

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Педиатрия факультети

Факультет болалар хирургияси ва нурли диагностика кафедраси

РЕФЕРАТ

**Мавзу: Кўкрак қафасининг ва упканинг туғма ривожланиш
нуксонлари ва касалликлари. Нафас олиш аъзоларини текшириш
усуллари**

Бажарди: Зокиров Зухриддин

Нафас олиш аъзоларини текшириш усуллари

Бронхоспирография. Ўпка жарроҳлик жараёнларида ташқи нафас йўллари ва ҳар бир ўпканинг функционал ҳрлати ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиш керак. Бунинг учун бронхоспирографиядан фойдаланилади. У бир вақтнинг ўзида ўпка ҳажмини текшириб, вентиляция ва таз алмашинуви қандайлигини аниқлаб беради.

Бронхоспирография қилишдан аввал болани бу муолажага тайёрлаш, яъни унинг қандай кечишини тушунтириш керак. Бронхография қилинадиган кун болалар триоксазин олиши шарт. Текширишдан 30 дақиқа олдин атропин ва промедол юборилади.

Интубация ларингоскоп назорати остида қилинади. Бронхоспирограмма пульс тезлиги меъёрлашгандан кейин олинади. Бронхоспирограммани ёзиш вақти учун 5—7 минут етарли, бу вақт ичида нафас тезлиги, ҳажми, қолдиқ ҳажм, кислород билан тўйиниши, ўпканинг ҳаётий сиғими ва ўпканинг максимал вентиляцияси ёзиб олинади. Бир вақтнинг ўзида қоннинг кислород билан тўйиниши ва ундаги миқдори аниқланади. Тўлиқ маълумот олиш учун иккала ўпкага хос норматив олиш керак.

Рентгенологик текшириш усуллари. Рентгенологик текшириш усули жуда кенг тарқалган бўлиб, кўкрак қафаси касалликларига ташхис қўйишнинг асоси ҳисобланади. Бу усул икки гуруҳга бўлинади: контрастли ва контрастсиз текшириш.

Контрастсиз текшириш усулларига умумий ва нишонли рентгеноскопия, рентгенофафия, томофафия ва рентгенокимофафия киради. Контрастли усуллар бу бронхофафия, ангиокардио-пульмонография ва медиастинографиядир.

Рентгенографияни вертикал, горизонтал ҳолатда ва ён соҳддан ўтказиш мумкин.

Плевра бўшлиғида экссудатга гумон қилинганда ёки абсцесс бўлганда рентгенография латеропозиция ҳолатида ўтказилади. Кўкрак қафаси касалликларида умумий рентгенофафия тасвири-ни туширишда беморлар вертикал ҳолатда бўлади.

Томография — бу ўпкани бир неча қаватма-қават рентген су-ратга олиб ўпка паренхимасининг қайси ҳолатдалигини, ўсмасимон ҳосиланинг жойлашувини (ўпкада ёки кўкс оралиғида экан-лигини) аниқлаб беради.

Медиастинография — ташхис қўйиш усули ҳисобланади ва сунъий равишда кўкс оралиғига контраст модда юбориш газ ёрдамида амалга оширилади. Пневмомедиастином 2 хил ҳолатда кўрилади: бевосита ва билвосита, кўпроқ бевосита тўғридан-тўғри кўкс ора-лиғига ҳаво-кислород азот оксиди юборилади. Газни тўш усти со ҳасвдан юборилаётганда игна бўйинтуриқ кесмаси бўйлаб 0,5-1 см юқоридан, тўш суяги тутқичининг орқа юзаси бўйлаб тўш су-ягининг юқори 1/3 га юборилади. Розенштраух-Эндеро усули бўйича эса ҳавони 3-4-5-6 қовурғалар оралиғидан, тўш суяганинг ўнг, чап томонидан юбориш

мумкин. Медиастинофафияда игнанинг узунлиги 10 см 40-45° бурчак остида бўлиши керак. Ҳаво кўкс оралиғига стерил ҳолатда, бемор орқаси билан ётганида Жане шприци ёки пневмоторакс аппарати ёрдамида киритилади. 5 ёш-гача бўлган болаларга 300 см³, 5 ёшдан 10 ёшгача 400 см³, 11 ёшдан ошганларга 500 см³ юборилади,

Ҳаво юборилгандан сўнг дарҳол ва кейин камида 3-4 дақиқа-дан сўнг тасвир қилинади. Энг кўп учрайдиган асоратлардан бири пневмоторакс ҳисобланади. Пневмомедиастенография қилишга асосий кўрсатма, бу кўкс оралиғида ўсма борлигини аниқлашдир.

Бронхоскопия. Бронхоскопияни биринчи марта 1897 йил Фредел қўллаган ва у ўнг асосий бронхдан ёт моддани олиб ташлаган.

Бронхоскопия қилиш учун беморни аввал унга тайёрлаш керак.

Оғриқсизлантириш. Агар умумий оғриқсизлантиришга шароит бўлмаса, маҳаллий оғриқсизлантириш усулини қўллаш мумкин. Бунинг учун 1,5- 2,5 дикаин эритмаси тил остига бурун-танглай орқа деворига, юмшоқ ва қаттиқ танглайга юборилади. Кейин ҳиқилдоқ игнаси билан трахеяга 5-7 мл 1% новокаин эритмаси ва 1 мл 2 % дикаин қўшиб киритилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан аввал атропин ва промедолни ёшига оид дозада парентерал юбориш зарур.

Бронхоскопия усули. Бронхоскопия ўтказилаётганда бола Жек-сон ҳолатида орқаси билан ётқизилади. Бронхоскоп тубуси ларингоскоп ёрдамида овоз ёриғига киритилади. Ларингоскопни тиш вапастки лабга жароҳат етказмасдан эҳтиёткорлик билан киритиш керак. Бунинг учун пастки лаб ва пастки тишларга ҳўл чойшаб қўйилади. Бош бармоқни оғиз бўшлиғига киритиб, пастки жағ тортиб кўтарилади ва бевосита тилни босиб туриб овоз ёриғи очи-лади. Кейин аста-секин ларингоскоп чап қўлга олинади, ўнг қўл билан эса бронхоскоп ушланиб, бронхоскоп тубуси кекирдакка киритилади ва ларингоскоп олиб ташланади. Бронхоскопист диққат билан овоз ёриғи, кекирдак-бронх тармоқларини синчиклаб қараши керак.

Кекирдакни текширганда унинг қисқарган-қисқармаганлиги, шиллиқ қаватнинг ўзгарганлиги, унинг девори бутунлиги (нуқсон бор-йўқлигини, ўсма кекирдак дивертикули) ва агар ўпка ателектаз бўлганда кекирдакнинг тўғри чизикдан силжиганлигани кўри-шимиз мумкин.

Бронхларни кўрган пайтда нормал анатомик шохланишига, ажралмада аралаш бронхлар борлигига аҳамият берилади. Кейинчалик эса асосий ва бўлак бронхлар текширилади. Агар ўпкада яллиғланиш жараёни бўлса, яллиғланмаган жойдан бошлаб кўриш керак. Чунки бунда инфекцияланиш хавфи камроқ бўлади. Бунда бронхнинг диаметрини таъкидлаб ўтиш лозим, чунки баъзан ра-воғи торайиши, шиллиқ қаватида гиперемия, шиш бўлиши, фиб-риноз ва ярали ўзгаришлар (локал, диффуз ва сероз, йирингли, геморагик) кузатилиши мумкин, Бронхдан олинган аралашма мик-робиологик ва цитологик текширишга юборилади.

Асосий бронхларга бронхоскоп тубусини юбориш учун айрим бронхоскопистлар бронхоскопнинг оғзини қарама-қарши томондан ўтказишни маслаҳат беришади. Бемор бош ва бўйнини текшир-наётган бронхга қарама-қарши томонга қаратади. Бундай ҳолат-да бронхоскопни битта оғиз бурчагидан иккинчи оғиз бурчагига алмаштиришда тишлар жароҳатланиши мумкин. Шунинг учун бо-лаларда бронхоскоп тубусини ўрта чизик бўйича жойлаштирган маъқул. Бу усул пастки бўлак бронхларини (6-сегментар бронхдан ташқари) ва нисбатан 4—5 сегментларни яхши кўришга тўла имкон беради. Аммо юқоридаги бўлак ва 6-сегмент бронхларини кўриш учун бундай қўпол муолажани болаларда қўллаш тавсия қилинмайди. Бунинг ўрнига оптик телескопдан фойдаланиш мумкин. Кичкина болаларда 2—3—4—5 тубусларни қўллаганда ва ма-ҳаллий соҳада ўзгаришларни аниқлаш керак бўлганда телескопик лупа қўлланади.

Болалар ўпкасида сурункали яллиғланиш жараёнларида эндоскопик кўриниш катталарники билан бир хил бўлмайди, яъни шиллиқ қаватларда, атрофик ва гипертрофик ўзгаришлар кам учраб, бронх қизарган ва шиш ҳолида бўлади. Е. В. Климанский бор таснифларни таҳлил қилиб ва ўз тажрибаларини ҳисобга олиб, болаларда эндобронхитнинг ишчи, тасниф гуруҳини ишлаб чиққан. Ҳамма носпецифик бронхитлар зарарланиши, жараённинг та-рқалиши бўйича диффуз, локал; характери бўйича катарал аллер-гик, катарал йирингли ва шиллиқ қаватидаги ўзгаришларга кўра гипотрофия ва атрофияларга бўлинади. Эндобронхитнинг асосий турлари қуйидаги бронхоскопик кўринишларга эга.

Катарал эндобронхитда шиллиқ қавати тўла қопланган, куч-сиз шишган ва қизарган бўлиб, ҳалқасимон тоғай яхши кўрина-ди, қон томирлар кўринмай қолиши ҳам мумкин.

Йирингли эндобронхитдаёса шиллиқ қават қалинлашган, шиш-ган, қизарган ва сийрак бўлади. Бронхлар равоғи торайган. Ҳалқа-симон тоғайлар расми ноаниқ. Бронх бўшлиқларида йирингли балгам борлиги кўринади.

Фибриноз эндобронхитда қизарган ва шишган шшшиқ қаватда оқ ва кўк рангли фибриноз кўринишлар, ярали эндобронхитда яллиғланган шиллиқ қаватда ҳар хил ўлчам ва чуқурликда яралар кузатилади.

Бронхоскопия муолажасига асосий кўрсатмалар: ўпканинг йи-рингли касалликлари, ўпка сили, бронх ва ўпка ўсмалари, бронх ўтказувчанлигининг бузилиши, ўпкадан қон кетиши.

Бронхоскопияга нисбатан кўрсатмалар: чўзилувчан ва қайта-ланувчи зотилжам. Бронхоскопияга қарши кўрсатмалар: бронхиал астма ва чўзилувчан қайталанувчи зотилжам.

Торакоскопия. Торакоскопия операция хонасида асептика ва антисептика қоидаларига амал қилинган ҳолда ўтказилади. Тек-ширишда умумий ва баъзан маҳаллий оғриқсизлантириш қўлла-нади.

Торакоскопия ўтказиш учун плеврал бўшлиқда ҳаво бўлиши керак. Бунинг учун операция столига бемор соғлом томони билан ётқизилади ва остига болишча қўйилади, чунки операция томо-нидаги қовурға ораси кенг бўлиши шарт. Торакоскопияни баъзан тик ҳолатда ҳам ўтказиш мумкин.

Торакоскопияда кўриш клиник рентгенологик натижаларга, эмпиема жойлашишига ва шаклига асосланган бўлади. Плеврал бўшлиқни энг яхши кўриш жойи ўрта мушак чизиғи бўйича тўртинчи қовурға орасидир. Дастлаб қовурға орасининг ўртасидан бир см узунлиқда тери кесилади ва троакар перпендикуляр йўналишда қовурға орасидан ўтказилиб, унинг ҳалқаси орқали киритилади. Нормал ҳолатда плевранинг висцерал ва париетал варақлари кўриниши тиникдир. Плевра яллиғланишининг бошланғич босқич-ларида қизарган ва қон томирлар инъекцияси ҳисобига тиниқпи-ги биров ўзгарган бўлади. Яллиғланган плевра юзасида баъзан фибриноз битишмалар кўринади. Баъзан плеврадаги яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ҳисобига плевра тиниқлиги йўқолиб, оқ кул ранг тусга киради. Айниқса бронхиал оқмалар аниқ кўри-нади.

Торакоскопия усули билан олинган натижалар (яллиғланиш-нинг қай даражада ифодаланиши, ўпканинг ёзилиш хусусияти, диафрагма ҳолати, ўпка зарарланиши ва бошқалар) даво усулини танлашда муҳим аҳамиятга эга. Торакоскопия пайтида плеврал суюқликни лаборатор ва бак-териологик текширишга олишдан ташқари цитологик текшириш-га суртма ҳам олиш мумкин. Торакоскопия ўткир ва сурункали плевра эмпиемасининг ташхисини аниқлаш, даво усулини тан-лаш учун катта ёрдам беради.

Кўкрак қафасининг туғма деформациялари

Кўкрак қафасининг туғма деформацияси тўш суягининг, қовурғалар ҳамда умуртқа поғонасининг туғма нуқсонлари билан кеча-ди. Бу нуқсонлар косметик етишмовчиликдан ташқари, кўкрак қафаси аъзоларининг фаолиятини ҳам бузади. Кўкрак нуқсонлари кўпинча гирдобсимон ва қайиқсимон кўринишда бўлади, баъзан жуда кам ҳолларда, тўш суягининг ўсмай қолганлиги ва йўқлиги ҳам кузатилади.

Қовурғалар ўсишининг етишмовчилиги - ўсмай қолиши, йўқлиги ёки ортиқча қовурға айрим ҳолларда учрайди ва улар жар-рохлик муолажасига мухтож бўлмайди.

Гирдобсимон кўкрак қафаси. Гирдобсимон кўкрак қафаси қовурғалар тоғай қисмининг тўш суягига бирикиш жойи пастга тушиб кетиши билан ифодаланади. Деформациянинг ташқи чегараси қовурғалар суяк бўлими ҳисобланади.

Этиологияси ва касалликнинг ривожланиши. Бу нуқсоннинг ривожланиши охиригача ўрганилмаган. Туғма нуқсон сабаби ҳам инкор этилмайди. Бу деформацияга қовурға тоқай ва тўш суяги-нинг хондродистрофияси, тўш-диафрагма бойламининг қисқари-ши,

қовурға-тоғайнинг ҳаддан ташқари ўсиб кетиши, Марфан син-дроми ва бошқалар сабаб бўлади.

Гирдобсимон кўрак қафасининг уч шакли мавжуд: симметрик, асимметрик ва ясси симметрик. Ясси симметрик чуқурлик марказида жойлашиб, кўрак қафасининг иккала томонида бир хилда тақсимланган бўлади. Симметрик бўлмаган шакли тўш суягининг марказидан ўтказилган чизиқдан кўрак қафасининг ик-кала томонига тенг тақсимланмайди. Деформациянинг ясси шак-ли оғир ҳисобланиб, бунда кўрак қафасининг юзаси хийла босилган бўлади.

Клиник-рентгенологик кўрсатмаларга асосланиб, гирдобсимон деформация уч даражага бўлинади. Биринчи даражаси кўп бўлма-ган чуқурлик (2 см гача) ва кўрак қафаси аъзоларининг иш фаолияти бузилмаслиги билан ифодаланади. Иккинчи даражасида чу-қурлик анча кўп, кўрак қафаси аъзоларининг иш фаолияти бузилиши (тез чарчаш, нафас етишмовчилиги, юракнинг тез ури-ши, ўйин ёки оғир меҳнат пайтларида), тез-тез юқори нафас йўлла-рининг яллиғланиши, пневмония кузатилади. Учинчи даражада деформация аниқроқ, қоматнинг бузилиши билан кўрак қафа-си, баъзида умуртқа поғонасининг ён томонга қийшайиши, кўрак қафасининг нафас олишида ҳам иштирок этиши ва кўрак аъзо-лари вазифасининг бузилиши аниқ бўлиб, ташқи нафаснинг из-дан чиқиши, юрак етишмовчилиги билан ифодаланади.

Кўрак қафасининг деформацияси эмизикли болаларда ҳам кузатилиши мумкин. Унинг бошланғич белгилари нафас олиш парадокси, нафас олганда тўш ва қовурғаларнинг чўкиши ҳисоб-ланади. Бу ёшдаги болаларда юқори нафас йўллари-нинг қизари-ши ва зотилжам касаллигига мойиллик бўлади. Боланинг ёши кат-та-лашиши билан деярли 50 фоизда деформация кўпаяди ва тўш қовурғаларнинг чўкиши кузатилади. Боғча ва мактабгача бўлган ёшда деформация аниқтус олади, боланинг кўриниши ва қомати ўзгаради, кўрак кифози кучаяди.

Гирдобсимон кўрак қафасининг III даражасида бола жисмоний ўсишдан орқада қолади, тез чарчаш, тери қопламларининг оқариши, нафас сиқилиши ва юракнинг тез уриши кузатилади. Рентгенологик текшириш деформация даражасини ва юрак сурилишини аниқлашга ёрдам беради. Тез-тез бронхларнинг яллиғланишида ва зотилжамда беморларда учрайдиган сурункали зотилжам касаллиги-нинг олдини олиш учун бронхоскопик ва бронхофафик текширишлар ўтказилади.

Давоси: гирдобсимон кўрак қафаси фақат жарроҳлик йўли билан даволанади. Деформация даражаси ва кўрак қафаси аъзо-ларининг иш фаолияти бузилиши жарроҳлик муолажасига кўрсатма бўла олади. Деформациянинг III даражаси операцияга тўғридан-тўғри кўрсатмадир. Деформациянинг II даражасида аъзолар фао-лияти бузилишидагина жарроҳдик муолажасига зарурат тукилади. Жарроҳдик муолажаси 3 ёшдан ошган беморларда ўтказилади. Муолажа деформацияга

учраган қовурғанинг тоғай қисмини сег-ментар олиб ташлаш, тўш остеотомияси ва тўш-диафрагма бой-ламини кесишдан иборат. Бу муҳим омил бўлиб, тўш ва қовурға-ларни бир хил ҳолатда ушлаб туриш билан тугалланади, бошқа хилдаги торакопьястик шу усул билангина бир-биридан фарққила-ди. Мустаҳкамлаш учун ташқи тортиб турувчи иплар ишлатилади ва бу ип Маршев аппаратиға бириктирилади. (Г. А. Баиров).

Ички лойиҳаға сим, металл ясси пластинка ҳамда суяк бўлак-лари ишлатилади. Кесилган тўш ва қовурғаларни бир хил меъёрда ушлаб туриш учун понасимон резекция қилинган қисми тикиб қўйилади (Н. И. Кондрашин) ёки бошқа усулларда тўшни гипер-коррекцияда ушлаб туриш тавсия қилинади. Тўш-қовурға йикин-дисини ушлаб туриш учун ўзгармас магнитлар қўлланилмоқда (В. И. Гераськин). Бундатўш ости соҳасига металл пластинка қўйи-лади ва ташқаридан магнит ўрнатилган корсет кийдирилади. Тортиб туриш муддати 1—1,5 ой. Тўш ости соҳасидан пластинка ярим йилдан кейин олиб ташланади.

Кўкрак қафасининг қайиқсимон деформацияси. Бу кўпгина ҳолларда қовурға ва тўш суяқларининг туғма ривожланиш нуқсони

ҳисобланади. Баъзи муаллифларнинг фикрича, диафрагманинг тўш қисми нуқсонли ривожланиши ҳисобига юпқалашган, мускул то-лалари кам, бу пайтда қовурға қисми биров гипертрофияланган бўлиб, қовурғаларни ичкариға тортади, шу билан тўцши одцинга итаради. Баъзан касалликнинг наслий келиб чиқиши кузатилади.

Клиникаси. Кўкрак қафасининг деформацияси одатда бола ту-ғилгандан кейин сезиларли бўлади. Оддинга чиқувчи тўш ва қовур-ғани уни чеккасидан ботиб туриши (кўпинча VIII гача) кўкрак қафасига характерли қайиқсимон шаклни беради. Тўшнинг ёй-симон қийшайиши ўткир бўлиши мумкин. Олдинга бўртиб ту-рувчи ханжарсимон ўсимта яхши кўриниб туради. Қовурға ёйла-рининг чеккаси бир оз кўтарилганлиги биринчи йили беморни кам безовта қилади. Бола ўсиши билан катталашиб, у косметик жиҳатдан нуқсон бўлиб боради. Юрак ва ўпка томонидан ўзга-ришлар кам учрайди. Бола тез чарчашга, ҳансирашга, жисмоний зўриқишга, юрак уриб кетишига шикоят қилади. Рентгенда тўш орқа бўшлиғининг катталашиби аниқланади ва юрак томчиси-мон шаклда бўлиб қолади. Жарроҳлик усули билан даволаш бола 5—6 ёшлигида ўтказилади.

Г. А. Баиров ва Маршов бўйича операция усулида деформация-нинг ўрта қисмидан кўндаланг тўлқинсимон 10—15 см¹ узунлиқца кесилади, тери ва тери ости, клетчаткасини иккала томонга аж-ратиб қовурға ва тўшнинг қайиқсимон қисми кенг очилади. 0,25% 10—20 мл новокаин эритмаси юборилади. Плеврал варақлар аж-ратилади. Кейин суяк усти ва ости иккала томондан қовурға қир-қилади. Тоғай усти қисмининг ортиғи олиб ташланади. Бармоқ билан текшириб туриб тўш суягининг қайиқсимон қисми устидан 1,5—2 см масофада резекция қилинади. Кесилган тўш ва қовурға-ни алоҳида капрон иплар билан,

жароҳат эса қаватма-қават тики-лади. Сиқувчи лейкопластир боғлам қўйилади. Операциядан ке-йинги кўкрак қафаси рентгенологик текширилади. Пневмоторакс бўлса, плеврал бўшлиғи пункция қилиниб, ҳаво тортиб олинади. Иплар 10—12 кундан кейин олинади. Лейкопластирли боғлам беш, саккиз ёшли болаларда 14—17 кунга, каттароқ ёшдагиларга 24 кунгача қўйилади.

Кўкрак қафаси ўсмалари

Кўкрак қафаси ўсмалари турли тўқималардан ҳосил бўлгани туфайли ҳар хил бўлади. Кўкрак қафаси юмшоқ тўқималар ўсмаси бошқа юмшоқ тўқи-малар ўсмасидан фарқ қилмайди. Шунинг учун булар онкология ва хирургиянинг умумий қонунларига асосан даволанади. Лекин дермоид ҳосилалар ўзига хос бўлади. Улар тузилишига кўра яхши сифатли ўсмаларга киради. Дермоид бириктирувчи тўқима ўсмаси ҳисобланади, унинг ривожланиш манбаи бўлиб фасция, апоневроз, мускул пайлари хизмат қилади. Дермоид ўсмалар баъзан тўшни, қовурға тоғайларини шикастлайди. Ўсма секин ўсади, ле-кин кўкрак қафасининг бутун қалинлигидан ўтади. Бу ўсмалар камдан-кам ҳолларда хавфли ўсмаларга айланади, лекин шундай бўлишига қарамасдан тез-тез қайталанишга мойил бўлади.

Дермоид ўсма қаттиқ оғриқсиз ўсиши билан юмшоқдашади, унда тугунсимон қаттиқланишлар ёки юмшоқ соҳалар пайдо бўли-ши мумкин. Болаларда кўкрак қафаси скелетининг ўсмаси кам-дан-кам учрайди. Яхши сифатли ўсмалар орасида хондрома, осте-охондрома кузатилади. Бу ўсмалар хавфли ўсмаларга ўтиши мумкин. Остеохондросаркомага ўтиб тез ўсади ва баъзан метастаз беради. Ўсманинг қовурға ташқарисига ўсиши х^асобига пайпаслаб кўрганда унда кўпинча ғадир-будир ҳосила аниқланади.

Рентгенологик тасвирда ўсма рангли карамни эслатади.

Давоси. Операцияга кўрсатма асосан косметик характерда бўлади. Ўсмага ташхис қўйилган кундан бошлаб оператив даволашга киришиш керак. Операция ўсмани атрофидаги соғлом тўқималар билан бирга олиб ташлашдан иборат. Кўкрак қафасидаги нуқсон атрофидаги юмшоқ тўқималар ёки аутопластик материал билан ёпилади. Болаларда қовурғанинг хавфли ўсмалари (саркома) кам учрайди, уларнинг клиник кечиши ва даволаш аҳамият касб эт-майди.

Ўпка ва бронхларнинг ривожланиш нуқсонлари

Агенезия ва аплазия. Ўпканинг ёки бир вақтнинг ўзида бош ёки дренажловчи бронхнинг йўқсиги агенезия дейилади. Аплазия деганда шаклланган ёки рудиментар бош бронх борлиги, бутун ўпканинг ёки унинг бир қисми йўқлиги тушунилади. Икки томон-лама ўпка агенезияси ёки аплазияси билан туғилган болалар ҳаёт кечи-ра олмайди. Бу нуқсонлар бошқа ривожланиш норасоликлари билан бирга (юракнинг туғма нуқсонлари, қизилўнгач атрезияси, диафрагма чурраси, Боталло йўлининг битмай қолиши) учрайди. Агенезия билан касалланган беморларда ўлимнинг сабаби ўпка инфекцияси

ҳисобланади. Ўнг ўпкасида агенезия ривожланган болалар ўлими кўпроқ кузатилади, чунки битта чап ўпкада яллиғ-ланиш жараёни тез ривожланади. Баъзи кузатишларга кўра ўпка агенезияси билан туғилган беморлар узоқ умр кўриши ҳам мумкин. Ўпка нуқсонининг клиник кўриниши бирламчи пневмомер-лар бўлинишининг тўхташ даражаси билан аниқланади. Ўпка агене-зиясининг клиникасида кўкс аъзоларининг сурилиши натижасида юрак ва нафас фаолиятининг бузилишлари кузатилади. Бемор ҳан-сирашдан шикоят қилади. Кўздан кечирилганда кўкрак қафасида асимметрия (нафас олганда шу ярмининг орқада қолиши кузатилади), кўкс аъзолари ўпканинг нуқсони ривожланган томонга су-рилади. Юрак бу ҳолатда вертикал ўқи атрофида буралган бўлади.

Соғлом ўпка кенгайган кўкрак қафасининг иккинчи ярмига ўтади ва медиастинал чуррани ҳосил қилади. Медиастинал чурра устида кўкрак қафасининг юқориги ва медиал қисмларида нуқсонли ри-вожланган ўпка томонда нафас шовқинлари эшитилади.

Ташхиси. Клиник, рентгенологик ва бронхоскопик натижаларга асосланиб қўйилади. Уларнинг ичида бронхоскопия, бронхография ва ангиопульмонография муҳим ўрин тутди. Рентгенологик текширилганда (қовурғалараро) касалланган томонда қовурғалар ора-лиғининг торайиши, диафрагма пардаси юқори жойлашгани, кўкрак қафасининг шу соҳаси қоронғилашгани кузатилади. Рентгенологик текширишда клиник белги соғлом ўпкани — кўкрак қафасининг иккинчи ярмида тасдиқланади.

Ўпка агенезиясини бронхоскопия қилганда бош бронх ва трахея бифуркацияси йўклиги кўрилади. Ўпка аплазиясида бифуркация ва диаметри торайган бош бронх аниқланади (бронхоскопияда). Бронхография текширувида ўпка агенезиясига хос ҳамма белгилар аниқ-ланади. Ўпка агенезияси ёки аплазияси деб ташхис қўйилган бе-морлар узоқ вақт диспансер кузатувида бўлишлари керак.

Ўпка гипоплазияси

Ўпка гипоплазияси ўпка ҳамма элементларининг ривожланиш-дан орқада қолишидир (ўпка паренхимаси ва қон томир, бронхлар). Бутун ўпка, ўпка бўлаги, сегмент гипоплазияси фаркланади. Гипоплазия бир ва икки томонлама бўлади. Битта-иккита сегмент гипоплазияси клиник кўринишда яққол кечмайди. Фақат профилактик текшириш пайтида тўсатдан аниқланиб қолади. Инфекция қўшилган ҳолларда клиник кўриниши ривожланади. Клиникаси бронхоэктатик касалликка ўхшаш бўлади. Бутун ўпка гипоплазия-сининг клиник кўриниши бошқача бўлиб, асосан у яширин ёки аниқ нафас етишмовчилиги билан кузатилади.

Бутун ўпка гипоплазияси. Беморни кўрганда кўкрак қафасида асимметрия, айниқса орқадан қараганда аниқ ифодаланган бўлади. Бу орқа асимметрик симптоми дейилади. Бу симптом фақат бутун ўпка гипоплазиясида эмас, балки ўпка агенезиясида, туғма ёки орттирилган

массив ўпка аплазиясида ўтказилган пульмонэк-томиядан кейин ҳам учрайди. Перкуссияда гипоплазияга учраган ўпкада перкутор товуш қисқарганлиги аниқланади. Кўкс оралиғи бунда касал ўпка томонга сурилган бўлади. Нафас етишмовчилиги аломатлари ташқи томонда тинч турганда ва кўп бўлмаган физик зўрайишда ўзгармаслиги мумкин. Нафас олиш фаолиятини чуқур-роқ текширилганда юрак қон томир етишмовчилиги ва нафас етишмовчилиги борлиги аниқланади. Шунинг учун бундай бола-ларни биз соғлом болалар деб айта олмаймиз. Юқорида ўпка гипоплазиясининг қуруқтури ҳақида фикр юритиди. Клиник кечи-шининг бошқа тури яхши ривожланмаган бронх ва улардаги йиринг билан боғлиқ. Бундай беморларда касалликнинг клиник кечиши "бронхоэктатик касалликнинг клиник кўринишидан фарқ қилмайди. Балғам билан йўтал даврий хусусиятга эга.

Бўлак гипоплазияси ўпка бўлаги гипоплазиясининг клиник кўриниши асосан бўлакда йиринг бор ёки йўқлиги билан боғлиқ. Агар йирингланиш бўлмаса, ўпканинг гипоплазияга учраган бўлаги узоқ вақтгача билинмайди. Фақат рентгенологик текширувда ёки операция пайтида тасодифан маълум бўлади. Беморда гипоплазияга учраган бўлакда перкутор товушнинг қисқариши, нафаснинг су-сайиши аниқланади ва кўкс оралиғининг касал томонга силжи-ши кузатилади.

Рентгенографияда гипоплазияга учраган ўпка томонда ўпка майдонининг бир хил қорайиши, юрак ва диафрагма соясининг қўшилиши билан бирга кузатилади. Зарарланган томонда Кўкс оралиғининг сўрилиши, қовурғалар орасининг торайиши аниқдана-ди. Баъзан медиастинал чурра аниқ кўринади.

Бронхоскопияда асосий бўлак устунидан ёки сегментар бронхлардан нормал ёки аномал кетувчи бронхларнинг бирдай торайи-ши ва тўмтоқ тамом бўлиши аниқланади. Яллиғланиш бўлса, эн-добронхитга хос кўриниш кузатилади.

Бронхографиядаги кўриниш бош бўлаklar ва сегментар бронх-лар гипоплазиясининг даражасига боклиқ бўлади. Ўпка гипоплазиясида деформацияланган ва қисқарган бўлак, сегментар бронх-лар аниқланади. Бронхлар сони нормага тўғри келмайди.

Ангиопульмонографияда гипоплазияга учраган ўпканинг қон томир системасининг норасоликлари аниқланади. Баъзан гипоплазия ташхиси операция пайтида олинган ўпка соҳасини гистоло-гик текширгандан кейин қўйилади.

Давоси. Яхши ривожланмаган ўпкада яллиғланиш ўзгаришлари бўлмаса, бемор даволашга муҳтож эмас. Рудиментар ўпкага йирингли яллиғланиш ўзгаришлари қўшилса, уни олиб ташлашга тўрри келади. Ўпка гипоплазияси билан оғриган болалар доимо диспансер кузатувида бўлиши керак.

Трахеал бронх

Трахеал бронх бронхларнинг ажралиш нормасига киради. Бўлак ёки сегментар бронх тўғридан-тўғри трахеядан ажралади. Трахеал

бронхнинг бир қанча таснифи қабул қилинган. Кўпроқ қўллана-диган аралаш ва юқори комплект трахеал бронхга бўлиниши ҳисоб-ланади. Аралаш деганда нормал бронх ажралиш жойининг ати-пиклиги тушунилади. Масалан, ўнг юқори бўлак тўғридан-тўғри трахеядан ажралади, бунда ўпкадаги бронхлар сони нормал қола-ди. Юқори комплектли трахеал бронхда бутун ўпкада, бўлакда ёки сегментда қўшимча бронх бўлади. Бу ҳам тўғридан-тўғри трахея-дан ажралади. Трахеал бронх типик клиникага эга эмас. Клиник

79 кўриниши асосан ўпка тўқимасидаги ўзгаришларга боғлиқ. Трахеал бронхда бронхологик текширишга асосланиб ташхис қўйилади. Бронхоскопияда тўғридан-тўғри трахеядан ажралувчи қўшимча бронх равоки аниқланади. Бронхоскопияда трахеал бронхни аниқ-лагандан кейин топилган нуқсонни тўлиқ исботлаш учун бронхо-графия ва ангиопульмонография ўтказиш зарур.

Трахеобронхомалиция (Мунье-Кун синдроми)

Трахеобронхомалиция (трахеобронхомегалия) - трахея ва бронхларнинг мускул ва эластик элементлари тўлиқ ривожлан-маслиги натижасида бронх ва трахеяларнинг улкан кенгайиши бу кам учрайдиган туғма ривожланиш нуқсони ҳисобланади. Нуқсон яна трахея кенгайишисиз, бош ва бўлаклар бронхи кенгайиши билан кузатилиши мумкин. Баъзан майда бронхларнинг киста туридаги кенгайиши ҳам кузатилади.

Клиник кўриниши - асосан трахея, бронх кенгайиши даражасига ва йирингли инфекция кўринишига боғлиқ бўлади. Кенг зарарланишларда оқариш, нафас етишмовчилиги, юзда кўкариш, йирингли балғам билан йўтал, доимий ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Эшитиб кўрганда зарарланган томонда нафас олиш сусайган, нам хириллашлар эшитилади. Перкуссияда перкутор товушнинг қисқарганлиги аниқланади. Кўкс оралиғининг сури-лиши ўпка паренхимасидаги ўзгариш даражасига ва зарарланиш ҳажмига боғлиқ. Кўкрак қафасининг зарарланган томони нафас олишдан орқада қолади. Қон таҳлилида гемоглобин пасайганлиги аниқланади. Трахеобронхомалицияда рентгенологик текшириш усуллари ва клиник кўринишга асосланиб ташхис қўйилади. Рен-тенографияда ўпка паренхимасидаги ўзгариш бронх-қон томи-рининг кенгайиши ва кучайиши аниқланади. Томография ташхисни тасдиқлайди. Бронхография, бронхоскопия ва ангиопульмонография касаллик ҳақида тушунчани кенгайтиради.

Давоси. Трахеобронхомалиция асосан консерватив даволанади. Бунга умумий қувватлантирувчи терапия, яллиғланишга қарши даволаш ва трахеобронхеал дарахтни тўлиқ санация қилиш киради. Чегараланган турларда операция қилиш мумкин.

Ўпканинг туғма кистаси

Болапар ўпкасида киста ва кистасимон ҳосилалар кам учрай-ди, лекин туғма кисталар учраши сонини айтиш қийин. Чунки туғма ва

орттирилган ҳосилаларнинг клиник ва рентгенологик кўриниши ўхшаш бўлади. Туғма кисталарнинг келиб чиқиши эмбрионал даврида бронх ва альвеолалар ривожланишининг бузилиши билан боғлиқ. Эмбрионагенезнинг бошланғич давларида ривожланишининг бузилиши ҳисобига кўпроқ битта катга киста ҳосил бўлади. Кеч давлардаги бузилиш кўплаб майда кисталар (доликистозлар) пайдо қилади. Кисталарга йиғилган шиллиқ моддалар ҳисобига унинг катталашиши атроф бронхлар қисилишига, деформациясига бронх куртакларининг нотўғри ривожланишига олиб келади. Туғма кисталар аниқ қобиққа эга бўлиб, кўпинча бронх билан туташган бўлади. Бу туташ жой минимал бўлиши мумкин, кириш жойи тор, эгри-бугри ёки тор, қийшиқ. Унинг ўтка-зувчанлиги доимий эмас ва осон бекилиши мумкин. Туғма киста деворини рентгенологик текширганда бронх элементларининг силлиқ мускул толалари аниқланади. Кистанинг ички юзаси эпителий билан қопланган. Орттирилган кисталар учун бу белгилар характерли эмас. Клиник нуқтаи назардан кисталар асоратсиз ва асоратли бўлади. Асоратсиз туғма кисталар кам учрайди. Уларнинг кечиши симптомсиз, фақат тасодифан рентгенологик текширувда аниқланади. Болаларда симптомсиз туғма кистани орттирилган ҳаво кисталари (булла) билан кўп солиштиришга тўғри келади.

Пневмонияда ҳаво бўшлиқдарининг рентгени аниқ динамика билан ифодаланади. Улар ўзининг ўлчамини ўзгартириши, йўқолиши ва пайдо бўлиши мумкин. Кўпинча рентгеноскопияда стафилококк кисталари нафас олганда ўзининг ўлчамини ўзгартириши кузатилади. Бундай пайтда туғма киста контурлари стабил бўлади. Стафилококк кисталари 1—3 ой мобайнида ўз-ўзидан йўқолиб кетиши мумкин. Баъзи ҳолларда улар бундай кисталар клиник, рентгенологик ва морфологик томондан туғма кистадан фарқ қилмайди. Ўпкада туғма киста бўлса, бронхографик текшириш зарур. Бронхографияда кистанинг жойи ва ўпканинг ҳамма соҳасида бронхиал дарахт ҳолатини аниқдаш мумкин. Бу операция ҳажмини аниқлаш учун керак бўлади. Асоратсиз кисталарни бола бир ёшдан ошганда операция қилиш мумкин. Кўпроқ асоратли кисталар учрайди.

Кистанинг йиринглаши ҳар қандай ёшда кузатилиши мумкин. Шу билан бирга туғилгандан кейин ҳам йирингли жараёнга хос клиник симптомлар бўлади: юқори ҳарорат, интоксикация. Лейкоцитоз ва рентгенологик тасвирда баъзан бир нечта суюқ/гак сатҳи билан юмшоқ шаклдаги бўшлиқлар аниқланади. Рентгенографияда ва айниқса томографияда киста капсуласи аниқ кўриниб туради. Туғма йиринглаган кисталарни ҳамма вақт ўпка стафилококкли деструкциясининг ҳар хил турлари билан солиштира ташхис ўтказилади (биринчи навбатда абсцесс ва пневмоторакс билан). Клиник кўринишдаги фарқи: ўткир стафилококкли деструкцияда нафас етишмовчилиги белгилари кучлироқ ифодаланган бўлади. Ўпка

тўқимасида жараённинг тез тарқалиши кучли ҳансирашга олиб келади. Туғма йиринглаган кисталарда узоқ вақт ривожланиш нуқсони билан бирга ёрдамчи механизмлар ва ташқи нафас фаолиятининг компенсацияси ишга тушади. Рентгенда капсула борлиги ва перифокал реакция йўқлиги туғма кистани стафилококкли абсцессдан фарқ

қилишга имкон беради. Пневмотораксда синусда экссудат аниқланади. Туғма йиринглаган кистада синус бўш бўлади, агар киста плеврал бўшлиққа ёрилмаган бўлса, кўкс ораллигининг сурилиши кам ифодаланади. Туғма йиринглаган кистани даволашнинг тўғри усули операция ҳисобланиб, у ўпканинг киста бор соҳасини резекция қилишдан иборат.

Таранглашган ўпка кисталари кам учрайди. Бунинг сабаби киста билан бронх туташув жойида клапанли механизм борлигидир. Клиник кўриниши ўткир нафас етишмовчилиги билан ифодаланади. Физикал натижалар таранглашган пневмотораксга хос бўлади. Рентген тасвирида киста контурларини аниқлаш мумкин. Солиштирма ташхис таранглашган пневмоторакс, туғма бўлак эмфиземаси, диафрагмал чурра билан ўтказилади.

Таранглашган пневмоторакс болаларда стафилококкли зотилжам натижасида келиб чиқади ва юқори ҳароратли интоксикация билан кечади. Туғма кисталарда таранглашиш бирдан келиб чиқади. Диафрагмал чурра рентгенологик фарқланади. Бунинг учун кўкрак қафасида кўплаб ҳалқасимон соялар борлиги характерли-дир. Ичак қовузлокларининг ўтиши кўкрак қафаси ҳисобига бўлади ва ташхис меъда-ичак йўллари бариер эритмаси билан тек-ширгандан кейин тасдиқланади.

Давоси. Таранглашган кисталар фақат оператив усул билан даволанади. Операция олдида кўкрак қафасининг таранглашиши-ни камайтириш мақсадида кистани дренажлаш ёки пункция қилиш жойи аниқланади. Операциянинг ҳажми киста капсуласини бирга олиб ташлаш билан белгиланади. Жароҳат юзаси травматик нина билан тикилади. Баъзан лобэктомия ёки сегментар резекция қилишга тўғри келади. Операциядан кейин плеврал бўшлиқ дренажланади.

Туғма бўлаккли энфезема

Бу туғма нуқсон бўлиб, бунда ўпканинг бир қисми (ёки кўпинча бир бўлак) кенгайган бўлади.

Этиологияси. Аниқ сабаб топилган эмас. Бронх тоғайи аплазияси, мушаклар гипоплазияси туфайли келиб чиқиши мумкин.

Клиникаси. Клиник манзарасида нафас ва юрак етишмаслик симптомлари билан намоён бўлади. Нафас етишмаслик ўпканинг катта ҳажми нафас актида иштирок этмаслиги ва қолган қисмини ҳам босиши туфайли келиб чиқади. Кўкрак қафаси чи босимини ошириш туфайли кўкс ораллиги аъзолари силжиши натижасида юрак-қон томир етишмаслиги келиб чиқади.

Клиникасида 3 та формаси фарқланади: компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган формалари.

Декомпенсацияланган формаси бола туғилгандан намоён бўлади, клиникасида умумий цианоз, хансираш, нафас асимметрияси (кенгайган ўпка нафас актида иштирок этмайди), қуруқ йўтал, овқатланиш вақтида асфиксия хуружлари кузатилади.

Диагностикаси. Кўкрак қафаси Р-граммасида кўкрак қафасининг шу томонида ёруғланиш ошган, айрим ҳолларда ўпка расми бутунлай аниқланмаслиги мумкин. Кўкс оралиғи соғ томонга силжиган, медиастенал чурра ҳам бўлиши мумкин. Соғлом ўпка худди учбурчак ателектаз кўринишида бўлади. Диагностикасида асосий ўринни ангиопульманография эгаллайди, бунда ёруғланиш ошган ўпкада қон томирлари кам аниқланади.

Компенсацияланган формаси деярли клиник белгилари бўлмайди, фақатгина ўпкада яллиғланиш жараёнлари кўшилганда намоён бўлиши мумкин. Рентгенологик текширишларда диагноз қўйилади.

Давоси. Ягона даволаш усули оператив, яъни нўқсонли ўпка бўлаги олиб ташланади.

Туғма солитар киста

Бунда марказда, яъни илдиз олди соҳасида ёки периферияга яқин жойларда кистоз ҳосила борлиги билан характерланади. Адабиётларда «бронхиал киста» ёки «бронхоген киста» ҳам деб номланади. Киста девори микроскопиясида бронх девори элементлари: тоғай пластинкалари, цилиндрик эпителий, эластик ва мушак толалари аниқланади.

Эмбриогенез даврида қўшимча гипоплазияланган бўлак ҳосил бўлиб, бронхиал дарахтдан ажралган ҳолда ёки алоқа қилган ҳолда бўлади.

Клиникаси. Киста ўлчами кичик бўлса, бронх билан алоқа қилмаса, ҳеч қандай клиник белгилар бўлмайди, фақатгина тасодифан рентгенологик текширишларда аниқланиши мумкин. Агарда бронх билан алоқада бўлса, клиник белгилар юзага чиқади (аускултацияда ҳўл йўтал, қуруқ хириллашлар эшитилади), Р-граммада суюқлик сатҳли киста аниқланади. Киста инфекцияланганда тана ҳаороратининг кўтарилиши, интоксикация белгилари, безовталиқ ва иштаҳанинг пасайиши каби ўзгаришлар аниқланади.

Киста ўлчами катта бўлса, марказда жойлашган бўлиб бронх билан алоқада бўлса ўпканинг босилиши туфайли нафас бузилиш синдроми келиб чиқади. Худди таранглашган пневмотораксдек клапанли механизм туфайли нафас ва юрак етишмаслиги келиб чиқиш мумкин.

Диагностикаси. Киста таранглашганда шу ўпкада нафас суст эшитилади, перкуссияда қутичали товуш, кўкс оралиғи аъзоларининг соғ томонга силжиши аниқланади. Кўкрак қафаси Р-граммасида аниқ контурли ҳаволи киста аниқланади, суюқлик сатҳи ҳам бўлиши мумкин.

Давоси. Ягона даволаш усули оператив, яъни нўқсонли ўпка сегменти ёки бўлаги олиб ташланади.

Деструктив зотилжам - ўпка тўқимасини емирилиши билан кечадиган йирингли яллиғланиш жараёнларига деструктив зотилжамлар дейилади.

Таснифи: ҳозирда деструктив зотилжамларнинг клинко рентгенологик таснифи катта ахамиятга эга.

1) Ўпка ичи деструкциялари:

- а) ўпка абсцесслари (дренажланган, дренажланмаган, катта салқиган)
- б) буллалар (таранглашган, таранглашмаган)

2) Плеврал асоратлар:

- а) пиоторакс (чегараланган, тотал)
- б) пиопневмоторакс (чегараланган, таранглашмаган, таранглашган)
- в) пневмоторакс (чегараланган, таранглашмаган, таранглашган)

3) Медиастинал асоратлар:

- а) медиастинал эмфиземанинг оддий тури
- б) ривожланувчи медиастинал эмфизема

Деструктив зотилжамнинг турли шакллари клиникаси, диагностикаси ва давоси.

1. Ўпканинг дренажланмаган абсцессиди бемор тана ҳарорати юқори, хансираш, ўпканинг абсцесс бор томони нафасда орқада қолади, перкуссияда абсцесс устида товушни тўмтоқлашиши, аускультацияда нафас жуда суст эшитилади.

Диагноз қўйишда кўкрак қафасини обзор R - графияси асосий. Унда ўпка соҳасида чегаралари аниқ бўлмаган айлана шаклдаги қорайиш, абсцесс атрофида перифокал яллиғланиш белгилари кўринади.

2. Ўпканинг дренажланган абсцесси – бу дренажланмаган абсцессни бронхга очилган хо-латидир. Бемор тана ҳарорати дренажланмаган абсцессга нисбатан бир оз пасаяди, бемор кўп микдорда балғам ажратади, аускультацияда дренажланган абсцесс устидан амфорик нафас эшитилади.

Диагноз қўйиш учун кўкрак қафасини обзор R –графияси қилинади, унда ўпка соҳасида суюқлик сатҳига эга айлана шаклли қорайиш кўринади. Даволаш учун беморга дренаж ҳолати бериш керак (агар ўпка абсцесси чап томонда бўлса беморни ўнг томонга ётқизиш. Бундан ташқари беморга ишқорли ва ферментли ингаляциялар, кўкрак қафасини вибромассажи буюрилади.

3. Ўпканинг гигант салқиган абсцесси – тана ҳарорати жуда баланд, кучли хансираш, касал томонни нафасдан орқада қолиши кузатилади, перкуссияда абсцесс устида тўмтоқлашиш, аускултацияда нафас эшитилмайди. Рентген суратда ўпканинг бир бўлаги соҳаси-ни эгаллаган айлана шаклли қорайиш участкаси кўринади. Даволаш – торакотомия, зарарланган бўлакни олиб ташлаш.

4. Таранглашмаган буллаларни клиник белгилари бўлмайди, фақат рентген суратда ўпка соҳаларида турли шаклдаги ёришиш участкалари кўринади. Даволашни талаб қилмайди, вақт ўтиши билан таранглашмаган буллалар сўрилиб кетади.

5. Таранглашган булла – беморда нафас етишмовчилиги нормал тана ҳарорати фонида кузатилади ва кучайиб боради. Перкуссияда булла устида

тимпаник товуш, аускултацияда нафас эшитилмайди. Рентгенда булла сохасида ёришиш участкаси кўринади. Даволаш – пункция қилиб буллани хавосини сўриб олиш.

6. Пиоторакс – плевра бўшлиғида йиринг йиғилиши, иккита тури бор. Клиникасида беморда хансираш, юқори харорат, нафас етишмовчилиги кузатилади. Перкуссияда ўша томонда тўмтоқлашиш, аускультацияда нафас умуман эшитилмайди. Рентген суратда касал томонда қоронғулашиш аниқланади, синус ёпиқ бўлади. Даволаш учун аввал плевра бўшлиғи ўрта аксилляр чизик бўйлаб пункция қилинади, агар йиринг топилса худди шу чизик бўйлаб 5-6 қовурғалар оралиғидан троакар ёрдамида торакоцентез қилиниб, плевра бўшлиғи Бюлау бўйича дренажланади. Плевра бўшлиғини дренажлашни 2 хил тури бор: актив ва пассив. Актив дренажлашда плеврадан йиринг тортиб ёки мусбат босим остида тортиб олинади. Пассив дренажлашда плевра бўшлиғига ўрнатилган дренаж орқали йиринг ўзи оқиб чиқади.

7. Пиепневмоторакс – плевра бўшлиғида йиринг ва хаво бўлиши. 3 та тури бор. Клиникасида беморда хансираш, юқори харорат, нафас етишмовчилиги кузатилади. Перкуссияда ўша томонда кўкрак пастки қисмларида тўмтоқлашиш, юқори қисмларида тимпаник товуш аниқланади, аускультацияда нафас умуман эшитилмайди. Рентген суратда касал томонда суюқлик сатҳига эга бўлган қоронғулашиш аниқланади, синус ёпиқ бўлади. Даволаш учун аввал плевра бўшлиғи ўрта аксилляр чизик бўйлаб пункция қилинади, агар йиринг ёки хаво топилса, худди шу чизик бўйлаб 5-6 қовурғалар оралиғидан троакар ёрдамида торакоцентез қилиниб, плевра бўшлиғи Бюлау бўйича дренажланади. Плевра бўшлиғини дренажлашни 2 хил тури бор.

8. Пневмоторакс – плевра бўшлиғида хаво йиғилиши. 3 та тури бор. Клиникасида беморда хансираш, нафас етишмовчилиги кузатилади. Перкуссияда ўша томонда тимпанит, аускультацияда нафас умуман эшитилмайди. Рентген суратда касал томонда ёришиш аниқланади.

Даволаш учун аввал плевра бўшлиғи ўрта аксилляр чизик бўйлаб пункция қилинади, агар хаво чиқса худди шу чизик бўйлаб 5-6 қовурғалар оралиғидан троакар ёрдамида торакоцентез қилиниб, плевра бўшлиғи Бюлау бўйича дренажланади. Плевра бўшлиғини дренажлашни 2 хил тури бор.

9. Ривожланувчи медиастинал эмфизема – ўпка тўқимасини ёрилиб, хавони медиастинал бўшлиққа ўтиши ва табора тарқалишига айтилади. Дастлаб медиастинал бўшлиқ хаво билан тўлади, кейин эса хаво тери ости орқали бўйин, жағ ости, юз, кўкрак қафаси, қўллар, қорин олдинги девори ва хатто ёрғоққача тарқалади, босиб кўрилганда худди қорни босгандагидек «ғирчиллайди».

Диагноз кўрик асосида қўйилади ва диагнозни тасдиқлаш учун кўкрак қафасини обзор рентгенографияси қилинади. Унда тери остида хаво қатлами, юрак атрофида хаволи халқа кўринади. Даволаш учун тери ости эмфиземаси бор сохаларга диаметри катта игналар суқилади ва буйинтирик чуқурчасида

кўндаланг кесма қилиниб, олдинги медиастинумга тушилади ва ҳаво чиқарилади. Операцияни номи – супраюгуляр медиастинотомия

Торокоцентез техникаси.

Бемор ўтирган ҳолатда, пункция қилинадиган томондаги қўли юқорига кўтарилган бўлади. Олдин операция майдонига 3 марта спирт-йод билан ишлов берилиб, l.axillaris media бўйича 5-6 қовурға оралиғидан новокаин 0,5%-10,0 мл эритмаси билан тер ива тери ости юмшоқ тўқимаси маҳаллий оғриқсизлантирилиб, торокопункция қилинади, игна пастки қовурғанинг юқори қирраси устидан киритилади ва плевра бўшлиғига тушгандан сўнг игна поршени тортилганда ҳаво ёки йиринг чиқса, игна тортиб олиниб шу игна ўрнидан териси 0,7-1,0 см кесилади ва торокар ёрдамида плевра бўшлиғига тушилади, шундан кейин торокар орқали плевра бўшлиғига поливинилхлор найчаси қолдирилади ва терига фиксация қилинади, асс. боғлам. Найнинг иккинчи учи Бюлау тизимига уланади.

1. Деструктив зотилжамлар - ўпка тўқимасини емирилиши билан кечади-ган йирингли яллиғланиш жараёнларига деструктив зотилжамлар дейилади. Таснифи: ҳозирда деструктив зотилжамларнинг клинικο-рентгенологик таснифи катта ахамиятга эга.

2) Ўпка ичи деструкциялари:

- а) ўпка абсцесслари (дренажланган, дренажланмаган, катта салқиган)
- б) буллалар (таранглашган, таранглашмаган)

2) Плеврал асоратлар:

- а) пиоторакс (чегараланган, тотал)
- б) пиопневмоторакс (чегараланган, таранглашмаган, таранглашган)
- в) пневмоторакс (чегараланган, таранглашмаган, таранглашган)

4) Медиастинал асоратлар:

- а) медиастинал эмфиземанинг оддий тури
- б) ривожланувчи медиастинал эмфизема

Деструктив зотилжамнинг турли шакллари, клиникаси, диагностикаси ва давоси.

1. Ўпканинг дренажланмаган абсцессида бемор тана харорати юқори, хансираш, ўпка-нинг абсцесс бор томони нафасда орқада қолади, перкуссияда абсцесс устида товушни тўмтоқлашиши, аускультацияда нафас жуда суст эшитилади. Диагноз қўйишда кўкрак қафасини обзор R графияси асосий. Унда ўпка соҳасида чегаралари аниқ бўлмаган айлана шаклдаги қорайиш, абсцесс атрофида перифокал яллиғланиш белгилари кўринади.

2. Ўпканинг дренажланган абсцесси – бу дренажланмаган абсцессни бронхга очилган ҳолатидир. Бемор тана харорати дренажланмаган абсцессга нисбатан бир оз пасаяди, бемор кўп миқдорда балғам ажратади, аускультацияда дренажланган абсцесс устидан амфорик нафас эшитилади. Диагноз қўйиш учун кўкрак қафасини обзор R –графияси қилинади, унда ўпка соҳасида суюқлик сатҳига эга айлана шаклли қорайиш кўринади. Даволаш учун беморга дренаж ҳолати бериш керак (агар ўпка абсцесси чап томонда бўлса беморни ўнг томонга ётқизиш. Бундан ташқари

беморга ишқорли ва ферментли ингаляциялар, кўкрак кафасини вибромассажи буюрилади.

3. Ўпканинг гигант салқиган абсцесси – тана харорати жуда баланд, кучли хансираш, касал томонни нафасдан орқада қолиши кузатилади, перкуссияда абсцесс устида тўмтоқ-лашиш, аускултацияда нафас эшитилмайди. Рентген суратда ўпканинг бир бўлаги сохасини эгаллаган айлана шаклли қорайиш участкаси кўринади. Даволаш – торакотомия, зарарланган бўлакни олиб ташлаш.

4. Таранглашмаган буллаларни клиник белгилари бўлмайди, фақат рентген суратда ўпка сохаларида турли шаклдаги ёришиш участкалари кўринади. Даволашни талаб қилмайди, вақт ўтиши билан таранглашмаган буллалар сўрилиб кетади.

5. Таранглашган булла – беморда нафас етишмовчилиги нормал тана харорати фонида кузатилади ва кучайиб боради. Перкуссияда булла устида тимпаник товуш, аускултацияда нафас эшитилмайди. Рентгенда булла сохасида ёришиш участкаси кўринади. Даволаш – пункция қилиб буллани хавосини сўриб олиш.

6. Пиоторакс – плевра бўшлиғида йиринг йиғилиши, иккита тури бор. Клиникасида бе-морда хансираш, юқори харорат, нафас етишмовчилиги кузатилади. Перкуссияда ўша томонда тўмтоқлашиш, аускультацияда нафас умуман эшитилмайди. Рентген суратда касал томонда қоронғулашиш аниқланади, синус ёпиқ бўлади. Даволаш учун аввал плевра бўш-лиғи ўрта аксилляр чизик бўйлаб пункция қилинади, агар йиринг топилса худди шу чизик бўйлаб 5-6 ковурағалар оралиғидан троакар ёрдамида торакоцентез қилиниб, плевра бўш-лиғи Бюлау бўйича дренажланади. Плевра бўшлиғини дренажлашни 2 хил тури бор: актив ва пассив. Актив дренажлашда плеврадан йиринг тортиб ёки мусбат босим остида тортиб олинади. Пассив дренажлашда плевра бўшлиғига ўрнатилган дренаж орқали йиринг ўзи оқиб чиқади.

7. Пиепневмоторакс – плевра бўшлиғида йиринг ва хаво бўлиши. 3 та тури бор. Клиникасида беморда хансираш, юқори харорат, нафас етишмовчилиги кузатилади. Перкуссияда ўша томонда кўкрак пастки қисмларида тўмтоқлашиш, юқори қисмларида тимпаник товуш аниқланади, аускультацияда нафас умуман эшитилмайди. Рентген суратда касал то-монда суюқлик сатҳига эга бўлган қоронғулашиш аниқланади, синус ёпиқ бўлади. Даво-лаш учун аввал плевра бўшлиғи ўрта аксилляр чизик бўйлаб пункция қилинади, агар йи-ринг ёки хаво топилса, худди шу чизик бўйлаб 5-6 ковурағалар оралиғидан троакар ёрда-мида торакоцентез қилиниб, плевра бўшлиғи Бюлау бўйича дренажланади. Плевра бўшлиғини дренажлашни 2 хил тури бор.

8. Пневмоторакс – плевра бўшлиғида хаво йиғилиши. 3 та тури бор. Клиникасида бемор-да хансираш, нафас етишмовчилиги кузатилади. Перкуссияда ўша томонда тимпанит, аускультацияда нафас умуман эшитилмайди. Рентген суратда касал томонда ёришиш аниқланади. Даволаш учун аввал плевра бўшлиғи ўрта аксилляр чизик бўйлаб пункция қилинади,

агар хаво чикса худди шу чизик бўйлаб 5-6 қовурғалар оралигидан троакар ёрдамида торакоцентез қилиниб, плевра бўшлиғи Бюлау бўйича дренажланади. Плевра бўшлиғини дренажлашни 2 хил тури бор.

9. Ривожланувчи медиастинал эмфизема – ўпка тўқимасини ёрилиб, хавони медиасти-нал бўшлиққа ўтиши ва табора тарқалишига айтилади. Дастлаб медиастинал бўшлиқ хаво билан тўлади, кейин эса хаво тери ости орқали бўйин, жағ ости, юз, кўкрак қафаси, кўллар, корин олдинги девори ва хатто ёрғоққача тарқалади, босиб кўрилганда худди қорни босгандагидек «ғирчиллайди». Диагноз кўрик асосида қўйилади ва диагнозни тасдиқлаш учун кўкрак қафасини обзор рентгенографияси қилинади. Унда тери остида хаво қатлами, юрак атрофида хаволи халқа кўринади. Даволаш учун тери ости эмфиземаси бор сохаларга диаметри катта игналар суқилади ва бўйинтириқ чуқурчасида кўндаланг кесма қилиниб, олдинги медиастиnumга тушилади ва хаво чиқарилади. Операцияни номи – супраю-гуляр медиастиномия

Туғма лобар эмфизема

Туғма лобар эмфизема – ўпканинг маълум бир бўлагига боровчи бронх ўтувчанлигини туғма бузилиши натижасида ўша бўлакда хавони хаддан зиёд йиғилиб қолиши. Хаво асосан шу бўлакка осон киради, лекин клапан борлиги хисобига хаво орқага жуда кам қайтиб чиқади. Клиник жихатдан 3 та тури бор: компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация. Касалликнинг асосий клиник белгиси бу буғилиш хуружидир. Декомпенсация турида буғилиш бола туғилгандан, субкомпенсация турида 1-2 ойлигидан, компенсация ту-рида эса болани катта ёшида учрайди. Хуруж пайти бола безовталанади, кўкаради, кўкрак қафасини касал томони катталашади, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда нафас эшитилмайди. Диагноз қўйиш учун кўкрак қафасини обзор рентгенографияси қилинади, унда агар туғма лобар эмфизема бўлса шу бўлак сохасида ёришиш аниқланади. Давоси – оператив торакотомия, лобэктомия.

Ўпканинг туғма кисталари

Ўпканинг туғма кисталари – ўпкадаги ўз қобиғига эга туғма характерга эга суюқликли хо-силадир. Уларнинг 2 та тури бор: асоратсиз ва асоратланган кисталар. Ўпканинг туғма асоратсиз кисталари клиник белгиларсиз кечади ва тасодифан текшириш вақтида аниқла-нади. Шу кисталар йиринглаганда ёки таранглашганда кистани асоратланиши дейилади. Асоратланган кисталарда бемор хансирайди, харорати кўтарилади, интоксикация ва нафас етишмовчилиги белгилари кузатилади. Ўпканинг туғма кисталари кўкрак қафасини обзор R-графиясида аниқланади, унда айлана шаклли қорайиш кўринади. Даволаш фақат оператив – торакотомия, кистэктомия

Бронхоэктатик касаллик

Бронхларни кенгайишига бронхоэктазия дейилади.

Таснифи: а) келиб чиқиши бўйича:

1. туғма
2. дизонтогенетик
3. орттирилган.

б) кенгайган бронхни шакли бўйича:

1. цилиндрсимон 2. қопсимон 3. кистасимон

в) тарқалиши бўйича: бир томонлама ва икки томонлама

г) касалликни фазаси бўйича: хуруж даври ва ремиссия даври

Клиникаси - хуруж даврида беморда балғамли йўтал, айниқса эрталаблари кўп миқдорда балғам ажралади, хансирайди, тана харорати кўтарилади, иштахаси паст, тез чарчайди, терлайди, жисмоний зўриқиш пайти хансираш кучаяди. Аускультацияда ўпкаларда хўл ва қуруқ хириллашлар эшитилади. Сурункали нафас етишмовчилиги хисобига бармоқлар «барабан таёқчалари»га, тирноқлар эса «соат ойнаси»га ўхшайди.

Диагностикаси – асосий диагностика усули бронхография, яъни бронхларга контраст модда киритилиб, рентген қилинади. Агар бронхоэктазия бўлса, кенгайган бронхларни кўриш мумкин.

Даволаш – консерватив ва оператив даволаш усуллари бор. Агар жараён тарқоқ бўлиб хар иккала ўпкага тарқалган бўлса, бундай пайтда консерватив усул қўлланилади. Бунинг учун антибиотиклар, инфузион даво, бронхоскопик санация қилинади, яъни сунъий нафас фонида бронхоскоп бронхларга киритилади ва бронхлар антибиотиклар, ферментлар ва анти-септиклар билан ювилади. Агар жараён бир томонлама бўлиб, 14 тагача сегмент бронхоэктаз билан касалланган бўлса, ундай пайти лобэктомия ёки пульмонэктомия қилинади.

Пьер-Робин синдроми

Пастки жағни ривожланмай қолиши (ретрогнатия), танглайни битмаганли ва тилни нотўғри жойлашишига Пьер-Робин синдроми дейилади. Шу нуқсонлар сабаб вақти-вақти билан тил орқага кетиб, нафас йўлини бекитиб қўяди ва болада ўткир нафас етишмовчилиги кузатилади. Шунинг учун беморни онасига орқага кетган тилни тортиб чиқариш ўргатилади, акс холда бола ўлиб қолиши мумкин. Бундай беморлар махсус давони талаб қилмайди, фақат тилни орқага кетиб қолмаслиги назорат қилиб турилса бўлди. Ёпилмаган танглай 1 ёшдан кейин тикилади, ривожланмай қолган пастки жағ эса вақт ўтиши билан ривожланади. Баъзи пайтларда тил лунжга, оғиз тубига тикиб қўйилади. Фақат болани тўғри парвариш қилиш зарур

7 мавзу. Упканинг ва кукрак қафасининг нуқсонли ривожланишлари ва касалликлари

Туғма бўлакли энфезема

Бу туғма нуқсон бўлиб, бунда ўпканинг бир қисми (ёки кўпинча бир бўлак) кенгайган бўлади.

Этиологияси. Аниқ сабаб топилган эмас. Бронх тоғайи аплазияси, мушаклар гипоплазияси туфайли келиб чиқиши мумкин.

Клиникаси. Клиник манзарасида нафас ва юрак етишмаслик симптомлари билан намоён бўлади. Нафас етишмаслик ўпканинг катта ҳажми нафас актида иштирок этмаслиги ва қолган қисмини ҳам босиши туфайли келиб чиқади. Кўкрак қафас чи босимини ошиши туфайли кўкс

оралиғи аъзолари силжиши натижасида юрак-қон томир етишмаслиги келиб чиқади.

Клиникасида 3 та формаси фарқланади: компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган формалари.

Декомпенсацияланган формаси бола туғилгандан намоён бўлади, клиникасида умумий цианоз, хансираш, нафас асимметрияси (кенгайган ўпка нафас актида иштирок этмайди), қуруқ йўтал, овқатланиш вақтида асфиксия хуружлари кузатилади.

Диагностикаси. Кўкрак қафаси Р-граммасида кўкрак қафасининг шу томонида ёруғланиш ошган, айрим ҳолларда ўпка расми бутунлай аниқланмаслиги мумкин. Кўкс оралиғи соғ томонга силжиган, медиастенал чурра ҳам бўлиши мумкин. Соғлом ўпка худди учбурчак ателектаз кўринишида бўлади. Диагностикасида асосий ўринни ангиопульманография эгаллайди, бунда ёруғланиш ошган ўпкада қон томирлари кам аниқланади.

Компенсацияланган формаси деярли клиник белгилари бўлмайди, фақатгина ўпкада яллиғланиш жараёнлари кўшилганда намоён бўлиши мумкин. Рентгенологик текширишларда диагноз қўйилади.

Давоси. Ягона даволаш усули оператив, яъни нўксонли ўпка бўлаги олиб ташланади.

Туғма солитар киста

Бунда марказда, яъни илдиз олди соҳасида ёки периферияга яқин жойларда кистоз ҳосила борлиги билан характерланади. Адабиётларда «бронхиал киста» ёки «бронхоген киста» ҳам деб номланади. Киста девори микроскопиясида бронх девори элементлари: тоғай пластинкалари, цилиндрик эпителий, эластик ва мушак толалари аниқланади.

Эмбриогенез даврида кўшимча гипоплазияланган бўлак ҳосил бўлиб, бронхиал дарахтдан ажралган ҳолда ёки алоқа қилган ҳолда бўлади.

Клиникаси. Киста ўлчами кичик бўлса, бронх билан алоқа қилмаса, ҳеч қандай клиник белгилар бўлмайди, фақатгина тасодифан рентгенологик текширишларда аниқланиши мумкин. Агарда бронх билан алоқада бўлса, клиник белгилар юзага чиқади (аускултацияда хўл йўтал, қуруқ хириллашлар эшитилади), Р-граммада суюқлик сатҳли киста аниқланади. Киста инфекцияланганда тана ҳаороратининг кўтарилиши, интоксикация белгилари, безовталиқ ва иштаҳанинг пасайиши каби ўзгаришлар аниқланади.

Киста ўлчами катта бўлса, марказда жойлашган бўлиб бронх билан алоқада бўлса ўпканинг босилиши туфайли нафас бузилиш синдроми келиб чиқади. Худди таранглашган пневмотораксдек клапанли механизм туфайли нафас ва юрак етишмаслиги келиб чиқиш мумкин.

Диагностикаси. Киста таранглашганда шу ўпкада нафас суст эшитилади, перкуссияда қутичали товуш, кўкс оралиғи аъзоларининг соғ томонга силжиши аниқланади. Кўкрак қафаси Р-граммасида аниқ контурли ҳаволи киста аниқланади, суюқлик сатҳи ҳам бўлиши мумкин.

Давоси. Ягона даволаш усули оператив, яъни нўқсонли ўпка сегменти ёки бўлаги олиб ташланади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ю.Ф.Исаков. Хирургические болезни у детей. М., 2003 г.
2. Г.А.Баиров. Срочная хирургия детей. Руковод. М., 1997 г
3. А.С.Сулаймонов Болалар хирургияси. Т., 2000 й.
4. К.У.Ашкрафт, Т.М.Холдер Детская хирургия, 3 тома, С-П. 1999 г.
5. Г.А.Баиров. Л.М.Рошаль. Гнойная хирургия детей. М., 1991г.
6. Ю.Ф.Исаков Руководство по детской торакальной хирургии М.,1988 г.
- 7.Г.А.Баиров Хирургия недоношенных детей. Л. Медицина. 1977 г.
- 8.А.М.Шамсиев Острые деструктивные пневмонии у детей. Т., 1988 г
9. Г.А.Баиров Хирургия пороков развития у детей. М.,1963 й.
10. А.М Шамсиев, Д.А. Атакулов, А.И. Ленюшкин. Хирургические болезни детского возраста. Т., 2001 г.