киркиб олинади ва сирпанган орган корин бушлигига киритилади ҳамда чов каналининг олдинги девори пластикаси бажарилади.

СОН ЧУРРАЛАРИ

Сон чурралари хама чурраларнинг 5-8 % ини ташкил қилади. Сон чурраларининг диагностикаси анча қийин ва куп ҳолатларда қисилган бўлади ҳамда анча оғир утади. Сон чурралари эркакларга нисбатан аёлларда купрок учрайди (4:1).

Чов канали анатомияси. Чов боғлами ва чанок суяклари орасидаги бушлик бўлиб, ёнбош – тож боғлами (lig.iliopectineum) икки лакунага ажратади: мушак (lacuna musculorum) ва томирлар (lacuna vasorum). Мушак лакунаси ташқи томонда бўлиб, ёнбош – бел мушаги (m.iliopectineus) ва сон асаби (n.femoralis) утади. мушак ва нерв учун умумий кинни ёнбош фасцияси ҳосил қилади ҳамда чов боғлами ва чанок суяклари пардаси билан маҳкам ёпишади. Ана шунинг учун корин бушлигидан сонни ажратадиган маҳкам барьер бўлганлиги учун бу лакунада чурра кам учрайди.

Томир лакунаси ичкарида жойлашиб, олдинги томондан чов боғлами, оркадан Купер боғлами ва бошқа боғламлар билан чегараланган. Бу лакуна орқали сон артерияси, сон венаси, асаб (n.genitofemoralis, n.lumboinguinalis) ва лимфа йуллари утади. Анна шу лакунада сон чурраси ҳосил бўлади. Асосан чурра чиқадиган кисми сон халқаси (anulus femoralis) бўлиб ҳисобланади. Халқа лакунадан медиал томонда жойлашиб, медиал томондан – лакунар боғлам билан, олдиндан – чов боғлами, оркадан – Купер боғлами, латерал томондан – сон венаси кини билан чегараланган. Унинг катталиги аёлларда – 1,8 см, эркакларда – 1,2 см.

Сон канали. Мушак ва томир лакуналари нормада бўш, оралик йук. Сон каналининг ички тешиги бўлиб – сон халқаси, ташқи тешиги эса қийшик чуқурча (соннинг кенг фасциясидаги тешик, ундан v.saphena magna утади) ҳисобланади.

Сон канали уч қиррали шаклга эга: одинги девори – сон сербар фасциясининг уроксимон чеккаси ва чов боғлами, орка деворини – сон

фасциясининг чуқур вараги, ташки деворини – сон венасининг медиал девори ва фасциал кин ташкил килади.

Сон канали соҳасидаги томирларнинг аномал жойлашуви катта амлий аҳамиятга эга. Купинча каналнинг латерал деворидаги сон венасини операция пайтида тикиб қуйиш, уни йиртиб юбориш ҳолатлари кузатилади. Ундан ташқари 10-25 % ҳолатларда *a.obturatoria a.hypogastrica* нинг тармоғи бўлиб, сон чурраси бўйнида ёпишган бўлиши мумкин. Сон чуррасини ажратишда, айниқса улар қисилган ҳолатларда шу артерияни шикастлаш мумкин. Бундай ҳолатларда жуда катта микдорда қон йукотилиши (“*corona mortis*” – “ажал тожи”) мумкин.

Сон чурралари жойлашувига қура томир – лакунар, жимбернат – боғлам, ва мушак – мускулар турларга ажратиш мумкин.

Сон чуррасининг энг қўп учрайдиган, яъни типик тури томир – лакунар тури ҳисобланади. Сон чурралари акскрият чурра ҳосил бўлишига анатомик мойиллик тугдирадиган омиллари бўлган аёлларда кузатилади, чунки уланинг қанोगи катта алоҳида қияликка эга, сон халқаси улчамлари катта, овал тешиқ катта ва унинг юқори шох қатталашган бўлиши мумкин.

Диагностикаси. Сон чурралари Пупарт боғламинан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган қичқроқ шиш борлиғи билан характерланади. У қовда оғрик бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади. Қорин бўшлиғига қиритиб бўлмайдиган чурра ичида қўпинча қарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик сиптомлари – қучанишда қатталашадиган ва ётганда йуқоладиган бўртма, йутал турткиси бўлганда, Пупарт боғламининг медиал ярмидан пастдаги типик жойлашувида диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тула хотинларда чурранинг муносабатини аниқлаш қийин бўлади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз қенгайиши, ҳавфли усма метастази, сон томирлари аневризмаси билан утқизиш керак.

Даволаш. Сон чурралари факатгина оператив усулда даволанади. Операцияларнинг ҳамма усуллари икки турга ажратиш мумкин:

I. Қов канали томонидан утқизиладиган операциялар.

II. Сон томонидан бажариладиган операциялар.

Қорин бўшлиғига қиритиб бўлмайдиган катта улчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан ҳам фойдаланилади.

I. Қов канали томонидан утқизиладиган операциялар

Ҳозирги кунда қўпчилик муаллифлар қов усулида қилинадиган операцияларни тарғиб қилмоқдалар. Бу усулнинг қўлайлиғи, чурра қопчасини юқоридан қесиш ва боғлаш, сон каналининг ички тешигини тикиш билан характерланади. Бу усулда ҳатто қов каналининг орқа деворини ҳам яхшилаб маҳкамлаш мумкин.

Қов усулининг узок давом этиши ҳамда қўпроқ жароҳатли утиши бу усулнинг қамчилиғи ҳисобланади.

1. *Руджи усули (1892)* – чов каналининг олдинги ва орка деворларини кесиб, корин парда олди бушлигига кирилади. Бу уз навбатида чурра копчасининг буйин кисмини ва сон каналининг ички тешигига боришга ёрдам беради. Аномал жойлашган тешикларни куриш ва айрим кийин холатларда герниолапаратомия килиш имконини беради. Бу усул кари ва кучсизланган беморларда куп рецидив бериши мумкин.

2. *Парлавеччио усули (1893)* – ташки халка бутунлигини саклаб колган холда чов канали очилади. Кориннинг ички кийшик ва кундаланг мушакларининг пастки чеккасини ков суягининг суяк усти пардасига уруг тизимчаси оркасидан тикилади. Чокнинг иккинчи катори худи шу мушакларга ва чов богламига куйилади.

3. *Райх усули (1911)* – ички кийшик ва кундаланг мушак Пупарт богламига ва ков суягининг суяк усти пардасига тикилади, уруг тизимчаси мушак устига куйилиб, чов каналининг олдинги девори пластика килинади.

4. *Праксин усули* – кушимча усул билан пластика килинади, операцияни сон томонидан бошлаб, чурра копчаси ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йули оркали уруг тизимчаси оркасида Пупарт богламига суя кустки пардасига тикиб, ички кийшик ва кундаланг мушакларнинг пастки чеккаси тикилади.

II. Сон томонидан бажариладиган операциялар.

1. *Локвуд – Бассини усули* – сон каналига унинг ташки тешиги оркали борилади. Бу услда жуда куп рецедив кузатилади, чунки камрок жароҳат булганлиги чучн операцияни тез бажариш мумкин.

2. *Бассини усули (1894)* – Чов богламини ков богламига тикишдир. Биринчи катор чоклар билан иккинчи катор чоклар соннинг кенг фасцияси тароксимон кирраси тожсимон фасцияга тикилиб унинг ташки тешиги махкамланади. Бу усулнинг камчилиги чурра копчасини юкоридан боглашва сон каналининг ички тешигини махкамлаш кийинлигидадир.

3. *Прокунин усули* – сон каналидаги ички халкани тароксимон мушак ва шу номли фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневроз чов богламига параллел килиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофик тилинади. Уруг тизимчасини юкорига сурилади ва корцанг ёрдамида сон халкаси сохасидаги кундаланг фасция тумток холда сурилади. Сон халкаси оркали мушак лахтагини ташки кийшик мушак апоневроз кесмасига утказилади, унга трансплантат урнатилиб, сон каналининг ички тешигига бекитилади.

4. *Уотсон – Чейне усули* – Прокунин усулидан фарки шундаки, тароксимон мушакдан олинган асоси юкорига йуналтирилган 6-7 см узунликдаги лахтак Пупарт богламига ташкаридан тикиб куйилади. Трансплантатни томир кинига ва тароксимон мушакка кушимча махкамланади.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик халкаси оркали чикадиган чурраларга киндик чурралари, дейилади. Киндик чурралари хамма чурраларнинг 6-8 % ини ташкмл килади. Улар куйидаги гурухларга булинади:

- 1) киндик тизимчасининг тугма чурралари (эмбрионал чурралар);
- 2) Болалардаги орттирилган киндик чурралари;
- 3) катталарда учрайдиган киндик чурралари.

Анатомик маълумотлар. Корин олдинги девори структурасида киндик сохасини анотамик кучсиз жой, деб хисоблаш мумкин. Эмбрионал даврда киндикнинг шаклланиши мураккаб жараёндир. Нормада антинатал даврининг 6-ойидаёк киндик халкаси хосил булади, унинг улчами аста-секин кичрайиб боради ва тугилишдан бир неча кун утгач тушган киндик урнига ичига ботган ямокча холида узил кесил бекилиб қолади. Бу сохада аксарият корин олдинги деворининг тугма ривожланиш нуксонлари, шунингдек катта ёшдаги одамларда чурралар кузатилади.

Хатто нормал шароитларда киндик сохаси бирмунча бекарор структураларга эга – тери, киндик фасцияси ва корин пардаси билан бекилган булади.

Киндик халкаси сербар ва фасцияси суст ривожланганда чурралар пайдо булиши учун шароит вужудга келади. Киндик халкасининг мушак пардаси булмаган факат киндик венаси утадиган юкори кисми пастки кисмидан кучсиз булади. Киндик фасциясининг туртта бириктирувчи тукумали тортмалар билан махкамланганлигини эслатиб утиш лозим: битиб кетган киндик венаси, киндик артериялари ва облитерацияланган сийдик йули. Бирок фасция яхши ривожланган кориннинг тугри мушаклари ва уни киндик халкаси диаметрини торайтирадиган кин апоневрози булгандагина махкам булади. Шунинг учун киндик чурраси одатда кориннинг тугри мушаклари суст ривожланган аёлларда (80 %) ва болаларда кузатилади.

Чурра пардалари ҳолатига кура:

1. Асоратланган – чурра пардаларининг йиртилиши, йирингли парчаланиши ва ичак окмалари.

2. Асоратланмаган (пардалари узгармаган).

Киндик чурралари булган болаларнинг тахминан 65 % ида бошка ривожланиш нуксонлари (юррак, ошқозон-ичак тракти, сийдик таносил тизими) билан бирга учрайди.

Даволаш. Оператив усулда ва консерватив даволанади.

Операцияга мутлак карши курсатмалар – тугма юрак нуксонлари, боланинг ой куни анча тулмасдан тугилиши ва огир даражадаги бош мия шикасти.

Диаметри 5-7 см ли чурраларда кориннинг олдинги девори кават-кават килиб тикилади.

Диаметри 7-9 см ли чурраларда эса факатгина тери тикилади.

Катта улчамли чурралар корин ички босимининг ҳаёт учун хавфли даражада ошиб кетиши сабабли операцияга нисбий карши курсатма

хисобланади. Бундай холларда чуррага стерил боғлам қуйилади ва корин девори ёпишқок пластр тилишлари билан тортиб қуйилади. Бундай чакалоқларнинг талайгина қисми сепсис ва перитонитдан нобуд бўлади.

Агар бу касалликлар ой қуни тулиб ва қушилиб келадиган оғир ривожланиш нуксонларисиз тугилган бўлса Гросс буйича икки босқичли операция қилиш ёки нуксонни аллопластик материал билан ёпиш мумкин.

Чакалоқларда киндик чурралари ҳаётининг дастлабки ойларида ривожланади ёки кейинчалик ҳосил бўлади. Болаларда киндик чурралари улар йиглаганда, каттик йуталганда, фимозда доимий қучаниш натижасида, ориклуб кетганда ривожланади. Болаларда киндик чурралари одатда катта улчамда бўлмайди ва осон тугирланади. Қисилиб қолиш холлари камдан кам холларда учрайди.

Даволаш асосан чурранинг турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқлар ва ёш болаларда корин олд девори мушакларининг яхши ривожланиши жараёнида одатда бола 3-5 ёшга, баъзан 5-6 ёшга етганда чурранинг уз-узидан тузалиб кетиши кузатилади. Баъзан кечроқ муддатларда киндик халқаси узича ёпилмайди, операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик халқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар ёрдам беради:

1) Киндик соҳасига пахтага уралган ясси картон парчасини қуйиш. унинг чеккалари чурра тешигининг чеккаларини ёпиб туруши лозим. Боғлам бир ой қуйилиб, сунг алмаштирилади.

2) Корин олд деворини мустаҳкамлигини ривожлантиришга қаратилган массаж ва гимнастика қилиш. Даволаш боланинг бир ойлигидан бошланади.

3) Корин мушакларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш.

4) Тугри режим, ванналар тугри овқатланиш.

Консерватив даво ёрдам бермаса (одатда 2-3 йилдан сунг) ва чурра қисилиши ҳолати кузатилганда зудоик билан операция қилиш зарур.

Катта одамлардаги киндик чурралари ташки корин чурраларининг 3-5 % ини ташкил қилади. Қупинча корин тугри мушаклари диастази билан бирга келади ва куп туккан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди.

Киндик чурраларининг пайдо бўлишида бир томондан киндик халқасининг антомик тузилишига ва иккинчи томондан корин бушлигидаги босимнинг ошиши, корин олд деворининг чузилиши сабаб бўлади. Киндик халқасидаги фасциянинг тугма ривожланмай қолиши наслий киндик чурраси пайдо бўлишида катта аҳамиятга эга. Бошқа этиологик омиллардан асцит, хархил усмалар, қабзият ва бошқалар.

Киндик чурраларининг клиник белгилари чурранинг ҳажмига, чурра дарвозасининг катталигига, чурра қопчасидаги битишмали ҳолатнинг ривожланиш босқичларига ҳамда семизликнинг даражасига боғлиқ. Чурра катталашиб кетган холларда чурра халқаси кичик бўлса чурра қиккан пайтда оғрик бўлади.

Киндик чурралари билан беморлар ҳозирги кунда факатгина хиругик усулда даволанади. Айрим муаллифларнинг маълумотларига қура кичик

чурраларни операция килгандан кейин 15 % гача рецидив булса, катта чурралардан кейин эса 30 % ва ундан ортик рецидив ҳолатлари учрайди. Чурра тешигининг улчамлари ҳар хил: жуда тор тешикдан сербар тешиккача ва жуда катта тешиклар кундаланг йуналишга эга. Чурра копчаси нотутри шаклда тусиклар ва дивертикуллар ҳосил килади.

Киндик чурралари кичик бурмачалардан тортиб катта ҳажмли усмаларгача булиши мумкин. Киндик чурралари купинча тугирланмайдиган булади, копростаз ва кесилиб қолиш ҳолатлари учрайди.

Чурралар огир юк кутарганда, шунингдек чурра узича чикканда огрик беради. Аксарият киндик чурралари терининг бичилиши ёки кийим кечак тор булиб, ишқаланиши натижасида яллигланиши мумкин. Шундай катта яллигланишлар натижасида чурра ҳалтачаси ичида битишмалар ҳосил булади ва чурра тугирланмайдиган булиб қолади.

Киндик чурралари оператив усулда даволанади. Чурра ичидаги аъзолар чурра копчаси билан битишмалардан ажратилгач корин бушлигига киритилади.

Чурра копчасининг ичида шишиб калинлашган чарвиси булган тугирланмайдиган киндик чурраларида чарвини резекция қилиш лозим.

Болалардаги кичик чурраларда чурра дарвозалари пластикаси Лексер буйича утказилади: тешик атрофии апоневрозига кесет чоки қуйилади. У тортилгандан кейин ҳалка беркитилади, сунгра апоневрозга кундаланг йуналишда тугунли ипак чоклар қуйилади.

Ҳозирги кунда киндик чурраларини хирургик даволашда асосан аутопластик усулар қулланилади.

Мейо усули (1901). Огриксизлантириш умумий. Тери чурра думбогиги устидан иккита ёйсимон бир-бирига туташтирган ҳолда кундаланг кесма утказилади. Чурра копчаси асосида апоневроз атроф тукимадан ажратилади, гемостаз қилинади. Чурра копчаси очилиб, ички аъзолар корин бушлигига юборилади. Бордию чарви битишма ҳосил қилган булса, бир қисм чарви битишмалар бирга резекция қилинади. Чурра копчаси кесиб олинади ва чурра ҳалкаси кундалангига кенгайтирилади. Апоневроз «П»симон чоклар билан дубликатура ҳосил қилиб тикилади.

Мейо усули билан пластика қилиш катта киндик чурраларида қулланилади.

Сапежко усули (1900). Иккита ёйсимон кесма чурра думбоги устидан узунасига утказилади. Бундан асосий мақсад узгарган терини киндик билан бирга олиб ташлашдир. Чурра унча катта булмаса киндикни саклаб қолса ҳам булади. Чурра копчаси атроф тукимадан ажратилади, апоневроз киррасидан кесиб олинади. Чурра дарвозаси ичкарига ва пастга кесилади. юкорига қилинган кесма чегараси тугри мушаклар диастазигача етиши керак. Кориннинг олд девори пластикаси «П»симон чоклар билан дубликатура ҳосил қилиниб, узунасига тикилади.

Сапежко усули Мейо усулига нисбатан физиологик жихатдан анча устундир. Бу усулда тугри мушаклар диастазини бартараф қилиш қулайдир.

Агар бемор жуда семиз булса косметик жихатдан Мейо буйича кесма килиниб, Сапежко усулида пластика килган маъкулдир. Жуда катта киндик чурраларида ва рецидив холатларда синтетик ва биологик пластик материаллар кулланилади.

КОРИННИНГ ОҚ ЧИЗИҒИ ЧУРРАЛАРИ

Бу чурралар асосан эркакларда (60 %), 20-35 ёшлар оралагида учрайди. Чурранинг типик локализацияси оқ чизикнинг юкориги кисми, яъни эпигастрал сохада булиб, эпигастрал чурралар, деб хам юритилади. Бу чурралар хамма корин чурраларининг 3,5 % ини ташкил килади.

Анатомияси. Коирннинг оқ чизиги урта чизик буйлаб ички кийшик ва кундаланг мушаклар апоневрозларининг бириктирувчи тукима толаларидан хосил булади.

Киндикдан юкорида оқ чизик эни 2-3 см га етадиган, сербар, бириктирувчи тукимали пластинкадан иборат. Кориннинг тугри мушаклари кинини хосил киладиган апоневрозлар чизикка утаётганда кия йуналиб бир-бири билан кесишади ва айрим кишиларда бирмунча катталашиб кетадиган ва чурра чикадиган жой булиб хизмат киладиган ёгли клетчатка билан тулган ёриксимон бушликлар хосил килади.

Кориннинг тугри мушаклари киндикдан пастда деяри пастда жойлашган тукималар билан бирлашиб туради. Бундай жойлашган чурраларнинг нихоятда кам учраши шу билан изохланади. Корин юкори сохасининг анатомик сруктурасида хам чурра буртмалари хосил булишига шароитлар мавжуддир. Бу сохада кориннинг тугри мушаклари диастазлари орасидаги ёрикларни назарда тутиш лозим. Бу диастазларнинг бир кисми V-VII-ковургаларга, бошкалари эса туш суягининг ханжарсимон усимтасига ёпишади.

Мушак-апоневротик тузилмалар тонуси бузилганда, корин бушлиги ичидаги босим ошганда бу ёрикларга корин пардаси олдидаги ёг, шунингдек корин пардаси кириб колишимумкин, меъда касаллиги буларнинг кисилиб колишига сабаб булиши эхтимол.

Оқ чизик чурралари жойлашувига кура киндик устида жойлашган корин устки чурралари ва киндикдан пастда жойлашган кориннинг пастки чурраларига булинади.

Корин ички босимининг талайгина кутарилиши таъсири натижасида апоневрозлардаги ёриклар оркали (нормада ундан томирлар, нервлар утади) аввалига корин пардаси олдидаги ёг буртиб чикади, у баъзан корин девори мушаклари таранглаштирилганда юмалок зичлашма корин пардаси олдидаги липома курунишида пайпасланади. Кейинчалик корин пардаси хам буртиб чикади ва хакикий чурра хосил булади.

Симптомлари. Беморлар жисмоний харакат пайтида ва кисилиш булганда буртма сохасида огрик сезадилар, ётишда одатда огрик булмайди. Чурра кисилиб колганда беморнинг кунгли айниб, кусади.

Меда касалликлари – гастрит, бундан ташкари рак каби касалликлар билан дифференциал диагностика утказилади. Меъда касалликларида огрик овкат ейиш билан боглик, вахоланки чурраларда огрик жисмоний ҳаракат килганда пайдо булади. Беморларда эпигастрал сохада огрик булган хамма холларда меъда ва уники бармокли ичакни кушимча рентгенологик текшириш зарур.

Даволаш. Ок чизик чурраларини оператив даволашда куйидаги усуллар кулланилади:

Напальков усули – чурра халтаси очилиб, апоневроз кирралари бирига тикилади. Тугри мушакларнинг медиал киррасидан параллел холда иккита кесма утказилади. Уларнинг ички кин апоневроз каватлари тикилади. Бу чокларни куйишда биринчи кават чоклар кумилтирилади.

Худи шу тарзда тугри мушаклар апоневротик кинининг ташки вараги тикилади.

Мартынов усули – тугри мушаклар диастазлари куйидагича бартараф килинади: тугри мушаклардан бирининг медиал киррасидан кесма килинади (бутун диастаз буйлаб). Анна шу вараklar мушаклар олинмасдан тикилади. Унинг устидан олдинги девор кинидан хосил килинган апоневроз вараklари тикилади.

ҚОРИННИНГ ЁНБОШ ЧУРРАЛАРИ

Кам учрайдиган чурралар булиб, улар шикастланишлардан, кесилган абсцесслар очилгандан кейин махаллий мушакнинг фалажланиши натижасида хосил булиши мумкин ва одатда корин кундаланг мушагининг апоневрозга утадиган кисмида, яъни Спигель чизигида хосил булади. Апоневроз тугри мушаклар кини деворлари таркибига утаётганда чукурча хосил булади. Бу сохада апоневроз толалари иккига булинади ва Кинга кон томирлар ва нервлар киради. Бу жойлар чурра чикадиган буш жойлар хисобланади. Чурра купинча кисилган холатда аникланади.

Чурра халтаси ажратилиб, ишлов берилгач, уни олиб ташлагандан сунг тугунли чоклар, Сапежко буйича ёки Сапежко-Дьяконов буйича пластика килинади. Иккинчи усул биринчисидан биринчи каторда «П»симон чоклар куйиш билан фарк килади.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЧУРРАЛАР

Операциядан кейинги чурралар купчилик холатларда хирургик техниканинг дефекти булиб хисобланади. Адабиётларда бу муаммога жуда куп эътибор берилмокда. Республикамиз ва хорижий мамлакатларда операциядан кейинги чурраларни даволаш усулларига етарлича эътибор килиниб, янги янги усуллар татбик килишмокда

Чурра пайдо булишининг асасий сабабларидан бири операция вактида мушак нервлари ва томирларининг жарохатланиши хисобланади.

Операциядан кейинги чурраларнинг пайдо булиш сабабларини факат тикилган тукималарнинг суст регенирациясидангина эмас, балки операция

техникасининг нотугрилигидан ва операциядан кейинги битмаган ямокни етарлича эҳтиёт килмасликдан излаш керак. Операциядан кейинги чурралар баъзан жуда катталашиб кетиб, корин ички аъзоларининг эвентрациясига сабаб булади.

Операциядан кейинги ямокли чурралар чурра халтасига эга булиши, катор холларда эса булмаслиги ҳам мумкин.

Операциядан кейинги чурралар хажмига, чурра дефектининг жойлашишига ва клиник белгиларига кура турлича булади. Чурранинг хажмини аниклашда корин олдинги деворининг анатомик бушликларини ҳисобга олиш зарур. Шунга асосланиб уларни турт гуруҳга булиш мумкин:

1. Майда операциядан кейинги чурралар – пальпация килиб аниклаш мумкин.

2. Уртача катталиқдаги операциядан кейинги чурралар – кориннинг маълум қисмида думбок ҳосил қилади.

3. Катта операциядан кейинги чурралар – кориннинг анчагина соҳасини эгаллаб, корин конфигурациясини бузади.

4. Гигант операциядан кейинги чурралар – кориннинг икки ёки уч вилоятини эгаллайди, натижада корин девори деформация ҳолига келади ва ҳатто юриш қийинлашиб қолади.

Чурра халқасининг кенглиги тугрисида суз юритганда унинг клиник белгиларига купрок эътибор бериш лозим: тугриланадиган, тугриланмайдиган, қисман тугирланадиган, рецидивли, куп марта рецидивли, қисилган булиб қисман ёки уткир ичак тутилиши белгиларининг ривожланиши ва перфоратив турларига булинади.

Беморлар доимо коринда огрик, диспептик бузилишлар борлигига, жисмоний меҳнат билан шугулланишнинг имкони йуклигига ва баъзан қабзият ҳамда корин дам булишига шикоят қиладилар.

Жарроҳ беморни қурганда купинча операциядан кейинги чандик соҳасида катта буртма борлигини аниклайди. Ундан ташқари кориннинг бошқа соҳалари ҳам пальпация килиб текширилади. Айрим ҳолатларда ичак ҳаракатлари ҳам қуриниши мумкин. Корин девори ямокли узгарган, юпкалашган тери билан копланган буртмача аникланиб, унинг остида коирн аъзолари пайпасланади.

Чурра ҳосиласини корин бушлигига юборгач, чурра тешигининг уткир чеккаларини пайпаслаб қуриш мумкин, бу тешик операцион ямокнинг бошидан охиригача, катта улчамларга етиши мумкин.

Чурра халтаси ичидаги аъзолар (чарви, ингичка ва йугон ичак ковузлоклари) купинча буртиб чиккан жой соҳасида ямокли узгарган тери билан қушилиб кетган булади. Тушган ички аъзоларнинг чурра халтаси билан битишмалар ҳосил қилганлиги т, шунингдек куп сонли ички аъзоларнинг чурра халтаси билан битишма ҳосил қилиш натижасида операциядан кейинги чурралар купинча тугирланмайдиган булиб қолади.

Даволаш. Операциядан кейинги чурраларнинг профилактикаси коринни маҳкам тутиб турадиган белбоғ бандаж тайинлашдан иборат.

Операциядан кейинги чурраларни операция килишнинг оптимал муддати 6-12 ой, вахоланки айрим ҳолатларда чурра жуда тез катталашиб боради, шунинг учун операциядан кейин 2-3 ой ичида ҳам операция килиш мумкин. Жуда катта чурралар билан мурожаат қилган беморлар операцияга 8-10 кун мобайнида тайёрланади.

Оператив даволашда қуйидаги асосий операция режасини куллаш лозим:

1. Чурра дарвозасини очиш учун кесмани танлаш.
2. Чурра ҳалтасини очиб, ичидаги кориннинг ички аъзоларини унинг деворидан ажратиш.
3. Чурра ҳалтасини қисман ёки тулик кесиб олиш.
4. Чурра дарвозаси қирраларини ажратиш ёки қисман кесиб олиш.
5. Кориннинг олд деворини пластика қилиш.
6. Операциядан кейинги ярани тикиш.

Уртада жойлашган чурра операцияларидан кейин чурра тешигини икки марта қупайтириш принципи бўйича, апоневрознинг бир чеккасини иккинчисига қуйиб дибликатура ҳосил қилиб ёпилади. Ён томонлама операциялардан кейин чурраларда девор нуксони одатда мушакларни қават-қават қилиб тикиб бартараф этилади.

Операциядан кейин яхши клиник натижага эришиш учун кориннинг олд деворини пластика қилиш усуллари катта аҳамиятга эга. Пластика қилишнинг рационал усулини тугри танлаш жаррохнинг тажрибасига ва унинг маҳоратига боғлиқ. Ҳозирги кунда операциядан кейинги чурраларни операция қилишнинг 150 га яқин усуллари тадбиқ қилинган.

С.П.Шиловцев усули – апоневроздаги нуксонни ямоқли тери лахтаги билан унинг эпидермал қатламини олдиндан коагуляция қилиб, пластик бекитишдан иборат. Чандикли туқима ва катта нуксонлардан фойдаланилади, шунингдек қушни мушаклардан олинган оёкчадаги пластинка, соннинг сербар фасциясиданолинган эркин фасциал туқима ёки аллопластика ҳам қулланилади.

Бу усулларнинг яхши натижалар бериши чурра дефектининг катталигига, туқималарнинг морфологик хусусиятларига боғлиқ. Чурра улчами 50-100см² бўлганда аутопластик усулни куллаш мумкин. Агар чурра катта ва рецидивли бўлса беморнинг уз туқималари билан кориннинг олдинги деворини пластика қилиш яхши натижа бермайди.

Катта рецидивли операциялардан кейинги чурраларда аутодермал трансплантатлар ишлатиш (В.И.Янов) яхши натижалар беради. Ҳозирги кунда қушимча пластик материаллар ишлатиш (аллопластика) кенг қулланилмоқда.

ДИАФРАГМА ЧУРРАЛАРИ

Корин бушлиги ва корин парда орти бушлиги аъзоларининг диафрагманинг тугма ёки орттирилган дефектлари орқали қуқрак бушлигига силжиши – **диафрагма чурралари**, дейилади. Диафрагма чурраларида ички

аъзоларнинг бир бушликдан иккинчисига утишини ҳисобга олиб ички чурралар каторига киритилади.

Ҳозирги кунда чурранинг жойлашиши ва этиопатогенезига асосланган классификацияси кулланилади:

I. Диафрагманинг хакикий чурраси.

A. Диафрагманинг тугма чурралари:

1. Ковурга – умуртка булими чурраси:
 - а) сохта;
 - б) чин (Богдалек чурраси).
2. Туш – ковурга булими чурраси:
 - а) сохта (френико-кардиал);
 - б) чин (Лоррей-Морганьи).
3. Диафрагма гумбази чурраси:
 - а) сохта;
 - б) чин чурраси.
4. Диафрагма аплазияси:
 - а) бир томонлама;
 - б) тулик.

B. Диафрагманинг травматик чурралари;

B. Диафрагма релаксацияси (диафрагманинг невропатик чурралари)

II. Диафрагманинг табиий тешиклари чурралари.

A. Кизилунгач тешиги чурраси;

B. Киска кизилунгач:

1. Тугма;
2. Орттирилган.

B. Параэзофагал чурралар.

Диафрагма чуррасининг ривожланиши жуда куп этиопатогенетик омилларга боглик. Жумладан диафрагманинг тугма ривожланмаганлиги, диафрагманинг травмалари, хар хил яллигланиш касалликлари, мушак боглам тизимидаги узгаришлар диафрагманинг кучсизланишига олиб келадиган ирсий сабаблари булиб ҳисобланади. Чурра ривожланишини кучайтиришда корин бушлигибосимининг ошиши ҳам муҳим роль уйнайди. Катта кишиларда диафрагма чурраларининг пайдо булишида анатомик кучсиз жойлар (Богдалек ва Ларрей бушликлари) нинг ҳам роли бор.

Айникса кари кишиларда хиатал чурраларнинг ривожланишида кизилунгач-диафрагма боғламининг аста-секин сусайишининг ахамияти бор.

Диафрагма чурраларининг асосий белгиларини икки асосий: гастро гастроинтестинал ва кардиореспиратор клиник белгиларга ажратиш мумкин. Айрим холларда қушма симптомлар ҳам ривожланиши мумкин. Диафрагманинг кизилунгач тешиги чуррасидаги симптомлари бошқача қурилишда бўлади.

Диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси (**ДКТЧ**)**диагностикаси**, диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси – унинг клиник белгилари ривожланмасдан тасодифан рентгенологик топилма булиши мумкин.

Беморлар кориннинг юкори кисмида, туш суягининг оркасида ва юрак сохасида огрикка шикоят киладилар. Огрикларнинг пайдо булиши овкат истемол килган пайтда, овкатдан кейин булиши мумкин. Танани олдинги букилишида огрик купаяди. Туш суягининг оркасида куйишиш, аччик кекириш кучайиб,горизонтал холатда бу клиник белгилар пасаяди. Огиз бушлигининг аччик меъда суюклиги регургитацияси кузатилади, тана горизонтал холатда булганда бу утиб кетади. Юракда буладиган огриклар рефлектор холатда булиб, нитроглицирин таъсир килмайди. Бу холатларда айникса параэзофагал чурраларда учрайди. Сирпанувчи чурралар типиде уларнинг кисилиш холати булмайдилар. Пароэзофагал чурралар купрок кисилиш холати учрайдилар кисилган чурраларда огрик кучайиб,дисфагия юзага чикади. Рентгенологик текширишлар диагностикада мухим булиб, контраст моддалари билан килиш чурра хилларини, хажмини,кукрак кафасига кайси аъзолар утиб колганлигини аниклаш мумкин. Эзофагоскопия купчилик холатларда диагнозни аниклашда ердам беради.Айрим холларда бемор олдинга энгашганда яъни пойафзалнинг ипини богламокчи булганда огрик кучаяди (Шнуров симптоми).

Даволаш: Кизилунгач тешиги сирпанувчи чурраси кичик булса,субъектив холатлар унга куп булмаса консерватив даволаш зарур: пархез килиш (овкатни кам-кам микдорда, тез-тез истемол килиш,уйкудан олдин 3-4 соат овкатни истемол килишни тухтатиш) кроватнинг бош томони кутарилган холда ухлаш эзофагит белгилари булганда, ярага карши,кислота холатини пасайтирувчи терапия бериш керак.

Асоратларнинг клиник симптомлари ривожланган холатларида (кон кетиш,анемия, эзофагит, яра хосил булганда) оператив даволаш зарур.

Хамма параэзофагит чурраларни уларнинг кисилиб колиши хафини бартараф килиш учун операция килиш зарур.Хамма операцияларнинг мохияти чурраларнинг партараф кили шва рефлюкснинг олдини олишдир.

Травматик диафрагмал чурралар: диафрагманинг жарохатдан кейин кукрак бушлигига, корин бушлиги аъзоларининг утиб кетиши, жарохатдан кейин бирданига еки маълум вакт утгандан кейин содир булиши мумкин.

Диагностикаси: Травматик диафрагмал чурраларда кукрак бушлигига утиб кетган аъзоларнинг функциясининг бузилишига боглик ва кукрак аъзоларининг босилиб колиши даражасига богликдир.Купинча беморлар эпигастрия сохасида ва кукракнинг чап ярмида огрик борлигига, овкат истемол китлганда огрикнинг кучайишига шикоят киладилар. Айрим холатларда ошкозон кисилиб колиб унинг шиллик пардасида яра хосил булса кон кусиш кузатилиши мумкин. Кукрак бушлиги аъзоларининг босилиши натижасида хансираш пайдо булади. Объектив курилганда — кукрак кафасилда перкутор товушнинг тумтокланиши ва айрим холатларда тимпаник товуш ва унинг алмашилган холда учраши аникланади. Нафас олиш эшитилмайди еки унинг кучсизланиши аникланади. Айрим холатларда кукрак бушлигида ичак харакати ва суюклик борлиги аникланиши мумкин. Диагноз куйишда рентгенологик текшириш мухим хисобланади.

Диафрагмадан юкорида ичаклар гаустрацияси, газ борлиги аникланади. Контраст моддалар Билан текшириш ута мухимдир.

Травматик диафрагма чурралари тез кисилиб қолади. Энг куп кисилади ошқозон,йугон ва ингичка ичаклар.

Даволаш: Диафрагманинг травматик чурралари операция учун абсолют курсатмадир. Операциялар торакотомия еки лапаротомия кесмалари оркали утказиладилар.

Диафрагманинг релаксацияси: Жуда хам юпкалашиб кетган диафрагманинг бир томонлама юкори туриши унинг релаксацияси хисобланади. Диафрагма 4ковурга хатто 3 ковуругагача кутарилиши мумкин. Корин бушлиги аъзолари курак кафаси бушлигига утиб, диафрагмадан пастда турганлиги аникланади. Купчилик ҳолатларда релаксация чап томонлама булиб, тугма хисобланади.

Диагностикаси: Клиник картинасининг куриниши ҳар хил булиши мумкин. Овкат ҳазм килиш тизимидаги ҳар хил бузилишлар билан-дисфагия, қусиш, чап томонда еки урта қисмда огрикнинг борлиги, нафас олишнинг кийинлашиши (ҳансираш, айникса жисмоний зуриқиш булганда, овкат исьтемом килгандан кейин), Тахикардия,аритмиянинг пайдо булиши. Диафрагма релаксациясини чуррадан ажратиш учун рентгенологик текширишдан утказмок керак. Айрим ҳолатларда пневмоперитонеум килиниши зарур. Оператив даволаш клиник симптомлар аник юзага чикканда утказилади.

ЧУРРАЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ УМУМИЙ ҚОИДАЛАРИ

Чурраларни факатгина оператив усулда бартараф этиш мумкин. Оператив даволашнинг асосий қоидалари ҳар бир чурра учун алоҳида ёндошиш ва дифференциал ҳолатда чуррани операция килиш усулини танлашдир. Бунинг учун чурранинг шаклига, келиб чиқишидаги шароитига, Корин девори туқималарининг ҳолатига, чурра дарвозаси ҳажмига ҳамда беморнинг ёшига алоҳида эътибор бериш зарур, корин чурраларининг операцияси мумкин қадар оддий ва қам жароҳатли булиши лозим. Шу билан бир қатор да танланган усул даволашда радикал усул булиши керак.

Чуррани кесиш – бу жуда юкори маҳорат талаб қиладиган операциядир. Шунинг учун соғлиқни сақлаш тизими олдидаги асосий мақсад – оператив даволашнинг сифатини кутариш ва жарроҳларнинг қасбий маҳоратини кутариш бугунги куннинг талабидир.

Ҳозирги кунда пластика килиш усуллариининг беш хил тури мавжуд:

- 1) фасциал – апоневротик усул;
- 2) мушак – апоневротик усул;
- 3) мушак усули;
- 4) қушимча биологик ёки синтетик материаллар билан пластика килиш;
- 5) қушма (аутодермал ва ёт туқималар ёрдамида комбинацион пластика килиш).

Дастлабки уч усул аутопластик усуллар, колаган икки усул эса аллопластик усуллардир.

Фасциал–апоневротик усул – энг мухим усул булиб, корин деворининг топографоанатомик муносабатларини яхши тиклайди.

Бу усул куйидагича утказилади:

1. Апоневроз кирраларини бир-бирига бирлаштириб чок куйиш.
2. Чурра дарвозасини апоневроздан дубликатура хосил килиб бартараф килиш.
3. Чурра дарвозасини апоневроздан ёки фасциал лахтак дубликатура хосил килиб бартараф килиш.
4. Чурра дарвозасини бартараф килишда эркин аутолахтаклардан фойдаланиш.

Энг куп таркалган усул – бу апоневроздан дубликатура хосил килиб пластика килишдир. Апоневрознинг кирраларини таранглаштирмай бир-бирига тикиш операциядан кейин яхши чандик булишига олиб келади. Шунга мисол Мартынов, Ру, Опель усулининг чов чурраларида, Мейо усулининг киндик чуррасида, Напальков, Вишневский, Мартынов усулларининг операциядан кейинги чурраларда кулланилишидир.

Мушак–апоневротик усул. Бу усул хозирги кунда кенг кулланилмокда. Чов чурраларида – Жирар, Спасокукоцкий, Бассини, Постемский, Лиршкер усуллари, киндик чуррасида – Мейо усули, операциядан кейинги ва кориннинг ок чизиги чурраларида – Сапежко усули кулланилади.

Кушимча биологик ёки синтетик материаллар билан пластика килиш. Бу усул хам кенг кулланилмокда.

Вентрал чурраларда пластик материалларнинг кулланилиши алохида курсатмаларга эга:

1. Куп марта рецидивли чурралар.
2. Коирннинг олд девори кучсизланиб, мушаклар, фасция ва апоневрозларнинг атрофияси булган катта чурраларда.
3. Катта операциядан кейинги куп камерали чурраларда, тукималарни тортишнинг иложи булмаса.
4. Гигант чурраларда уз тукималарини дубликатура килганда тортилиб, корин бушлиги хажми торайиб колганда.
5. Огир чов чурраларида (катта тугри, кичик, сирпанувчи), корин мушаклари атрофиясида, апоневроз толалари таркалиб кетган холатларда.

Чурраларни оператив даволашда йул куйиладиган хато ва камчиликлар:

1. Чов чурраларининг топографиясига боглик (унирнг тугирланиши ёки тугирланмаслигидан катъий назар) холатларда учрайдиган хатоликлар.
2. Чурра халтаси ичидаги аъзоларнинг алохида шароитда булишига боглик булган холатлар.
3. Герниопластика килишда нотугри танланган усуллар.

ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАР

Кисилган чурралар (*hernia incarcerata*) – ута хавфли асорат булиб, зудлик билан операция килиш талаб этилади. Чурра копчасига чиккан аъзолар чурранинг буйин кисмида кисилиб колиб, кон ва лимфа айланишининг бузилиши аъзонинг некрозга учраш хавфини юзага келтиради.

Кисилиб колиш механизми хар хил булади. Коирн бушлигида босимнинг ортиши (юк кутариш, тинимсиз йутал, дефекация пайтида) билан чурра халкаси киска вактга кенгаяди. Анна шу пайт ички аъзолар чурра копчасига кириб колади. Кейин чурра халкаси тораяди ва ички аъзолар уз урнига кайтишга улгурмай колади. Шу йусинда чурранинг кисилишига эластик кисилиш, дейилади.

Чурранинг бошкача кисилиш усули хам бор, у ахлатли кисилиш, дейилади. Кисилишнинг бу шакли асосан кари кишиларда учрайди. Чурра копчасига тушган чурра ковузлоги ичидаги ахлат аста секинлик билан купайиб боради ва натижада аста-секин ичакнинг кетувчи сиртмоги босилиб колади. Ахлатли кисилиш чурра дарвозаси катта булган холатларда кузатилади.

Кисилиб колган ичак сиртмокларининг туткичлари босилиб колганда аввало шиш пайдо булади. Чурра копчасидаги вена томирларида димланиш ривожланиб, чурра копчаси ичида тиник суюклик йигилади. Кейинчалик бу суюклик геморрагик холатга утади. Ичак деворидаги некротик узгаришлар ичак ичидаги бактерияларнинг ичак девори оркали утиб, чурра сувини ифлослантиради. Чурра суви лойкалана бошлайди ва чурра халтаси флегмонасига айланади. Айрим холатларда флегмона тешилиб, ичак окмаси хосил булади.

Операция пайтида ичак деворларининг хаётийлигини аниклаш мухимдир. Чунки некротик холат ичакнинг ички шиллик пардасидан бошланиб, ташки куриниши эса силлик, узгаришсиз булиши мумкин. Анна шундай ичак сиртмокларини корин бушлигига юбориб чуррани пластика килиш ута хавфлидир.

Яна бир мухим холат, ичак деворидаги микроциркуляциянинг бузилиши чегарасини аниклашдир. Келувчи ва кетувчи ичак сиртмокларини тегишли узунликда резекция килинмаса, кейинчалик некроз ривожланиб, чоклар етишмовчилигига олиб келади. Натижада перитонит ривожланади ва у беморнинг улимига сабаб булиши мумкин.

Ундан ташкари ичак деворининг бир кисми Рихтер кисилишини хам унутмаслик лозим. Бу хил кисилиш хам жуда огир утади

Ичак девори бир кисмининг кисилишининг диагностикаси хам кийин, чунки чурра буртмаси кичик булади. Айникса семиз кишиларда ичак тутилиши белгилари булмади ва уни аниклаш кийин булади. Бундай кисилиш купинча сон чуррасида учрайди. Купчилик холатларда ингичка ичак девори кисилади, аммо ошкозон девори (ок чизик чуррасида) хамда сийдик пуфагининг девори (чов чуррасида) хам кисилиши мумкин.

Ретроград кисилиш (hernia Mayde), жуда кам учрайди. Чурранинг бундай кисилишида чурра копчасида нафакат копча ичидаги ичак сртмоклари, балки корин бушлигидаги ичак сиртмоклари туткичлари ҳам кисилиши мумкин. Бундай кисилиш W-симон кисилиш, ҳам дейилади.

Кориннинг олд девори ва операциядан кейинги катта чурралар куп камерали булганида ичак сиртмоклари ва чарви шу камералардан бирига кириб, кисилиб қолиши мумкин. Колган камералардаги ичак сиртмоклари ва чарви бемалол эркин холда корин бушлигига кетади. Бендай ҳолатларда қисман ичак тутилиши белгиси ривожланиб, беморни узок вақт консерватив даволаб, ҳар хил огир асоратларга олиб келиш мумкин.

Меккел дивертикули кисилиб қолса – Литре чурраси (hernia Littre), дейилади. Адабиётларда келтирилишича кам ҳолатларда (0,5 %) учрайди.

Кисилган корин чурраларини оператив усулда даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида уларнинг даволаш ва операция тактикаларини аниқ белгилаш мақсадида биз тўрт йиллик кузатувларимизни таҳлил қилдик. Ана шу йиллар мобайнида (2001-2005 йиллар) 12550 та бемор шोшилиш равишда операция қилинган. Шундан 603 нафар бемор (4,8 %) қисилган корин чурралари билан операция қилинган. Шу қисилган чурралардан чов чурраси – 48,2 %, сон чурраси – 25,1 %, қиндик чурраси – 12,8 %, операциядан кейинги вентрал чурралар – 12,1 %, кориннинг оқ қизиги чурраси – 0,8 % беморларда қузатилган.

Беморларнинг 248 нафари (40,2 %) эркаклар, 355 нафари (59,8 %) аёлларни ташкил қилган. 60 ёшдан юқорилар 64,5 % ни ташкил қилган. Операциядан кейин улган беморлар 15 киши (2,7 %).

Кисилган чурраларнинг клиник белгилари бошланганидан сунг 2 соат мобайнида – 11%, 3-8 соат ичида – 13 %, 9-12 соат ичида – 17 %, 12-24 соатгача – 38 % ва ундан кейинги даврда 21 % беморлар клиникага мурожаат қилишган. Анна шу ҳолатларни таҳлил қилганимизда шифохонагача булган этапда ташхис қўйиш ҳатоликлари натижасида қўпчилик беморлар клиникага кеч ётқизилган.

Деярли 21 % сон чуррасининг ва 17 % беморларда вентрал чурраларнинг кисилиши вақтида аниқланмаган. Беморлар қўпчилик ҳолатларда ткорин бушлигининг битишмали касаллиги, уткир гастрит, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг ҳуружи, буйрак санчиги, уткир ичак тутилиши ва ҳатто уткир аппендицит ташхислари билан юборилган.

Шифохонагача булган этапда асосий диагностик ҳатоларга йўл қўйилиши сабабларидан энг муҳими беморларни текширишдаги эътиборсизлик, беморларни текшириш принципларининг бузилиши бўлиб, чурра ҳосил бўлиши эҳтимоли бор соҳаларни яхшилаб қўрмасликдир.

Узок вақт бандаж боғлаган ёки қорсет қийиб юрган беморлар чуррасоҳасида пайдо булган огрикка унча эътибор бермайдилар, доимо туғирланиб юрувчи чурранинг туғирланмайдиган бўлиб қолганлигини ва чурра ҳажмининг катталашганлигини ҳам сезмайдилар ва натижада қисилган чуррани утқазиб юборадилар. Қари беморларда йўлдош касаллиги огир

булганда, яхши эшитмаслик ва мия кон томирлари етишмовчилигининг борлиги улардан тулик анамнез йиғишга тускинлик килади. Бундан ташқари семиз беморларда ҳам қисилган чуррани аниқлаш қийинчилик тугдиради.

Бизнинг фикримизча кекса ёшдаги беморларнинг узок йил чурра билан, яъни «эски» Чуррани кутариб юрганларни алохида гуруҳ қилиб урганмок мақсадга мувофиқ бўлади.

Қупчилик беморларда йулдош касалликлардан: умумий атеросклероз ва коронар кардиосклероз, юракнинг ишемик касаллиги, ҳафаконлик, қандли диабет, пневмосклероз ва бошқа нафас йуллари касалликлари қузатилган.

Бундай гуруҳ беморлар орасида операциядан кейинги улим юқоридир.

Қасалликнинг натижаси яна чурра қопчасида қайси аъзонинг қисилишига ҳам боғлиқ. Инғичка ичак 52 %, қатта қарви 35,2 %, йугон ичак 7 %, қачадон усимтаси 2 %, қувалчангсимон усимта 1,5 % ва йугон ичакнинг ёғли тасмаси 1 % ҳолатларда учраган.

Қисилган инғичка ичак сиртмогининг некрози 7 нафар беморда қузатилган ва шулардан туртқасида ичак сиртмоклари гангрена қи бўлиб, перитонит ривожланган ва ичак резекция қилинган. Шулардан учқаси операциядан кейинги перитонитнинг ривожланиши ва ичак тутқич томирлари тромбози натижасида вафот этган. Улган беморнинг учқаласи ҳам 65 ёшдан юқори қи қи қилар бўлган.

Яна бир энг муқим муаммо – бу қисилган ичак сиртмоқларидаги ҳаётқилиқни аниқлақдир. Беморларни наватқилиқ пайтида, зудқилиқ билан утқазилган операцияларда, айниқса қечаси бўлганда уларни аниқлаш қийин бўлади. Ичак сиртмоқларини қисилган ҳалқадан қикариб иссиқ изотоник эритмалар билан ҳулланган салфетққалар билан ураш, уларни шундай иссиқ эритмалар билан ювишдан кейин қизариб, томирлар пульсацияси аниқланса ва ичаклар ҳаракати тикланса унинг ҳаётқилиғи сақланганлиғидан қалолат қеради.

Бордию шу ҳолатлар пайдо бўлмай, улар ҳаётқилиғига аниқ ишонқ ҳосил қилинмаганда ичаклар сиртмоғи резекция қилиниб, унча физиолоғик ҳолат бўлмаса ҳам «ёнбош-ёнбош» анастамоз қуйиш бўурилади.

Операция учун огриксизлантириш усулини танлашда ҳар бир беморга индивидуал ёндошиш зарур. Мушаклар релаксацияси билан эндотрохеал наркоз операцияни мувафқиятли яқунлаш учун яхши шароит яратади. Ваҳоланки, 82 % ҳолатларда маҳаллий огриксизлантириш усули қулланилиб, 18 % ҳолатдагина наркоз ишлатилган.

Операциядан кейин огир беморларга, айниқса кекса ёшдаги қи қиларга 7500 ЕД дан, бир қунда уч маҳал гепарин, қоннинг реолоғик ҳусусиятини яхшилайдиган суюққилар, албатта юрак-қон томирлари ва нафас олиш тизими фаолиятини стимуллайдиган муолажалар утқазилади. Перитонит белқилари пайдо бўлганда инғичка ичакка узун назогастрал Меллори-Эбот зонди билан интубация қилинади.

Чов чуррасининг кисилиши

Чов чурраларининг кисилиб қолиш ҳолатлари амалиётда кууп учрайди. Адабиётларда келтирилган маълумотларга қура уммий кисилган вентрал чурраларнинг 50-58 % ини ташкил қилади.

Бизнинг қузатув натижаларимизга асосан чов чуррасининг кисилиш ҳолати 48,2 % ни ташкил қилди. Кисилган чурралардан кейин ҳар хил асоратлар ва улим охириги ун йил ичида деярла узғаришсиз қолмоқда. Бунинг асосий сабаби кекса ва қари ёшдаги беморлар сонининг қупайиши, беморларнинг даволаш муассасаларига қеч мурожаат қилишлари ва натижада шифохонага қечикиб қелишларидир.

Шуни таъқидлаш қеракки, бир қатор ҳолатларда, яъни даволаш тактикасидаги ва диагностика хатоликлар, операциядан бош қортиш, ичаклар ҳаётйилигини аниқлашдаги ва резекция ҳажмини аниқлашдаги ҳамда операциядан кейинги давр мобайнида йул қуйиладиган хатоликлар ута муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Кисилган чурраларнинг клиник белгилари яхши урганилган. Яхши йигилган анамнез ва беморни яхшилаб текшириш тугри ташхис қуйишда қийинчилик тугдирмайди. Чов чуррасининг кисилиб қолишидаги асосий белгилар – чов соҳасида тусатдан бошланган огрик ва чурранинг туғирланмай қолишидир.

Огрик ҳар хил бўлиши мумкин. Айрим вақтларда огрик қучли бўлиб, шок ҳолати ривожланиши ҳам мумкин. Энг эрта юзага чиқадиган симптомларидан бири қушишдир. Бордию ичак сиртмоғи кисилиб қолиб, уткир ичак тутилиши ривожланганда қушиш қуп марта тақрорланади ва қусик массаси қуланса қидли бўлади.

Кисилиш чов қаналининг ташқи тешигида бўлса, жарроҳ чов соҳасида жуда қаранглашган ва огрикли чурра бұртмасини пайқаслайди. Агар чурра қучсиз кисилганда чурра қопчасида сув ёқи қарви бўлса перкуссияда тумтоқ, агар ичак сиртмоғи бўлса тимпаник товуш эшитилади.

Кисилиш чов қаналининг ички тешигида бўлса, қупинча ичак девори бир қисмининг кисилиши (Рихтер кисилиш) юз беради. Бундай ҳолатларда Бярышников симптоми пайдо бўлади, яъни кисилган томондаги оёқ тепага қутарилганда огрик қучаяди. Бунинг асосий сабаби пай ва мушакларнинг қисқариши билан боғлиқ. Ичак сиртмоғининг чурра дарвозасида кисилиб қолиши странгуляцион ичак тутилиши клиникасини беради. Шунинг учун беморларда чурра бұртмасидаги огрик билан биргалиқда қоринда ҳам қаттиқ огрик ва қориннинг ассиметрияси қузатилади. Уларни текширганда Слярова, Вал белгиларини аниқланиши мумкин. Интоксикация белгилари ривожланади ва ичак тутилиши клиникаси пайдо бўлиб, перитонит ривожланишига сабаб бўлади.

Шифохонага қа бўлган даврда жуда қуп хатоликлар учрайди. Чунки беморлар асосан терапевтлар, тез ёрдам врачлари томонидан текширилади. Ичак деворининг бир қисми кисилганда (Рихтер кисилиш), чурра бұртмаси бўлмаганда ёқи бұртмалар қичик бўлиб, уни пайқаслаб аниқлаш қийин

булганда диагностик хатоликлар купаяди. Ана шундай ҳолатларда рентгенологик текширишлар муҳим аҳамиятга эга.

Кисилган чурраларни тугирланмайдиган чов чурралари, чов лимфаденити, чов лимфа тугунларига усмалар метастаз бериши билан дифференциаллаш зарур. Аёлларда кисилган чов чуррасини сон чурраси билан дифференциаллаш анча мушкулдир.

Ёлгон кисилган чурраларни аниклашда йул қуйилган диагностик хатолар тактик хатоларга олиб келиши мумкин.

Кисилган чов чуррасини оператив даволашда асосий мақсад чов чурраси кисилишини ва унинг оқибатларини бартараф қилишдир. Чов каналани пластика қилиш кейинги уринда туради. Чурра қопчасидаги ифлос сув билан операция жароҳатининг ифлосланишини олдини олиш лозим.

Операция пайларидаги айрим жарроҳлар ичак сиртмоқларини резекция қилиш учун айрим муаллифлар қушимча урта қизик бўйлаб лапаротомия қилишни таклиф қиладилар. Бу жуда тугри фикр эмас. Гернилапаротомия келувчи ва кетувчи ичак сиртмоқларини ярадан бемалол чиқариб, уларни ревизия қилиш имконини беради.

Урта қизик бўйлаб қилинадиган қушимча лапаротомия учун алоҳида курсатмалар мавжуд:

1. Корин бушлигида битишмали ҳолатлар бўлиб, чов соҳасидан қилинган кесма орқали ичак сиртмоқларини яра гачикариб бўлмаса.

2. Ёнбош ичакнинг терминал қисмини резекция қилиб, илеотранверзио-анастомоз қуйиш керак бўлганда.

3. Операциягача чурра қопчаси флегмонаси ташхиси қуйилса. Бунда аввал корин бушлиги операцияси этапини бажариб, кейин чуррани кесиш, йирингни ва некрозга учраган туқима ва ичак сиртмоғи бартараф этилади.

4. Перитонит ва ичак тутилиши клиникаси ривожланган беморлар шифохонага кеч мурожаат қилган ҳолатларида.

Бундай операциялардан кейин чов каналини пластика қилишнинг оддий ва енгил усулларини қўллаш керак.

Кисилган сон чурралари

Сон чурраларида қисилиб қолиш ҳолати куп учрайди. Адабиётлада келтирилишича 30-35 % ҳолатларда сон чурраси қисилиб қолади. Бунинг сабаби сон канали тор бўлиб, унинг деворлари каттик ва қузилиш хусусиятининг қамлигидадир. Сон чуррасининг қисилиши учраши жихатидан бутун кисилган корин чурраларининг ичида иккинчи урини эгаллайди. Кисилган сон чурралари қопчилик ҳолатларда оғир утиб, ҳархил асоратларга олиб келиши мумкин, чунки уларни уз вақтида аниклаш қийиндир. Сон чуррасининг қисилиши асосан кекса ва қари аёлларида учрайди. Сон чурралари қисилишида чурра думпаги кичик бўлиб, уни аниклаш ҳам қийин.

Ичак деворининг бир қисми кисилганда ичак тутилиши белгилари ривожланмаган ҳолатларда уни аниклаш алоҳида қийинчилик тугдиради.

Жуда кечикиб кетган ҳолатларда чов канали ости соҳасида кизариш, шиш ва огрик пайдо булади. Уткир лимфаденит ва аденофлегмона билан дифференциаллашга тугрик елади ва бу анча кийинчиликка олиб келади.

Кисилган сон чуррасининг муҳим белгиларидан «таранглашган тор симптоми», яъни комат тугирланганда чура копчасида кисилган чарви ёки ингичка ичак туткичи булса шу соҳада огрик пайдо булишидир.

Сон чуррасида ичаклар кисилиб колганда унинг клиник кечишини уч даврга булиш мумкин:

I–давр:- ичак деворида некроз пайдо булгунча булган даври. Бу даврда асосан ичак тутилиши белгилари намоён булади.

II–давр:- бу даврда ичак сиртмокларида некроз пайдо булиб, ичак тутилиши клиникаси яккол юзага чиқади. аммо перитонит ва огир интоксикация белгилари йук. Бу давр кисилгандан бошлаб 2-8 соат давом этади.

III–давр:- огир-кечиккан давр булиб, перитонит ва огир интоксикация ривожланади. Кисилишдан 8-10 соат мобайнида юзага чиқади.

Бундай беморларни операция килишда ҳам чов, ҳам сон усулларида фойдаланилади. Сон усули кекса ва кари кишиларда, хар хил бошка соматик касалликлари булган кишиларда, кулланилади. Ёш ва бакувват кишиларда эса чов усули билан операция килиш маъкул.

Чурра флегмонаси булганда кесмани чов томондан кулиш мақсадга мувофиқдир.

Кисилиб колган халкани унинг сон усулида ички томонидан – лакунар боғлам оркали кесма утказилади. Ундан олдин бармок билан аномал томир бор ёки йуклигини пайпаслаб куриб, булса агар уни кискичга олиб сунгра кесиш зарур. Бордию аномал томир кесиб куйилса томирни бармок ёки тупфер билан босиб, ортикча тахликага тушмасдан кискичга олиш ва уни тикиш зарур.

Чов усули билан операция килганда аномал жойлашган томирни топиш енгилрок. Чуррани кисиб колувчи халкасини юкориги ташки йуналишда кесганда томирларнинг устидан, чов боғламини кесмасдан амалга ошириш мумкин.

Кисилган киндик чурралари

Киндик чурралари купинча катта ёшдаги кишиларда кисилишга мойил булиб, 15-30 % ни ташкил килади. Киндикчуррасининг кисилиб колиши узок вақт чурра билан юрган кекса одамларда купрок учрайди. Кисилиб колиш ҳолатлари хар хил катталикидаги чурраларда учрайди. Хажми каттарок чурраларда купрок ахлатли кисилиш, майдарок чурраларда эса купрок эластик кисилиш кузатилади.

Кисилган киндик чуррасининг энг ерта юзага чиқадиган симптомларидан бири огрикдир. Огрик хар хил характерда булади. Чурра копчасида ичак туткичлари кисилган булса уткир ичак тутилиши белгилари ҳам намоён булади.

Кисилган киндик чурраларида кориннинг олд девори Сапежко ва Мейо усулларида пластика килинади.

Чурра копчасининг флегмонасида Греков усулида операция килиш энг оптимал усулдир. Терида чурра дупбоги устидан ёйсимон иккита бир-бирига учрашувчи кесма утказилади. Тукималар апоневрозгача очилади. Кисилган халкадан 4-5 см узокилда кесма килиниб апоневроз ва корин парда кесилади ва корин бушлигига кирилади. Агар ичак сиртмоклари кисилган булса улар кесилиб, «учма-уч» анастомоз куйилади. Чарви кесилиб колганда, унинг уша кисилган кисми резекция килинади.

Кисилган эпигастрал (ок чизик) чурралар

Эпигастрал чурралар куп учраб, 30-31 % холатларда кисилган холатда булади. Энг характерли белглари спонтан равишда бошланган огрик ва айрим холатларда ичак тутилиши белгиларининг ривожланишидир. Кисилган эпигастрал чурра катта булса Сапежко ёки Мейо усулида операция килинади.

Ок чизик чурраси бир вақтнинг узида унинг диастаси билан (II-III даражаси) булса ҳам чуррани ҳам диастасни бартараф килиш зарур. Бундай операциялар Напалков ҳамда Мартынов усули буйича пластика килиш мақсадга мувофиқдир.

Операциядан кейинги чурраларнинг кисилиши

Операциядан кейинги кисилган чурралар 2,2-10 % ни ташкил килади ва бундай чурраларда улим суръати жуда юкори.

Операциядан кейинги кисилган чурраларнинг клиникаси чурранинг улчамига, шаклига ва ичак тутилиши даражасига боглик. Уртача ва кичик чурраларда огрик чурра думбогида жуда кучли булади, кунгил айниши ва кусиш ҳам кузатилади. Чурранинг тугриланмаслиги, тухтовсиз огрикнинг булиши чурранинг доимий симптомларидандир. Беморлар шифохонага кеч мурожаат килганда ёки кеч ташхис куйилганда шок ва интоксикациянинг кучайиши натижасида уткир ичак тутилишининг эластик шакли ривожланади. Бундай холатларда беморларни факатгина уз вақтида операция килиш билангина куткариб қолиш мумкин.

Катта ва гигант операциядан кейинги кисилган чурраларда ичак тутилиши ахлатли булади. Кекса кишилар ва қарияларда учрайди, клиник белгилари жуда тез ривожланмайди.

Майда вауртача катталиктаги операциядан кейинги кисилган чурраларда хирургик тактика худди чов ва сон чурраларининг кисилишида кулланиладиган тактика сингари булади. Беморларни бир-икки соат тайёргарликдан сунг зудлик билан операция килиш лозим. Умумий огриксизлантириш остида аутопластик усулни куллаш мақсадга мувофиқдир.

Катта ва гигант операциядан кейинги кисилган чурраларда хирургик тактика анча фарк килади. Бундай беморларни тайёргарликсиз операция килиш хавфли ҳисобланади. Чунки бир рдан катта массани корин бушлигига юбориш, корин булиги деффеқтинияхшилаб тикиш корин бушлигида ички

босимнинг бирдан ошишига, бу уз навбатида ичаклар харакатининг бузилишига, диафрагманинг кутарилишига, курак кафаси аъзоларининг бир томонга силжишига окибатда юрак-нафас етишмовчилигига олиб келади.

Бундай операциялардан кейин куйидагича хафли патологик холатлар юзага чикиши мумкин.

Корин бушлиги ички босимнинг ошиши → ичаклар парези → упка хаётий сигимининг камайиши → упка вентиляциясининг бузилиши → гипоксия → юрак фаолиятининг бузилиши → ичакларда микроциркуляциянинг бузилиши → ичаклар парезининг кучайиши → корин бушлиги ички босимининг янада ошиши. Натижада организмда чукур патологик узгаришлар ривожланишига, ва окибатда улимга сабаб булади.

Бундай беморларни операциядан олдинги тайёргарлик утказишда беморнинг умумий ахволига таъсир килувчи энг мухим патологик омилларни аниклаш зарур. Буни аниклашдаги клиник курсаткичлар куйидагилар: 1) беморнинг хуши; 2) тери ва шиллик пардаларининг куриниши; 3) кон босими; 4) пульси; 5) ЦВД (МВД); 6) Штанга ва Генче синамаси; 7) нафас олиши суръати; 8) диурез; 9) тана харорати; 10) ЭКГ курсаткичи.

Лаборатор тахлилларидан: 1) эритроцитлар сони; 2) Нв микдори; 3) гематокрит курсаткичи; 4) конинг буфер курсаткичи; 5) кондаги канд микдори.

Бундай чурраларда операциядан олдинги тайёргарлик бир-икки соат давом этиб, перитонит ва ичак тутилиши белгилари булмаса консерватив даволаш зарур. Купчилик муаллифлар фикрича катта операциялардан кейинги кисилган чурраларни карияларда кишиб колувчи халкани кесиш билан чегараланиш керак.

Демак чурра копчасидаги ичакларни батамом ичкарига юбориш мумкин эмас ва кориннинг олд деворини аутопластика килиш хам шарт эмас. Вахоланки айрим холатларда, яъни корин бушлигида битишмали холатларда, ичак сиртмоклари факат тери билан ёпилган булиб уларни корин бушлигига юбормасдан тери остида колдирилганда яра яллигланиб, эвентрация булиши хам мумкин.

Операциядан кейинги катта кисилган чурраларда аллопластик материалларни хам ишлатиш мумкин.

Кисилган диафрагма чурралари

Диафрагманинг кизилунгач тешиги сирпанувчи ва диафрагманинг релаксациясидан ташкари хамма чурралари кисилиш хусусиятига эга. Адабиётлардаги маълумотларда тугма ва диафрагманинг травматик чурраларининг кисилиб колиши 20-21 % ни ташкил килади. Асосан сохта чурралар кисилиб колади. Амалиётда диафрагманинг кисилган чурралари кам учрайди.

Клиникаси. Чурранинг уткир кисилиб колиши жуда характерли белгилар билан бошланади. Бунда диагностик хатолик куп учрайди, сабаби

диагноз куйиш кийинлигида эмас, балки бундай чурраларнинг амалиётда кам учрашидир.

Диафрагма чурраларининг кисилиб қолиши тусатдан бошланиши мумкин, кукрак ва кориннинг чап ярмида тусатдан каттик огрикнинг бошланиши, унинг жуда кучли булиши, хатто беморлар огригга чидай олмаслиги ва шок ҳолатига тушиб қолиши мумкин. Ичак тутилиши ривожланиши билан огрик коринда кучайиб, тулгоксимон характерга эга бўлади. Тез орада қусиш қушилади, қусиш кисилишнинг сатҳига боглик бўлади. Агар ошқозон қисилса қон аралаш қусиш бўлади. Хансираш, цианоз, тахикардия, тили қуриб, аста-секинлик билан интоксикация ривожланади.

Диафрагма чурраларининг кисилишини, миокард инфаркти, уткир геморрагик панкреонекроз, ичак туткичи томирларининг тромбози, странгуляцион ичак тутилиши билан дифференциаллаш зарур. Айрим ҳолатларда ошқозоннинг уткир буралишини (параэзофагал чурраларда ва диафрагма релаксациясида қузатилади) дифференциаллаш жуда мушкулдир.

Диагностикаси. 1) ЭКГ; 2) кукрак кафаси ва кориннинг умумий рентгенографияси; 3) ошқозоннинг контрастли рентгенографияси 4) иригография; 5) лапароскопия.

Даволаш. Диафрагманинг қисилган чурраларида зудлик билан операция қилиш зарур. Катталарда трансторакал, болаларда эса абдоминал усулда операция қилиш маъқулдир Катталарда ҳам айрим ҳолатларда лапаротомия қилиш ҳам мумкин.

ЧУРРАЛАРНИНГ КАМ УЧРАЙДИГАН ШАКЛЛАРИ

Спигел чизиги (ярымойсимон чизик) чурраси – киндикни ёнбош суягининг олдинги юзаси билан бирлаштирадиган чизикда бўлиб, корин тугри мушагининг ташки қиррасидадир. Чурра халқаси қийшиқ ва ёриксимон шаклда булиши мумкин.

Жойлашишига қура уч хил бўлади:

1. Тери ости.
2. Интерстициал, яъни кориннинг ички қийшиқ мушаги ва апоневроз орасида.
3. Корин парда олдида.

Беморлар асосан огрикка шикоят қиладилар. Огрик жисмоний меҳнат билан боглик. Пальпацияда апоневрозда дефект борлиги аникланади.

Даволаш асосан хирургик йул билан амалга оширилади. Параректал ва кундаланг кесмалар қилиш мумкин. Чурра халқаси чултоғига ишлов бериб, тикилиши билан яқунланади.

Бел чурраси. Петит учбурчагидан, Грюнфельд-Ласгафт оралигидан ҳамда апоневроздаги ёриқлардан чиқиши мумкин. Петит учбурчагининг асоси ёнбош суяк томонида, ёнбош томондан – белнинг кенг мушаги ва корин ташки қийшиқ мушагининг орқа қирраси билан чегараланади.

Ласгафт оралиги умуртка погонасига якин жойлашиб, кориннинг ички кийшик мушаги, умуртканинг кундаланг пастки тишсимон мушаги ва ХП-ковурга билан чегараланган.

Чурра тугма, травматик ва патологик булиши мумкин.

Бел чурралари оператив усулда даволанади. Чурра копчасига ишлов берилиб, мушак кирраларини тикиш билан пластика килинади.

Ёпкич тешиги чурраси. Ёпкич каналини ков сугининг пастки юзаси буйлаб утадиган ёпкич нерви, пастки томонидан ички ва ташки ёпкич пардаси ва ёг тукималари ташкил килади. Бу чурралар асосан аёлларда учрайди, икки томонлама булиши ҳам мумкин. Чурра копчаси ичида ингичка ичак, чарви, чувалчангсимон усимта, сикдик пуфаги, аёлларнинг ички жинсий аъзолари булиши мумкин.

Беморларнинг купчилиги кориннинг пастки сохасидаги огрикка, огрикнинг пастга, оёкларга берилишига ва ҳаракат пайтида кучайишига шикоят киладилар. Баъзан невралгия белгилари юзага чиқади. Беморни ёнбош ва турган ҳолда синчиклаб куриш, ректал ва вагинал текшириш лозим. Чурранинг кисилиб қолиши купинча операция вақтида аникланади. Ташки ва ички кисилишларда ингичка ичак резекциясининг тактикаси ва ҳажми бир-биридан анча фарқ килади. Ташки чурраларда ичак сиртмоклари кисилганда унинг ташки куринишига, анмнезига асосланиб диагноз қуйиш мумкин. Ички чурраларда кисилиб қолиш ҳолати булганда касаллик клиник белгилари аниқ булмаса диагноз қуйиш кечикади. Айниқса ахлатли кисилиш булиб, клиник белгилар суст ривожланганда, беморларнинг узлари ҳар хил даволаш усуллари қуллаб, касалхонага кеч мурожаат қилишади.

Коринпарда орти парадүоденал чурралар (Трейц чурраси). Ички чурралардан жуда кам учрайдиган тури булиб, 1857 йилда W.Treitz томонидан ёзилган.

Трейц чурраси бошқа аномал ривожланиш нуксонлари билан бирга учрайди. 25 ёшгача булган кишиларда куп учрайди. Ингичка ичакнинг ҳар хил булимлари кисилиб қолиб, «утқир корин» клиникасини беради. Бундай беморлар биринчи бор хирургик стационарга мурожаат қилишлари мумкин ва «утқир корин» ташҳиси билан операция қилинади. Чурра копчаси кесириб, ичак сиртмоклари ажратилади ва чурра копчаси тикилади.

Мезентерико-париетал чурра. 1874 йилда Н.W.Waldeyer томонидан ёзилган. Бунда чурра ҳалтаси булиб ингичка ичак тутқичи асосида жойлашган париетал корин парданинг чунтаги ҳисобланади.

Бундай ҳолатларда операцияга курсатма булиб ёпкич асаби йуналиши буйлаб кучли огрикнинг такалиши ва чурранинг кисилиш белгилари ҳисобланади. Купчилик ҳолатларда лапаротомия ва сон кесмалари қилинади. Операции жуда юкори маҳоратни талаб килади, стандарт пластик усуллари йук.

Утиргич чурраси. Чурра копчаси катта думба мушагининг остида булади. Бу чурра утиргич асаби буйлаб соннинг урта учлигига ва хатто тизза ости чукурчасига тушиши мумкин.

Чурра копчаси ичида ингичка ичак сиртмоги ва чарви булиши мумкин. Купчилик ҳолатларда аёлларда учрайди.

Чурранинг жойлашишига кура: 1) ноксимон мушак устида; 2) ноксимон мушак остида ва кичик утиргич тешиги оркали чиқиши мумкин. Чурра куп йиллар ҳеч қандай белгиларсиз ривожланиши мумкин. Баъзан беморлар утиргич соҳасида ҳар хил огриклар, юрганда огрикнинг кучайиши, утиргич асаби буйлаб огрик борлигига шикоят қиладилар.

Чурра қисилиб қолгандагина лапаротомия қилинади. Чурра копчаси мушак пластикаси билан бартараф қилинади.

Оралик соҳаси (чанок туби) чурралари. Чурра орка чиқачув тешигини қутарувчи ва думгаза мушаклари орасидан чиқади. Чурра чанок мушаклари тубидан утиб, чанок фасциясини қутариб, ишиоректал бушликка тушади ва оралик терисини, тугри ичакнинг олдинги деворини аёлларда кин деворини ҳамда катта уятли лабларнинг пастки қисмини қутаради. Оралик чурраси тугри ичакнинг тушиши билан бирга қузатилади.

Чурра копчасида сийдик пуфаги, унинг дивертикуллари, аёллар жинсий аъзолари, орка оралик чурраларида ингичка ичак сиртмоги ва чарви булиши мумкин.

Унча катта бўлмаган чурралар белгисиз утади. Купчилик ҳолатларда сийдик пуфагининг касалликларига ҳос белгилар ривожланади. Оралик соҳасида шиш пайдо булади ва қучанганда қатталашади. Беморни ҳар томонлама, чуқур текшириш лозим. Ректал ва вагинал текшириш куп маълумотларни бериши мумкин.

Бундай беморларни лапаротомия ёки оралик оркали қўшма кесма қилиш усули билан операция қилинади.

Биз клиникамизда ҳамма беморларга операцияга тайергарлик ва операциядан кейинги даврларда ЛЕК фирмасининг антибиотикларидан кенг фойдаланамиз. Айниқса қисилган чурраларда ҳар хил асоратлар билан, кориннинг олд девори гигант чурраларида пенициллин қаторидаги янги антибиотиклар – амоксициллин ва цефалоспориинларнинг янги авлодларини ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Бизнинг тажрибаларимиз шуни қўрсатдики, йуқоридаги ЛЕК компаниясининг антибиотикларини қўшма ҳолда ишлатилганда операциядан кейинги асоратлар (яраинг йиринглаши, операциядан кейинги зотилжам, ичаклараро абсцесслар қузатилмади).

Клиникамизга Вилоят туманлари марказий шифохоналарида ва бошқа даволаш масканларида операция қилинган беморлар йирингли – септик асоратлар билан қелтирилганда бактериологик таҳлиллар натижасига қараб ЛЕК фирмасининг пенициллин қаторидаги янги антибиотиклари, цефалоспориинларнинг охириги авлодлари фторхинолонларнинг қўшма ҳолда ишлатилиши яхши натижа бермоқда.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Бемор 17 ёшда, уғил бола. Унғ чов соҳасида шиш борлиғига, охирғи пайтларда шишнинг катталашаётганлиғига ва огрик борлиғига шикоят қилади.

Беморни курганда унғ чов канали соҳасида хамирсимон хосила пайпасланади. Чов каналининг ташки тешиғига курсаткич бармокнинг учи утади, йутал симптоми мусбат.

1. *Сизнинг таиҳисинғиз?*

2. *Даволаш усуллари?*

2. Бемор 74 ёшда, эркак. Чап томондан чов соҳасида шиш хосил булишиға, аввалари шишнинг осонғина ичкариға кетишини, охирғи икки ой ичида шиш ичкариға кетмай колганлиғини эътироф қилади.

Курилганда шишнинг хажми 8×8 см булиб, шакли юмалок, пайпасланганда консистенцияси юмшок ва ичкариға тугриланмайди.

1. *Сизнинг таиҳисинғиз?*

2. *Даволаш усуллари?*

3. Бемор 76 ёшда, аёл киши. Унғ томонда чов соҳасида шиш пайдо булганлиғига, шу соҳада огрик, кизариш борлиғига шикоят қилади. Анамнезидан шиш 20-22 кун олдин пайдо булган, аста-секинлик билан шиш соҳасида огрик пайдо булган. Шишнинг пайдо булишида кучанишнинг ахамияти борлиғини эътироф қилади.

Шиш соҳаси пайпасланганда огрик сезади, териси калинлашган, консистенцияси каттик. Перкуссия қилганда товуш тумтоқлиғи аникланади, диафаноскопия белғиси манғий.

1. *Сизнинг таиҳисинғиз?*

2. *Даволаш усуллари?*

4. Бемор 64 ёшда, анча семиз, аёл киши. Чап томондан чов соҳасида шиш пайдо булганлиғига ва унинг огрикли эканлиғига шикоят қилади. Беморнинг айтишича шишнинг хосил булиш сабаби доимо қабзият борлиғи ва хожат узок вақт кучаниш билан булишидандир.

Бемор курилганда жуда семизлиғи сабабли чов соҳасида шиш курунмайди. Пайпасланганда чукурда шиш ушланади. Шиш соҳасида тери кизармаган, хосиланинғ консистенцияси юмшок. Бемор семиз булганлиғи учун шишнинг чов боғлаמידан юкорида ёки пастда жойлашганлиғини аниклаб булмайди. Огрик кучайган.

Беморға сон чуррасининг кисилиши, тахминий диагнози куйилди.

Сизнинг хирургик тактиканғиз?

5. Бемор 62 ёшда, эркак. Чап чов соҳасида шиш пайдо булганлиғига, унда огрик борлиғига, айникса кучанган пайтда огрикнинг кучайишиға шикоят қилади.

Бемор 5 йил олдин шу томондан чов чурраси билан операция килинган. Охирги 3-4 ой ичида шу сохада яна шиш пайдо булган.

Курилганда шиш сохасида операциядан кейинги чандик бор. Чандик купол, 5-6 см узунликда. Шиш юмалок шаклда, пайпасланганда огрик сезади, юмшок-эластик консистенцияли. Перкуссияда тумток товуш эшитилади.

1. *Сизнинг таъхисингиз?*

2. *Даволаш тактикаси?*

6. Бемор 52 ёшда, эркак. Кориннинг унг олдинги-ёнбош сохасида катта шиш борлигига, охирги вақтларда огрик кушилганлигига, шишнинг катталашаётганлигига ва жисмоний меҳнат қобилиятининг йуқолаётганлигига шикоят қилади. Беморнинг айтишича 10 йил илгари операция килинган, лекин қандай операция килинганлигини билмайди. Шишнинг ҳажми 30×30 см катталиқда, шакли юмалок, унинг чуққисида тери мацерация ҳолатида, трофик яра ҳосил бўлиш арафасида. Шиш пайпасланганда юмшок, эластик-таранглашган консистенцияга эга. Корин бўшлигига кетмайди. Шиш устида операциядан кейинги чандик бор. Чандик қовурга ёйига параллел.

1. *Сизнинг таъхисингиз?*

2. *Даволаш тактикаси?*

7. Бемор 43 ёшда, аёл киши. Кориннинг киндикдан пастки сохасида огрик борлигига, қорни катталашиб, осилиб қолаётганлигига ва юриш қийинлашганлигига шикоят қилади. Бемор жуда семиз.

Вертикал ҳолатда турганда қорни осилган, унинг пастки қисми иккала соннинг юқори қисми учлигига тушади. Горизонтал ҳолатда пайпасланганда киндикдан пастда кориннинг олд деворида деффект борлиги аниқланди. Деффект унг томондан ҳам аниқланди.

1. *Сизнинг таъхисингиз?*

2. *Даволаш тактикаси?*

8. Бемор 58 ёшда. Киндик сохасида шиш борлигига, қучли огрик безовта қилишига, шиш сохасидаги терининг қизаришига ва тана ҳароратининг қутарилишига шикоят қилади. Бундан 10 йил илгари киндик чурраси таъхиси қуйилган. Бемор операцияга рози бўлмаган.

Бемор текширилганда киндик сохасида 10×12 см катталиқдаги шиш мавжуд, териси қизарган, яллиғланиш белгилари бор. Қучли огрик туфайли чуррани пайпаслаб бўлмайди.

1. *Сизнинг таъхисингиз?*

2. *Даволаш тактикаси?*

9. Бемор 72 ёшда, эркак. Кориннинг олд деворида, киндикдан юқорида катта шиш борлигига, охирги 2-3 ой ичида огрик безовта қилишига

шикоят килади. Анамнезидан бемор 5 йил олдин уткир холецистит ташхиси билан операция килинган. Охирги икки йил ичида операция соҳасида шиш пайдо булганлигини эътироф килади. Шиш авваллари ичкарига кетган, ҳозир эса шиш йуқолмайди, аксинча катталаша бошлаган ва огрик кучайган.

Курилганда бемор уртача семизликда. Урта чизик буйлаб операциядан кейинги чандик мавжуд. Шу соҳада катта шиш булиб, катталиги 12×14 см ни ташкил килади. Вертикал ҳолатда ҳатто кийимининг тагидан ҳам буртиб чиккан. Пайпасланганда огрик бор, ичкарига кетмайди.

1. *Сизнинг таъхисингиз?*

2. *Даволаш тактикаси?*

10. Бемор 66 ёшда. Қўп йилдан бери қов соҳасида унғ томондан шиш борлигига шикоят килади.

Беморнинг умумий аҳволи уртача, йутал белиси мусбат.

Таъхис: Чап томонлама тугри қов қурраси. Сурункали зотилжам.

Даволаш тактикангиз. Операция қилсангиз – пластика усулини айтинг!

11. Бемор 37 ёшда, эркак. Қорнида каттик огрик борлигига, умумий ҳолсизликка, қунгил айнаишига ва бир марта қусганлигига шикоят килади. Таъминан 4 соат олдин огрик бошланиб, аста-секинлик билан қучайиб борган.

Беморни текширганда уртача семизликда, Қорни тери ости ёғ катлами ҳисобига катталашган. Пайпаслаганда эпигастрал соҳада огрик, аҳлат ва газ қикмаган, қорни дам. Перкуссия қилганда қоринда тимпаник товуш, қориннинг чап томонида эпигастрал соҳада томчи белгиси аниқланади. Қорин мушаклари уртача тарангликда, Щёткин-Блюмберг белгиси мусбат.

Бемор уткир ичак тутилиши таъхиси билан лапаротомия қилинди. Ички Трейц қуррасининг қисилиши топилди.

Бу қуррани изохлаб беринг ва операция усулини айтинг.

12. Бемор 67 ёшда, аёл қиши. Унғ қов соҳасида шиш борлигига, огрик безовта қилишига, шишнинг қизариб, огрикнинг қучайишига шикоят килади. Анамнезидан бемор охирги 3-4 йил қов соҳасининг унғ томонида шиш пайдо булганлигига, горизонтал ҳолатда шишнинг ичкарига тугирланишига, охирги 2-3 ой ичида эса шиш ичкарига тугирланмай қолганлигини таъқидлайди.

Шиш соҳаси пайпасланганда қучли огрик сезади, териси қизарган, қонсистенцияси каттик. Перкуссия қилганда товуш тумтоқлиги аниқланади.

1. *Сизнинг таъхисингиз?*

2. *Даволаш тактикаси?*

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

- 1. Операциядан кейин ҳосил бўладиган чурраларнинг асосий сабабларини курсатинг.**
 - a) Ярадаги инфекция*
 - b) Операциядан кейин корин деворининг бузилиши*
 - c) Вертикал кесма қилиш*
 - d) Юқоридаги ҳамма ҳолатларда*

- 2. Тугма диафрагма чуррасига хос бўлмаган бегини курсатинг.**
 - a) Нафас олишнинг қийинлашиши*
 - b) Цианоз*
 - c) Анемия*
 - d) рентгенография қилинганда қуқрак қафасида газ тула ичак сиртмоқларининг бўлиши*

- 3. Чурранинг қайси турида ички аъзолар чурра қопчасининг бир деворини ташкил қилади?**
 - a) Рихтер чуррасида*
 - b) Қийшиқ чов чуррасида*
 - c) Сон чуррасида*
 - d) Тугри жавоб йук*

- 4. Диафрагма чуррасининг қуп учрайдиган турини курсатинг.**
 - a) Хакикий чурраси*
 - b) Сохта чурраси*
 - c) Тугма чурраси*
 - d) Қизилунгач тешиги чурраси*

- 5. Диафрагма чуррасида қуп учрайдиган клиник белгини курсатинг.**
 - a) Туш суяги орқасида оғирлик ва оғрик*
 - b) Овқат истеъиол қилгандан кейин хансираш ва юрак уриши*
 - c) Овқат истеъиол қилгандан кейин йутал тутиши*
 - d) Овқат истеъиол қилгандан кейин дархол қуши.*

- 6. Диафрагманинг қизилунгач тешиги чуррасида неча фоиз беморларда рефлюкс-эзофагитнинг юзага чиқиши мумкин?**
 - a) 5-10 %*
 - b) 10-20 %*
 - c) 20-40 %*
 - d) 50-80 %*

7. Травмадан кейинги диафрагма чурраларида некрозга учраш асорати неча % ҳолатларда учрайди?
- a) 5-10 %
 - b) 10-20 %
 - c) 20-40 %
 - d) 50-80 %
8. Сирпанувчи чурраларнинг бошка чурралардан фарқини курсатинг.
- a) Чурра сувида
 - b) Чурра дарвозасида
 - c) Чурра копчасида
 - d) Чурра копининг деворини ички ковак аъзолар ташкил қилишида
9. Чурра этиопатогенезидаги асосий омилларни курсатинг.
- a) Келтириб чиқарадиган
 - b) Мойиллик тугдирадиган
 - c) Тугма
 - d) Аралаш
10. Сирпанувчи чурраларни алоҳида ажратишнинг аҳамияти нимада?
- a) Назарий аҳамияти учун
 - b) Чурранинг тугма омилларга боғлиқлиги
 - c) Ковак аъзоларни очиб қуймаслик учун
 - d) Чурра дарвозасини алоҳида пластика қилиш учун
11. Сирпанувчи чурраларнинг муҳим хусусиятларини айтинг.
- a) Тугма аномалия
 - b) Чурра травмадан кейин ривожланади
 - c) Чурра копчасининг бир деворини ички ковак аъзо ташкил қилади
 - d) Чурра қисилиб қолишига мойил
12. Чов чурраларини тугри, қийшиқ, рецидивли, тугма ва орттирилган шаклларга бўлишнинг ажратишнинг аҳамияти?
- a) Клиник кечишининг турличалиги
 - b) Операция қилиш усуллари танлаш учун
 - c) Хар хил ёшдаги кишиларда учрайди
 - d) Огриксизлантириш усули танлаш учун
13. 60 ёшдан ошган рецидивли тугри чов чуррасини операция қилиш усуллари курсатинг.
- a) Кимбаровский, Жирар
 - b) Бассини, Пастемский
 - c) Ру-Опель

- d) *Руджи*
14. Кийшик чов чурраси билан 30 ёшли беморларда операция килиш усуллари курсатинг.
- a) *Кимбаровский*
 - b) *Бассини*
 - c) *Кукуджанов*
 - d) *Ру-Опель*
15. 30 ёшли беморларда рецидивли кийшик чов чуррасини операция килиш усуллари курсатинг.
- a) *Кимбаровский*
 - b) *Бассини, Пастемский*
 - c) *Ру-Опель*
 - d) *Руджи*
16. 60 ёшдан ошган рецидивли тугри чов чуррасини операция килиш усуллари курсатинг.
- a) *Кимбаровский, Жирар*
 - b) *Бассини, Пастемский*
 - c) *Ру-Опель*
 - d) *Руджи*
17. Сон чуррасининг купрок чиқадиган жойларини курсатинг.
- a) *Мушак лакунаси*
 - b) *Жимбернат боғлами*
 - c) *Сон венаси ва лакунар боғлам оралиги*
 - d) *Сон артерияси ва венаси оралиги*
18. «Ажал тожи» тушунчасини тушунчасини изоҳлаб беринг.
- a) *Сон чуррасининг сон артерияси ва венаси оралигидан чиқиши*
 - b) *Пастки эпигастрал артериянинг аномалияси*
 - c) *Ёнқич артериясидан аномал шахобча чиқиши*
 - d) *Ичак тункич томирларининг анастомози*
19. Сон чурралари купрок аёлларда учрайди ва унча катта хажмда бўлмай, купрок қисилиб қолишга мойил деган фикр тугрими?
- a) *Нотугри*
 - b) *Тугри*
20. Сон чуррасини операция қилишнинг оптимал усулини айтинг.
- a) *Кохер*
 - b) *Бассини*
 - c) *Руджи-Парлавецчо*
 - d) *Локвуд*
21. Киндик чуррасида операция қилишнинг оптимал усулини курсатинг.

- a) *Мейо*
 - b) *Сапежско*
 - c) *Лексер*
 - d) *Бассини+*
- 22. 60 ёшдан ошган кийшик чов чуррасини операция килиш усуллари курсатинг.**
- a) *Кимбаровский*
 - b) *Бассини, Пастемский*
 - c) *Ру-Опель*
 - d) *Руджи*
- 23. 60 ёшдан ошган рецидивли кийшик чов чуррасини операция килиш усуллари курсатинг.**
- a) *Кимбаровский, Жирар*
 - b) *Бассини, Пастемский*
 - c) *Ру-Опель*
 - d) *Мартынов*
- 24. Кийшик чов чурраси билан 30 ёшли беморларда операция килиш усуллари курсатинг.**
- a) *Кимбаровский*
 - b) *Бассини*
 - c) *Кукуджанов*
 - d) *Руджи*
- 25. Кориннинг энг акм учрайдиган чуррасини айтинг.**
- a) *Ок чизик чурраси*
 - b) *Операциядан кейинги чурралар*
 - c) *Киличсимон усимта чурраси*
 - d) *Спигел чизиги чурраси*
- 26. Чурраларнинг энг хавфли асоратини курсатинг.**
- a) *Кисилиб қолиш*
 - b) *Яллигланиш*
 - c) *Тугирланмаслик*
 - d) *Эвентрация*
- 27. Энг куп учрайдиган кисилиб қолиш турини курсатинг.**
- a) *Антеград*
 - b) *Ретроград*
 - c) *Рихтер*
 - d) *Брокка*

28. Нима сабабдан кисилган чурраларни ичкарига тугирлаш мумкин эмас?
- a) *Оғрикли шок бўлиши мумкин*
 - b) *Кисилган аъзо ёрилиб кетади*
 - c) *Кон кетиши мумкин*
 - d) *Перитонитривожланиши мумкин*
29. Чов чуррасининг кам учрайдиган турини курсатинг.
- a) *Оралик чурра*
 - b) *Мушак ораси чурраси*
 - c) *Корин парда олди чурраси*
 - d) *Кушма чурралар*
30. Кисилган чурранинг энг эрта юзага чикадиган ва ишончли белгиси?
- a) *Чурранинг тугирланмаслиги*
 - b) *Чурранинг таранглашиши ва оғрик*
 - c) *Ўутал белгисининг пайдо бўлиши*
 - d) *Чурра думбогида терининг таранглашиши ва шиш пайдо бўлиши*
31. Кисилган ичак сиртмогининг хаётийлиги йукоганини курсатувчи оптимал белгини айтинг.
- a) *Кора ранг ва сероз парданинг губор ранги*
 - b) *Ичак сиртмогида перистальтиканинг йуклиги*
 - c) *Ичак туткичи томирларида пульсациянинг йуклиги*
 - d) *Чурра сувининг лойкаланиши*
32. Ичак сиртмогининг тулик кисилишида унинг келувчи кисми резекциясининг узунлигини айтинг.
- a) *Келувчи сегментнинг 45-50 см кисми*
 - b) *Келувчи сегментнинг 30-40 см кисми*
 - c) *Странгуляцион эгат сохасидан*
 - d) *Келувчи сегментнинг 10-20 см кисми*
33. Ичак сиртмогининг тулик кисилишида унинг кетувчи кисми резекциясининг узунлигини айтинг.
- a) *Кетувчи сегментнинг 45-50 см кисми*
 - b) *Кетувчи сегментнинг 30-40 см кисми*
 - c) *Странгуляцион эгат сохасидан*
 - d) *Кетувчи сегментнинг 15-20 см кисми*
34. Ичак сиртмогининг бир девори кисилиб колганда оптимал резекция қилиш усули?

- a) *Иккала сегментнинг кисилган жойидан 5 см дан*
 - b) *Иккала сегментнинг кисилган жойидан 10 см дан*
 - c) *Иккала сегментнинг кисилган жойидан 20 см дан*
 - d) *Иккала сегментнинг кисилган жойидан 30 см дан*
- 35. Чов чурраси операциясида унинг орка девори пластика килинганда уруг тизимининг жойлашишини айтинг.**
- a) *Мушакдан оркада*
 - b) *Мушакдан олдинда*
 - c) *Кандай ҳолатда жойлашишининг ахамияти йук*
 - d) *Мушак орасида*
- 36. Корин чурралари билан режали равишда операция килишда упканинг минимал ҳаётий сигими канча булиши керак?**
- a) *90 %*
 - b) *80 %*
 - c) *70 %*
 - d) *60 %*
- 37. Сон чурраси операциясида чурра дарвозасини пластика килишда кайси каватларни тикиш керак?**
- a) *Кориннинг ташки мушак апоневрозини чов боғламига*
 - b) *Кориннинг ташки кийшик мушагини*
 - c) *Чов боғламини ков боғламига*
 - d) *Тоғ мушагини чов боғламига*
- 38. Кисилган чурраларнинг хавфли асоратини айтинг.**
- a) *Шок*
 - b) *Ички кон кетиши*
 - c) *Перитонит*
 - d) *Кисилган аъзонинг некрозга учраши*
- 39. Кисилган чурра билан беморларни операция килишнинг оптимал муддатини курсатинг.**
- a) *3 соатгача*
 - b) *6 соатгача*
 - c) *12 соатгача*
 - d) *18 соатгача*
- 40. Кисилган чурранинг энг эрта белгиларини курсатинг.**
- a) *Тана хароратининг кутарилиши + чурра соҳасида терининг кизариши*
 - b) *Кунгил айнаши, қусиш + оғрик*
 - c) *Кунгил айнаши, қусиш + чурранинг тугирланмаслиги*

- d) *Чуррада оғрик + тугирланмаслиги + чурра буртмасининг таранглашиши*
41. **Нима учун кисилган чурралада чурра копчасини очишдан олдин кисувчи халкани кесиш мумкин эмас?**
- a) *Йиринг таркалиши мумкин*
 - b) *Пластика килишни енгиллаштириш максадида*
 - c) *Чурра копчасидаги аъзоларни шикастламаслик учун*
 - d) *Кисилган аъзоларнинг хаётийлигини аниклаш максадида*
42. **Аҳолии орасида чурра билан юрганлар уртача неча % ни ташкил килади?**
- a) *2 %*
 - b) *5 %*
 - c) *8 %*
 - d) *10 %*
43. **Чурра билан юрган аҳолии орасида кисилиб қолиш неча % ни ташкил килади?**
- a) *2-5 %*
 - b) *8-15 %*
 - c) *15-25 %*
 - d) *20-40 %*
44. **Энг куп кисиладиган чурра турини айтинг.**
- a) *Сон чурраси*
 - b) *Киндик чурраси*
 - c) *Операциядан кейинги чурралар*
 - d) *Диафрагма чурралари*
45. **Кисилган сирпанувчи чурранинг асосий хавфи нимадан иборат?**
- a) *Асоратларнинг тез ривожланиши*
 - b) *Кеч диагноз қуйилиши*
 - c) *Ятероген шикастланишлар*
 - d) *Чарвининг кисилиши*
46. **Чурраларда энг куп учрайдиган ичак кисилишлари турини айтинг.**
- a) *Рихтер ёки ичак деворининг кисилиши*
 - b) *Ингичка ичак иккала тиззасининг унинг туткичи билан биргаликда кисилиши*
 - c) *Йугон ичакнинг кисилиши*
 - d) *Литре чурраси*
47. **Кисилиб қолган чов ва сон чурраларида чурра копчаси флегмонаси ривожланса оптимал хирургик тактика ни айтинг.**
- a) *Чов ва сон усулида чуррани кесиш*
 - b) *Урта лапаротомия – кисилган ичак сиртмогини кесиш*

- c) *Герниолапаротомия*
 - d) *Пастки урта лапаротомия, кисилган ичакни кесиш, флегмонани очиш*
- 48. Рихтерчуррасида кузатиладиган энг мухим белгини курсатинг.**
- a) *Механик ичак тутилиши белгилари*
 - b) *Кучли огрик*
 - c) *Диспептик бузилишлар*
 - d) *Боднинг чикиб, хожатнинг булмаслиги*
- 49. Сирпанувчи чурраларда (кур ичак, сийдик пуфаги) кисилиб колиш белгилари?**
- a) *Механик ичак тутилиши*
 - b) *Механик ичак тутилиши белгисининг булмаслиги*
 - c) *Тенезм билан коринда огрик ва пешобга ёлгон чакирик*
 - d) *Дизурик холат, микрогематурия*
- 50. Рихтер кисилишида чегараланган ичак девори некрозида кулланиладиган хирургик тактика?**
- a) *Инвагинацион чок куйиш*
 - b) *Ичакни резекциякилиш*
 - c) *Операциядан кейинги яранинг яллигланиши*
 - d) *Стома чикариш*
- 51. Кисилган чурраларда операциядан кейинги даврда кузатиладиган махсус асоратлар?**
- a) *Бронх-упка асоратлари*
 - b) *Тромбоэмболик асоратлар*
 - c) *Резекция килинган ичак анастомозларидан чокнинг сукилиши*
 - d) *Ичак туткичи томирларида иккиламчи тромбоз эхтимоли*

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ

1 – d
2 – d
3 – d
4 – d
5 – b
6 – d
7 – c
8 – d
9 – a
10 – c
11 – c
12 – b
13 – b
14 – a
15 – a
16 – b
17 – c
18 – c
19 – b
20 – b
21 – a
22 – a
23 – b
24 – c
25 – c

26 – a
27 – a
28 – d
29 – a
30 – b
31 – c
32 – b
33 – d
34 – b
35 – b
36 – d
37 – c
38 – d
39 – b
40 – d
41 – d
42 – a
43 – b
44 – c
45 – c
46 – b
47 – d
48 – d
49 – c
50 – b
51 – b