

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Госпитал болалар хирургияси кафедраси

Кафедра мудири, профессор Н.Ш.ЭРГАШЕВ

МАВЗУ:

**БОЛАЛАРДА ТУГМА НУҚСОНЛАР ВА ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРДА
ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШДА
ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВЛАР**

Маърузачи: проф. Эргашев Н.Ш.



Тошкент-2009-2010

БОЛАЛАРДА ТУГМА НУҚСОНЛАР ВА ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРДА ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВЛАР

2 соат

МАЪРУЗА РЕЖАСИ:

- 1. Кириш.*
- 2. Хирургик касалликлар диагностикасида замонавий ёндошувлар.*
- 3. Тугма нуқсонларда антенатал диагностика ва интрафетал хирургия.*
- 4. Тугма нуқсонлар профилактикаси.*
- 5. Тугма нуқсонлар ва хирургик касалликларда оператив даволаш муддатлари.*
- 6. Оптимал даво тактикасини танлаш.*
- 7. Болалар жаррохлиги тажрибасида эндоскопик диагностика ва эндоскопик хирургия.*
- 8. Болалардаги йирингли яллигланиш касалликларини (ЙЯК) даволашдаги янгиликлар.*

Хирургия, қачонлардир оддий бир ҳунар бўлган бўлса, ҳозирги кунда уни фундаментал илмлар ютуқлари ва илмий-техника ютуқларисиз фараз қилиб бўлмайди. Ҳозирда хирургия юқори моҳирлик, маданият ва шу билан бирга илм, у орқали охириги ўн йилликларда табиатни бир неча сирларини очишга эришилди. Ҳозирги кунда хирургия - бу жарроҳ-операторнинг маҳорат қодирлиги бўлиб ҳар хил бошқа илмлар маълумоти билан бойитилган. Жарроҳлик тиббиёт илмининг энг кучли соҳаси ҳисобланади. Жарроҳликни бир бўлаги бу болалар жарроҳлигидир.

Болалар жарроҳлиги - алоҳида соҳа, уни ўзига хослиги диспропорционал ривожланувчи ва ўсувчи бола организмни морфофункционал хусусияти билан аниқланади.

Болалар жарроҳлиги ҳам илм, ҳунар ва маҳорат мажмуаси бўлиб унда мутахассис жарроҳ сифатида иш юритиб, педиатр сифатида фикрлайди, бунда уга ҳар хил анализ қилишдек масъулиятлар юкланади.

Болалар жарроҳлигининг ривожланишидаги асосий йўналишларида, болалардаги туғма нуқсонлар ва жарроҳлик касалликларнинг диагностикасини мукаммаллаштиришга, илмий-техника ютуқларини клиник тажрибага киритиш, антенатал диагностикани йўлга қўйиш ва ривожлантириш, туғма нуқсонларни профилактикасини белгилаш мумкин.

Ҳозирги вақтда болалар жарроҳлиги тажрибасига анъанавий текшириш усуллари билан бирга, замонавий юқори маълумот берувчи диагностика усуллари киритилмоқда. Уларни клиник тажрибага киритилиши, диагностика самарасини юқорилиги ва даволашни адекват усуллари танлашга олиб келди. Булар қаторига ультратовуш ва радиоизотоп диагностика усуллари, компьютер томография, болалардаги йирингли яллиғланиш касалликлари ва паразитар касалликларда иммунодиагностикасини киритиш мумкин. Ультратовуш диагностикадан самарали усул сифатида турли жарроҳлик касалликларида (сийдик тош касаллиги, ўт тош касаллиги, паренхиматоз аъзоларнинг кистоз ҳосилалари буйракларнинг туғма нуқсонлари) 70-98% гача диагностик аниқлик билан кўплаб скрининг текширувлар олиб бориш мумкинлиги туфайли

кенг кўламда фойдаланилмоқда.

Юқори ичак тутилиши антенатал диагностикаси. 12 бармоқли ичак атрезияси

Гастрошизис. Хомиланинг қорин бушлиғи аъзолари амниотик суяқликда жойлашган.

Хомиланинг қорин бушлиғи сонографияси. Ёнбош ичак атрезияси.

Хомила қорин бушлиғи кўндаланг кесимдаги эхограммаси. Ингичка ичак атрезияси.

Анус атрезиясида йўғон ичак дистал бўлимларининг кенгайиши.

Хомила эхограммаси. Пастки ичак тутилиши, перитонит белгилари билан.

Юмшоқ тўқималар ва суякларнинг йирингли яллиғланиш касалликларида, эхинококкоз касаллигида келтириб чиқарувчи этиологик омилларни диагностикада ва идентификациясида иммунологик текширувлар, бу касалликлар дифференциал диагностикасида янги мезонларни пайдо бўлиши ва ва ЙЯКларида этиотроп ва патогенетик асосланган даво самарадорлигини ошишига олиб келди.

Охирги ўн йилликларда тиббиётдаги энг катта ютуқ деб, туғма нуқсонларнинг бола туғилишигача бўлган даврдаги диагностикаси (антенатал) деб ҳисоблаш мумкин.

Ҳозирги даврда туғма нуқсонларнинг кўп қисмини бола туғилгунча аниқлаш мумкин.

Пренатал диагностика усуллари кўп, буларни бир неча хил турларга бўлиб чиқиш мумкин: аниқланган нуқсон типи бўйича (хромосомли, моногенли), хомиладорлик муддати бўйича (1-учойликда, 2-учойликда ва х.з), техник ёндашувга кўра (инвазив, ноинвазив) ва х.зо. Конкрет усулни танлаш қайси туғма нуқсонларни аниқлашига қараб олиб борилади (агарда бола туғма нуқсонлар туғилиши хавфи бор аёлларда).

Пренатал диагностикада усуллардан энг кўп қўлланиладигани бу хомилани ультратовуш текшируви бўлиб, бу усул кенг тарқалган. Ҳозирги даврда УТТ ёрдамида миани қарайиб ҳамма нуқсонларини (энцефалия, гидроцефалия, бош миё ва орқа миё чурралари, микроцефалия) оёқ қўлларни (оёқ қўлларни бўлмаслиги ёки уларни кўп учрайдиган систем касалликлари, дисплазиялар) буйрак ва юракнинг туғма нуқсонларини 20 тадан кўпроғини (агнезия, гипоплазия, педронефроз, поликистоз, дистония), ошқозон ичак тракти атрезияси, киндик тизимчаси ва диафрагмал чурралар, ички аъзоларни аномал жойлашуви, аъзолардаги кистоз ҳосилаларини ва бошқа кўплаб ҳолатларни юқори аниқликда баҳолаш мумкин.

Аниқланадиган туғма нуқсонлар сони амалий тажрибалар ва ультратовуш техникаси ривожланиши туфайли кўпайиб бормоқда.

Албатта, туғма нуқсонлари турли формалари, турли даврларда аниқланади. Масалан энцефалия 12 ҳафтадан бошлаб аниқланса, гидронефрозни аниқлаш кечроқ даврларда олиб борилади. Бир хил нуқсонлар (омфалоцеле, чурралар) бир маротаба текширувларда аниқланса, бошқа (микроцефалия) нуқсонлар фақат динамик текширувлар натижасида аниқланади.

Кўп ҳолларда УТТ нуқсонни туғри аниқлаб берса, бошқа ҳолларда беморларни текширувларни давом эттириш учун танлашга ёрдам беради. Масалан, бўйин бурмаларини қалинлашуви, кўплаб хромосом этиологияли бир қатор синдромларда учраши, цитологик текширувлар ўтказиш учун кўрсатма бўлиб, кўпроқ Даун касаллигида кузатилади.

Туғма нуқсонлар билан туғилиши хавфи кўпроқ бўлган оилаларда, ультратовуш текширувлар ўтказилиб, хомиладорликни у ёки бу муддатларида, баҳоланиши лозим. Шу билан бирга туғилишларгача бўлган даврда бошқа диагностика усуллари билан бирга қўшиб олиб борилади.

Ҳозирги даврда ҳамма хомиладор аёлларни ультратовуш текширувларидан ўтказиш кўзда тутилган. Бу муаммони ечилиши ультратовуш аппарати билан таъминланишига боғлиқ. Агар ҳамма хомиладор аёлларни икки маротаба УТТдан

ўтказишни иложи бўлса 11 ва 23-хафталигида, бир маротаба бўлса 23-хафталигида ўтказиш маъкулроқ.

Агар ҳомилада оғир туғма нуқсонлар бўлса хомиладорлик тўхтатилади. Агар коррекциялашни иложи бўлган нуқсонлар аниқланса, бундай хомиладорларни, бола туғилиши билан операция қилиш учун махсус стационарларда ўтказиш лозим.

Аntenатал диагностикани ривожланиши болалар жарроҳлиги тажрибасида янги йўналишни - интрафетал (бачадон ичи, хомила) жарроҳлигини пайдо бўлишига олиб келди. Бу эса тиббиёт илмини охириг йиллардаги юксак ютуқларидан бири ҳисобланади. Интрафетал жарроҳликнинг асосида қўйидагилар ётади:

Коррекциялашни иложи бор бўлган нуқсони бор хомиладор аёлга Кесерево операцияси ўтказилиб, хомилада керакли операция бажарилади. Ҳомила қайтадан бачадонга жойланиб жароҳат қаватма-қават тикилади. Ҳозирда илмий адабиётларда гидроцефалия, гидронефроз ва бошқа нуқсонларда яхши натижалар билан утказилган операциялар чоп этилган.

Хомила ривожланишида аниқланадиган нуқсонларни қўйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин:

- 1. Коррекция қилиб бўлмайдиган нуқсонлар.***
- 2. Туғилгандан кейин тузриланадиган нуқсонлар.***
- 3. Хомилани она қорнида ривожланиш вақтида тузриланадиган нуқсонлар.***

Туғилгандан кейин тузриланадиган нуқсонлар.

Омфалоцеле.

Гастрошизис

Гастрошизиснинг антенатал диагностикаси. Амниотик суюқликда кенгайган ичак қовузлоқлари аниқланади.

Хомила она қорнида ривожланиш вақтида тузриланадиган нуқсонлар.

Туғма диафрагма чурраси.

Чап томонлама туғма диафрагма чурраси.

Орқа мия чурраси (клиника фотоматериали)

Каудал дупликация (клиника фотоматериали)

Клоака (клиника фотоматериали)

Умумий амалиёт шифокори туғма нуқсонлар профилактикаси билан шуғулланиши лозим. Туғма нуқсонлар профилактикаси икки гуруҳ тадбирларни ўз ичига олади: маълум бир оилада туғма нуқсонларни олдини олиш (тиббий – генетик консультация) ва атроф муҳит софлигини сақлаш, тератоген факторларни камайтириш. Умумий профилактик тадбирларга шифокорларни аҳоли ўртасида генетик билимдонлигини ошириш ҳам киради. Айтиб ўтиш лозимки 5-10% нуқсонлар хавф гуруҳига киритилган оилаларда учрайди, 100 тадан 90-95 та ногирон болалар тиббий-генетик консультациялардан ўтмаган оилаларда учрайди. Шунинг учун бу нуқсонлар сонини фақат ҳамма ҳомиладорларни УТТдан ўтказиш ва бошқа текширувларидан ўтказиш йўли билан эришиш мумкин: УТТ, кон зардобдаги альфафетопроtein микдорини аниқлаш, бошқача айтганда, пренатал диагностикасига туғма нуқсонларни оммавий профилактикаси ўтказилган ҳоллардагина эришиш мумкин. Туғма нуқсонларни аниқлашдаги қўшимча белгиларга эътибор бериш ва уларни аниқлаш, амалий жиҳатдан асосий йўналиши бўлиб, сиз бўлажак педиатрлар диққатини тортиши керак.

Постнатал даврда туғма нуқсонлар диагностикасида УУТ ва КТ текширувлари катта аҳамиятли ҳисобланади.

Орқа мия чуррасида умуртка поғонаси КТ.

Орқа мия чуррасида МРТ текшируви.

Бош мия ва умуртка поғонаси МРТ ва КТ текширувлари. Бўйин соҳасида усмасимон хосила аникланади.

Диафрагмал чуррада КТ текшируви.

Сохта диафрагма чуррасида КТ

Чин диафрагма чуррасида КТ

Қорин бўшлиғи кисталарида КТ

Чап ўпканинг кистоз гипоплазияси

Умумий ўт йўли кистаси. КТ

КТ. Чап ўпканинг йиринглаган туғма кистаси

Жигар поликистози

Ўнг кўкрак қафаси ўсмаси

Болаларда ўткир аппендицитнинг ультратовуш диагностикаси.

Ўткир аппендицит.

Аппендикуляр инфильтрат

Аппендикуляр инфильтрат

ЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИНING УТТ ДИАГНОСТИКАСИ.

Ичак инвагинация. Операция вақтида (клиника фотоматериали)

Агарда болалар жарроҳлигини ривожланиши илк даврларида оператив даво фақат катта ёшдаги болаларда ўтказилган бўлса (асосан паллиатив ва мураккаб бўлмаган), ҳозирги даврда коррекцияловчи ва реконструктив операциялар, бола ёшидан қатъий назар, ҳатто туғилган вақтидан бошлаб ҳам ўтказилади. Оператив давони талаб қилувчи касалликлар ва туғма нуқсонлар бола туғилгандан кейинги биринчи кун ва ҳафталарда аниқланади. Даволаш тактикасини шифокор туғри танлаши керак, ҳолбуки бу нарса туғри танланишидан болани тақдири ҳал бўлади.

Ошқозон ичак тракти, аноректал аномалиялар, сийдик чиқариш тизими туғма нуқсонларида клиник тажрибаларда кўплаб самарадор операциялар ишлаб чиқилган, турли хил туғма нуқсонларда ўтказиладиган операциялар муддатлари кўриб чиқилган.

Турли муаллифларни туғма нуқсонлардаги оператив даво муддатларини белгилаши, бир биридан фарқ қилади. Буларни фарқи вақт ўтиши билан янги илмий маълумотларни пайдо бўлиши, оператив даволанган ва даволанмаган беморларни катамнезини ўрганиш ҳар хил даволаш усулларидаги тажрибаларни ошиши, янги мураккаб жарроҳлик усуллари ишлаб чиқилиши ҳисобига юзага келади. Асосланмаган консерватив даво ёки ўз вақтида

жаррохлик аралашуви ўтказилмаганлиги асоратларни келиб чиқишига, бу эса ўз ўрнида эрта ва кечки натижаларнинг ёмонлашувига олиб келади. Шунинг учун жаррохлик аралашуви муддатларини асослаш лозим. Айтиб ўтиш лозимки, нуқсонларни жаррохлик йули билан ёки консерватив даволаш муддатини аниқлашда умумий ёндошув нуқтаи назаридан келиб чиққан ҳолда, ҳар бир касаллик учун универсал бўлган ҳолда танлаш керак.

Шубҳа туғдирмаслиги аниқки, эрта ва ўз вақтида бартараф қилинган нуқсон, нафақат патологик ўзгарган аъзо ва система ривожлашидаги, балки бутун организмни меъёрий ривожланишни таъминлаб беради. Ва аксинча, кеч бошланган консерватив даво ёки операцияни кечиктирилиши, патологик жараёنни организм учун узига хос бир меъёрий булиб қолишига ва аъзони уз функциясини тиклашини қийинлаштириши ёки умуман мумкин бўлмай қолишига олиб келиши мумкин.

Туғма нуқсонларни эрта коррекциялашга ҳаракат қилиш, нафақат косметик, оператив хавф жиҳатидан балки жаррохнинг бола организмда меъёрий анатомик ҳолат ва уни гармоник ўсиши ва ривожланишини таъминлашга ҳаракат қилиш билан тушунтирилади.

Нуқсонни ўз-ўзидан ўтиб кетиши ёки уни чуқурлашувини баҳолаш уни даволаш усули ва муддатини танлашда катта аҳамиятга эга. Ўз-ўзидан даволанадиган ҳолларда масалан гидроцелле, киндик чурраси консерватив даво ҳисобига ечиш туғри ҳисобланади. Нуқсонни чуқурлашуви ва асоратланиши мумкин бўлган ҳолларда (ичак тутилиши, диафрагмал чурра, тухумни бурилиб қолиши ва ҳ.зо) нуқсонни тезда бартараф қилиш лозим.

Чақалоқларда радикал операциялар диапозонини кенгайтириш, болалар жаррохлигидаги замонавий йўналишларидан ҳисобланади. Бунга анестезиология ва реаниматологияни ютуқлари, жаррохлик техникасининг мукаммаллашуви, операциядан кейинги парваришда тажрибаларни ошиши сабаб бўлди. Лекин бу йўналишни икки ёки ундан куп этапларга бўлиб олиб бориш ҳозирги кун масаласида сақланиб қолади. Бунга кўрсатмалар:

1. Бир этапли операцияни бажаришга шароитни бўлмаслиги (жаррохлар,

анестезиологлар томонидан).

2. Чақалоқни операцияни кўтара олмайдиган ҳолларида (III, IV даражали чала туғилганда, йўлдош касалликларда, кўплаб нуқсонлар бўлганда),

3. Операцияни ўта қийинлиги;

4. Операция қилинган аъзо ривожланишини, бола организмни ривожланиши темпи билан пропорционаллигини таъминлашни иложи булмаганда. Кўп этапли операция ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Даволаш тактикасини танлашдан мақсад оператив хавфни пасайтириш, асоратлар сонини камайтириш, ўлим кўрсаткичларини камайтириш, даволаш натижаларини яхшилашдир.

Клиник тажрибага фиброскопик эндоскопларнинг кириб келиши кўплаб касалликларнинг давоси ва диагностикани ривожланишига олиб келди. Бу жиҳозлар нафақат диагностик муолажалар диапозонини кенгайтирибгина қолмасдан, балки жарроҳлик даво усулидан қолишмайдиган янги эндоскопик операция усулларини ишлаб чиқишига ҳам олиб келди (Расм 36).

Фиброскопик эндоскопларни 1971 йилдан бошлаб қўлланила бошланди. «Olympus» фирмаси томонидан ингачка бошқарилувчи фиброскоп, фибробронхоскоп ишлаб чиқарилганидан кейин бу усул кенг қўлланила бошланди. Ҳозирги вақтда ЭФДС, фибробронхоскопия, колоноскопия, цистоскопия усулида турли хил касалликларни диагностикаси билан бирга, янги даволаш усуллари ишлаб чиқилмоқда. Болаларда эндоскопик усуллардан кўпроқ қўлланиладигани ёт жисмларни олиб ташлаш, ошқозон ва йўғон ичакларни ўсмаларини (полип) олиб ташлаш, ошқозон-ичак трактидан қон кетишни тўхтатишдир. Эндоскопик гастростомия, холецистостомия, биопсия олиш, ошқозон-ичак тракти мембраналарни бартараф қилиш ва бошқа бир неча муолажалар бажарилади.

Госпитал инфекцияси, юмшоқ тўқималар ва суякларни йирингли яллиғланиш

касалликлари муаммо бўлиб қолмоқда. Ҳозирги даврда аниқланган йирингли яллиғланиш касалликларини келтириб чиқарувчи микроблар штамплари антибиотикларга сезгирлигани пасайиб кетиши кузатилмоқда. Охирги йилларда актив жарроҳлик аралашуви, актив дренажлаш, жароҳатга эрта чоклар қўйиш усуллари кенг қўлланилмоқда. Жароҳатни битишни стимуляция қилишдаги янги усуллар жароҳатга ишлов беришни самарадорлигини оширмоқда.

Жароҳатни даволаш қўйидаги факторларга боғлиқ бўлади: жароҳат битишини биологик қонунларини тушуниш, жароҳат жараёни фазасини баҳолаш ва унга мос ҳолда адекват даволаш усуллари танлаш.

Йирингли яллиғланиш касалликларини комплекс даволашни самарадорлигини ошириш мақсадида инфекция ва зарарланиш учоғига физик усуллари ёрдамида таъсир қилиш алоҳида ўрин эгалламоқда. Охирги йилларда клиник тажрибада узоқ бактериал диализ, вакуумлаш, лазерлар, электромагнит майдони, озонотерапия гипербарик оксигенация, қонни ультрафиолет нурлаш, ультратовуш кавитацияси қўлланилмоқда. Айтиб ўтиш лозимки, физик факторлар ёрдамида таъсир қилишига микроорганизмларни адаптацион хусусиятлари чегараланган, ундан ташқари физик усуллар жароҳатни битиш жараёнига ҳам ижобий таъсир қилади.

Чап думба соҳасидаги некротик флегмона

Аденофлегмона

Бош соҳасидаги некротик флегмона

Охирги йилларда болалар жарроҳлиги тажрибасида йирингли-яллиғланиш касалликларида антибиотикларни эндолимфатик йўл билан юбориш, лимфотроп терапия кенг тарқалиб бормоқда.

Болаларга жарроҳлик ёрдамини амбулатор шароитларда кўрсатиш кўламини кенгайтириш замонавий тиббиётнинг асосий йўналишларидан

бири. Яқин вақтларда кўплаб жарроҳлик аралашувлари амбулатор жарроҳлик марказларида олиб борилади. Бу ёндошув мамлакатимизни бозор иқтисодиётига ўтиш даврида соғлиқни сақлаш соҳасида олиб борилаётган реформани давоми ҳисобланиб, тиббиёт ёрдамни жадаллаштириш билан ўрин жой фондини қисқаришга олиб келади. Бу йўналишни ривожланиши давлат ва беморлар учун фойдали ҳисобланади.

Адабиётлар:

- 1. Доляцкий С.Я. Общие проблемы детской хирургии М. 1994.**
- 2. Баиров Г.А. Рошал Л.М. Гнойная хирургия детей. М. 1991.**
- 3. Баиров Г.А. Экстренная хирургия детей. Л. 1996.**
- 4. Лазюк А.И. тератология человека. М. 1986.**
- 5. Волков А.Е. Михельсон А.Ф. Пренатальная ультразвуковая диагностика. М. 1996.**
- 6. Ашкрафт, Холдер Т.М. Детская хирургия СПб 1998**
- 7. Немилова Т.К. Диагностика и хирургическое лечение МПР у новорожденных СМБ 1998.**