

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



# РЕФЕРАТ

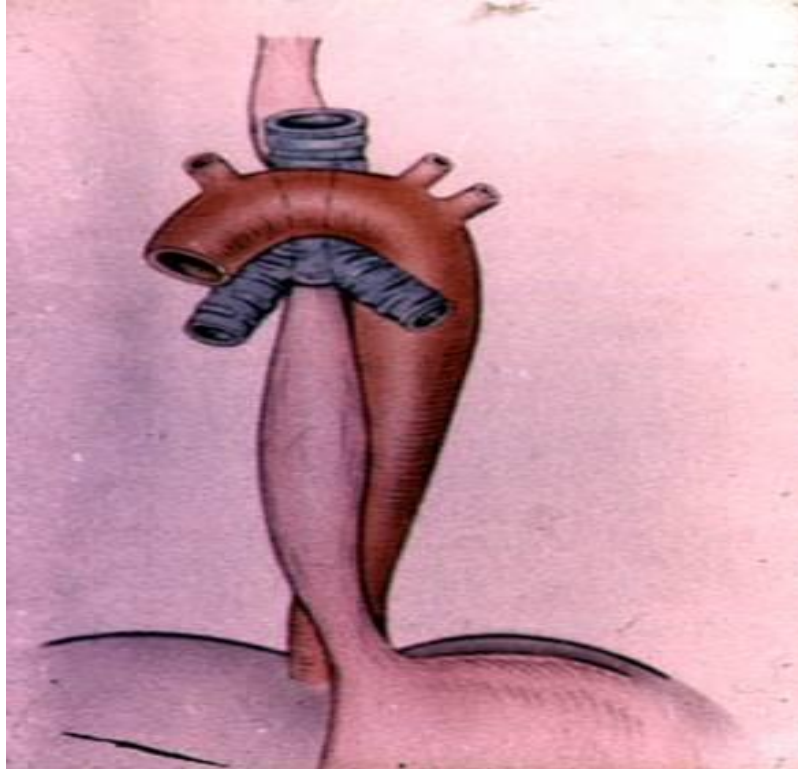
**Мавзу: Қизилўнгач топографо-анатомияси ва физиологияси**

**Бажарди: Турсункулова М.**

**Самарқанд 2017 йил**

## Қизилўнғач топографо-анатомияси ва физиологияси.

Қизилўнғач (oesophagus) - ҳалқумни меъданинг кардиал қисми билан туташтириб турадиган ковак аъзо бўлиб, балоғат ёшидаги одамда унинг узунлиги 24-29 см ни ташкил этади. Қизилўнғач деворининг қалинлиги ўрта ҳисобда 3-4 мм атрофида бўлиб, узуксимон тоғайнинг пастки чети, VI бўйин умуртқаси соҳасидан бошланади ва унинг пастки қисми (2-4 см) қорин бўшлиғида жойлашган бўлади.



**1-расм**

Қуйидаги маълумотлар амалий аҳамиятга эга: қизилўнғачда учта торайма бўлиб, юқоригиси қизилўнғачнинг кириш қисмида юқори қозик тишлар олдинги четидан тахминан 14-15 см масофада, ўрта торайма аорта равоғи ва чап бош бронх соҳасида ва пасткиси диафрагма билан кесишган жойида бўлади.

Қизилўнғач анатомик жиҳатдан уч қисмга бўлинади: бўйин қисми (pars cervicalis) (бошланишдан орқа кўкс оралиғигача кириш қисмигача - 5-6 см), кўкрак қисми (pars thoracalis) - кўкрак қафасидан диафрагмагача - тахминан 17 см) ва қорин қисми (pars abdominalis) - диафрагмадан чиқишдан меъданинг кардиал қисми билан туташгунча - 2-4 см).

Қизилўнғач ўз йўлида қатор аъзолар билан дуч келади ёки уларга анатомик жиҳатдан яқин, қизилўнғачнинг олдинги томонида юқорида трахея туради. Трахея бифуркацияси сатҳида қизилўнғачни чап бронх кесиб ўтади. Пастрокда эса, перикард билан ажратилган ўнг бўлманинг орқа юзаси жойлашади.

Диафрагмал тешик орқали ўтишнинг охирида, энди қорин пардаси билан қопланган қизилўнгач жигарнинг чап бўлагига тегиб туради.

Қизилўнгач орқасида умуртқа поғонасининг бўйин қисми ва биринчи кўкрак умуртқалари жойлашади. Th<sup>10</sup> ёрдамида у кўкрак йўли (ductus thoracicus) ни кесиб ўтади ва умуртқа поғонасидан узоқлашади, қизилўнгач орқасида ичкарида ўнг томонда тоқ вена (v. azygos), чап томонда кўкрак аортаси, улар орасида эса кўкрак йўли жойлашади. Шу йўлда қизилўнгач ўнг бронхиал артерияни, бир неча қовурғалараро артериялар ва веналарни, ҳамда ундан плевра билан ажратилган v. hemiazygosни кесиб ўтади. Қизилўнгач ўнг томонда юқорида трахея билан бекилган. Худди шу ерда ўнг қайтувчи нервнинг тармоғи ўтади. Энг юқори бўлимида у қалқонсимон безнинг ўнг бўлагига тегиб туради.

Чапда қизилўнгач қалқонсимон безнинг чап бўлаги, шу безнинг веналари билан чегараланиб туради. Унга трахео-эзофагеал бурчакдан қизилўнгачнинг олдинги сатҳига ўтадиган чап қайтувчи нерв яқинлашади. Унинг яқинида, чап ўмров ости соҳасида кўкрак йўли жойлашади. Кейинроқ қизилўнгач аорта равоғининг горизонтал қисмига яқинлашади, медиастинал плевра, кардия соҳаси, меъда тубига тегиб туради.

Ўнг адашган нерв қизилўнгачга ўнг бронх билан кесишган сатҳида яқинлашади, бу IV-V кўкрак умуртқаси сатҳига мувофиқ келади ва қизилўнгачнинг орқа юзасида жойлашиб, қорин бўшлиғига киради. Чап адашган нерв қизилўнгачнинг олдинги деворига яқинлашади. Шундай қилиб, қизилўнгач ўзининг бутун йўлида трахея, пастга тушадиган аорта, кўкрак йўли, симпатик чегарадош устуннинг кўкрак қисми, ўпка ва плевра, диафрагма, юқори ковак вена, перикард ва юракнинг орқа юзаси билан анатомик жиҳатдан яқин ёки тегиб туради.

Қизилўнгач бўйин қисми ва кўкрак бўлими бошланишда аорта равоғигача ўрта чизикдан бирмунча чапда ётади. Кўкрак бўлимининг ўрта қисмида қизилўнгач ўрта чизикдан бирмунча ўнгга оғади ва диафрагма устида аортадан олдинда ётади. Шундай қилиб, қизилўнгач бўйин бўлимида чапдан кесишга қулай. Кўкрак бўлимининг пастки учдан бир қисмида қизилўнгач пастга тушадиган аорта ва юрак халтаси орасида ётади ва унга чап томонлама трансплеврал йўл билан яқинлашиш осон.

Умуман олганда, қизилўнгачнинг тузилиши бутун меъда-ичак йўлига мувофиқ келади. Девори 4 қаватдан ташкил топади - шилиқ қават (mucosa), шилиқ ости қавати (submucosa), мушак қавати (muscularis) ва ташқи бириктирувчи тўқима пардаси (tunica adventicia). Қизилўнгачнинг шилиқ пардаси кўп қаватли ясси эпителий бурмаларидан ҳосил бўлган. Қизилўнгач кўп қаватли ясси эпителийсининг меъданинг цилиндрсимон эпителийсига ўтиши кескин, тишсимон

чизик кўринишда юз беради (linea zerrata). Кўпчилик кишиларда у анатомик кардиядан бирмунча юқорида жойлашган.

Қизилўнгачнинг охириги қисмида одатда тахминан 75% ҳолларда қизилўнгачнинг юза ёки кардиал безларини сақлаган меъда шиллиқ пардасининг соҳалари бўлади. Бу безлар меъданинг кардиал безига ўхшаш ва хлорид кислота ишлаб чиқарадиган париетал хужайралар сақлаши мумкин. Меъда цилиндрсимон эпителийсининг эктопик жойлашган оролчалари ва юзаки жойлашган безлар қизилўнгачнинг бирмунча проксимал соҳаларида ҳам учраб туради. қизилўнгач яралари ривожланишида уларга муайян аҳамият берилади.

Шиллиқ ости пардаси (қавати) бириктирувчи тўқима ва эластик толалардан ҳосил бўлган: у ғовак ва ҳаракатчан. Қизилўнгачнинг шиллиқ ости пардасида, айниқса унинг проксимал бўлимида унинг чуқур ёки «хақиқий» безлари жойлашган. Уларнинг умумий миқдори 200 дан ошмайди деб ҳисоблайдилар. Без шиллиқ парда юзасига бурчак остида йўналган йўлларга очилади. Безнинг умумий узунлиги 1 мм дан ошмайди. Қизилўнгач девори безлари секрециясини вагус назорат қилиб туради. Унинг секретор толалари таъсирлантирилганда безлар куюқ шиллиқ чиқара бошлайди, у тобора суюқланиб боради. Бу секрет ҳазм қилиш кучига эга эмас.

Қизилўнгачнинг мушак девори ички доира мушаклар ва ташқи бўйлама толалардан иборат. Улар ўртасида ғовак бириктирувчи тўқима қатлами бўлади, унда йирик томирлар ва нервлар (plexus my entericus) жойлашган. Бўйлама мушак қавати одатда циркуляр қаватдан икки баравар юпқа, қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида мушаклар кўндаланг-тарғил, мушак пардасининг учдан бир пастки қисми силлиқ мушаклардан ташкил топган. Сфинктер аҳамияти бўлган мушак қаватининг қалин қисми қизилўнгачга кириш қисмида ва диафрагмал торайма сатҳида бўлади. Ф. Ф. Сакс (1964) фикрича, катта одамда қизилўнгач мушак қавати циркуляр қатламининг қалинлиги кардия соҳасида 2,2 мм, бу унинг бирмунча проксимал қисмларидаги қалинлигидан 1,5-2 марта ортиқдир.

Қизилўнгач ташқи томондан ғовак бириктирувчи тўқима билан ўралган, ундан лимфатик ва қон томирлар, бириктирувчи тўқимадан иборат тортмалар ўтади. Чунончи, қизилўнгачнинг олдинги чап деворини чап бронх асоси билан боғлаб турадиган чап қизилўнгач - бронхиал бойлами, қизилўнгачнинг орқа-чап деворини аорта равоғининг ботиқ юзасига тақаб турадиган қизилўнгач - аортал бойлами ва қизилўнгачнинг дистал бўлимини диафрагмага тақаб турадиган Морозов-Саввин бойлами кабилар фарқ қилинади. Қизилўнгачнинг абдоминал кесиги сероз парда билан қопланган бўлади.

**Қизилўнгачнинг қон билан таъминланиши.** Қизилўнгач артериал қон билан ўмров ости артерияси тармоқларининг юқори қисмида, юқори қовурғалараро ва

қалқонсимон без артериясидан, кўкрак қисмида пастки диафрагмал ва чап меъда артериялари тармоқларидан таъминланади. Қизилўнгач артериялари ўзаро кенг анастомоз ҳосил қилади. Бу ҳол шу аъзода операция ўтказишда жуда қўл келади.

Веноз оқим пастки қалқонсимон, перикардиал, орқа кўкс оралиғи ва диафрагмал веналар орқали амалга оширилади. Қон *v. v. azygos* ва *hemiazygos* га қуйилади. Қизилўнгач веналари асосан узунасига жойлашган бўлиб, унинг пастки учдан бир қисмида шиллиқ парда ости ва мушак пардаларида меъданинг кардиал қисми шиллиқ пардаси остидаги чигалнинг давоми ҳисобланган мураккаб веноз чигал бўлади. Қон веноз чигалдан қизилўнгач веналари бўйлаб, *v. v. azygos* ва *hemiazygos* га ва юқори ковак венага йўналади: бу веналарнинг клапанлари бўлмайди. қизилўнгачнинг қорин қисми веналари меъда веналари ва қопқа вена билан бевосита боғланган. қизилўнгач веналари орқали қопқа ва ковак веналар системаси ўртасида анастомоз амалга оширилишини қайд қилиб ўтиш муҳим.

Қизилўнгачнинг лимфатик томирлари меъданинг чуқур лимфатик тугунларига қуйилади. Лимфа қизилўнгачнинг юқори қисмидан трахеал ва трахеобронхиал лимфатик тугунларга, пастки қисмидан кардия тугунларига тушади. Қизилўнгач лимфатик тугунларининг бир қисми бевосита кўкрак йўлига очилади (Д. А. Жданов, 1952), бунинг қизилўнгач ракиннинг кейинчалик метастазлар беришида аҳамияти каттадир.

Қизилўнгачни парасимпатик *n. vagi* тармоқлари ва симпатик нерв системаси (*gangl. stellatum* нинг толалари, артериал ва кекирдак-хиқилдоқ чигали) орқали иннервация қилади. Иккала системанинг нерв толалари қизилўнгач юзасида чигаллар: ўнг адашган нерв тармоқлари билан чап-орқа қизилўнгач чигалини, чап адашган нерв тармоқлари билан ўнг олдинги қизилўнгач чигалини ҳосил қилади. Улардан қизилўнгач бағрида интрамурал нерв чигалини (мушаклараро, ауэрбах) ва шиллиқ парда ости (Мейснер) чигалини ҳосил қиладиган толалар чиқади. Булар қизилўнгач деворини иннервация қилади.

Қизилўнгачнинг бўйин қисми қайтувчи нервлар, кўкрак қисми ўзаро анастомозланадиган адашган нервлар тармоқлари ва симпатик нерв толаларидан иннервация қилинади. қизилўнгачнинг қуйи қорин нерви (*n. splanchnicus*) дан тармоқлар олади. Ўз-ўзини реффлектор бошқариш интрамурал ва экстрамурал нерв толалари ва чигаллари томонидан амалга оширилади.

**Қизилўнгач фаолияти.** Қизилўнгачнинг физиологик аҳамияти овқатни ҳалқум бўшлиғидан меъдага ўтказиш бўлиб, айрим ҳолларда эса бунинг тескарисини бажаришга (қайт қилиш, кекириш) тўғри келади. Ютиш, қайт қилиш ва физиологик регургитациядан ташқари вақтларда унга ҳалқумдан ҳаво ва меъда-ичаклардан суюқлик тушишининг олдини олиш учун қизилўнгач бўшлиғи иккала томондан чегараланган бўлиши керак. Юзаки қараганда қизилўнгач функцияси

жуда оддийга ўхшаб кўринади, ҳақиқатда эса у «жуда мураккаб ва қарама-қаршилиқларга тўла» деб ҳисобланади.

Ютишдан ташқари вақтда соғлом одам қизилўнгачида қисқаришлар бўлмайди. Унинг бўшлиғидаги босим кучсиз манфий ва кўкрак қафасидаги босимга ва нафас фазасига боғлиқ, бўлади. Ҳалқум қизилўнгач ва унинг меъдага ўтадиган соҳасида бирмунча юқори босим - юқори ва пастки «ошган босим соҳалари» қайд қилинади. Улар сфинктер вазифасини бажарадиган қизилўнгач бўлимлари мушагининг тоник қисқариши натижасида ҳосил бўлади, деб ҳисоблайдилар. Қизилўнгачнинг асосий вазифаси ютишни таъминлаб беришдан иборат.

Ютиш жараёни одатда 3 фазага бўлинади. 1 - фазасида чайналган ва юмшаб қолган овқат тил устига сурилади ва унинг мушаклари томонидан тил асосига юмалатилади. Мушаклар қисқариши натижасида оғизнинг орқа қисмида, ҳалқумда ва оғизнинг юқори қисмида босим манфий бўлади. Овқат луқмаси Васильев рефлекс соҳасини (тил асоси, орқа ёйчалар, деворлари) таъсирлантириб, ҳалқум мушакларини қискартиради (ютишнинг иккинчи фазаси). Ютишнинг соф рефлектор 2-фазасида овқат ҳалқумдан ўтади. Ютишнинг 3-фазаси бошланишида ҳалқум бўшлиғига бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиғига ва ҳиқилдоқдан ҳоли бўлади ва овқат луқмаси сурилиши учун фақат бир йўналиш қизилўнгач қолади. Ҳалқумни қисадиган мушаклар қаттиқ қисқариб овқат луқмаси қизилўнгачга йўналади.

Овқатнинг қизилўнгач бўйлаб сурилиши 3 омилга боғлиқ:

1. Овқат қизилўнгачга катта босим остида тушади.
2. Овқатнинг оғирлик кучи.
3. Қизилўнгач перистальтикаси.

Суюқлик ёки қаттиқ овқат ютилишида, шунингдек одам вазиятига боғлиқ ҳолда овқат луқмасининг сурилишида учала омил қатнашади. Сув перистальтик тўлқиндан илгарилаб ўтиб, қизилўнгач орқали тез сўрилади ва ютишдан 1-3 секунд ўтиши билан меъдага етиб боради. Шунинг учун қизилўнгач кимёвий моддалардан куйганда, масалан, ўювчи ишқор ютиб юборилганда, шиллиқ парда бир хил зарарланмайди. Қаттиқроқ овқат луқмаси ютилаётганда у асосан қизилўнгач деворларининг перистальтик ҳаракатлари туфайли ҳаракат қилади. Бунда қизилўнгачнинг луқмадан юқори қисми қисқаради, пастки қисми эса бўшашади. Овқатнинг қизилўнгач орқали ўтишига 6-8 (15 гача) секунд керак. Перистальтик тўлқин берадиган босим сув устуни ҳисобида 20-140 см (ўрта ҳисобда сув устуни ҳисобида 40-80 см) ва овқат луқмасининг катта-кичиклигига боғлиқ эмас.

Ютиш жараёни мураккаб рефлектор жароён ҳисобланади. Ютиш аввалига ихтиёрий бош мия пўстлоғи таъсири остида содир бўлади. Овқат танглай ёйчалари орқасига тушганда (ютишнинг II ва III фазалари) ютиш беихтиёр, рефлектор бўлиб қолади, ҳатто уйқу ва хушсиз ҳолатда ҳам содир бўлади. Ютиш

рефлексининг эффектив нервлари бўлиб, тил мушаклари учун n. hypoglossus тармоқлари, n. trigemeni нинг 3 тармоғи m. mylohyoideus учун, n. glossopharyngeus нинг ҳалқум тармоғи, ҳалқум ҳамда қизилўнгач мушаклари учун n. vagus нинг ҳалқум ва қизилўнгач тармоқлари ҳисобланади. Ютиш маркази кўприкда ва узунчоқ мияда жойлашган. Бирмунча чегараланган манзили n. vagus ядросига яқин жойда бўлади.

Меъда суюқлигининг қизилўнгачга тушишига тўсқинлик қиладиган физиологик механизмлар (регургитация ва рефлюкс) сўнгги вақтларгача ўрганиб чиқилмаган. Кўп сонли тажрибалар қизилўнгач -меъда бирикадиган соҳанинг “бир томонлама ўтказувчанлиги” борлигини кўрсатди. Кардиянинг ёпқич механизмини ўрганишга катта аҳамият берилади. Унинг физиологик функциясининг бузилиши кўп касалликларда (кардия ахалазияси, пептик эзофагит, диафрагма-қизилўнгач тешиги чурраси) кузатилади ва қизилўнгач патологиясининг каттагина қисмини ташкил қилади.

### **Умумий симптоматологияси**

Ютиш фаолияти бузилиши, ёқимсиз сезгилар, овқат ютиш вақтида пайдо бўладиган оғриқлар қизилўнгач зарарланганидан далолат берадиган энг муҳим шикоятлардан ҳисобланади.

Дисфагия (ютишнинг бузилиши) - ютиниш ҳаракатини бажара олмаслик, ҳалқумда ва қизилўнгач бўйлаб овқат луқмаси ҳаракатининг бузилиши, шунингдек бу аъзоларда овқат тутилиб қолиши билан боғлиқ ёқимсиз сезгилар. Дисфагия оғриқ билан ўтиши мумкин - dysphagia dolorosa ютишда оғриқ одатда зарарланган сатҳда сезилади, у орқага, бўйинтуруқ венага ҳам ўтиши эҳтимол.

Кўпчилик беморлар овқат луқмаси қаерда тутилиб қолаётганини аниқ айтиб бера оладилар. Бироқ бу сезги қатор ҳолларда одатда ҳақиқий тутилиб қоладиган жойдан бирмунча юқорида босилиш, қисилиш сезгиси сифатида ўтади. Ютиш бошланишидан тутилиш сезгиси пайдо бўлгунча ўтган секундлар билан ҳисобланадиган вақт қизилўнгачнинг ҳақиқий зарарланган жойини аниқлашга ёрдам беради. Ютилгандан кейин 1-1,5 секунд ўтгач овқат луқмаси қизилўнгачнинг бўйин бўлимида бўлади, кейинги 5-6 секундда қизилўнгачдан ўтади ва ютиш бошлангандан 6- 8 секунд кейин меъдага тушади.

Дисфагияда қизилўнгачнинг органик зарарланиши (рак, стенозлар ва б.) натижасида биринчи навбатда қаттиқ овқат (нон, олма, гўшт бўлағи ва б.) тутилиб қолади. Устидан сув ичиб юбориш кўпинча енгиллик беради. Функционал дисфагияда (эзофагоспазм оқибатида) суюқлик, айниқса жуда иссиқ ёки совуқ суюқлик ичилганда аксарият қийинчиликлар пайдо бўлади. Жуда қуруқ овқат ёки катта бўлақларни ютиш соппа-соғ одамларда дисфагия келтириб чиқариши мумкин. Дисфагия доимий ёки ўзгариб турадиган бўлади. Доимий дисфагия

қизилўнғач бўшлиғини янада торайишга олиб келадиган органик касалликларда кузатилади. Ўзгариб турадиган дисфагия эзофагоспазмга боғлиқ.

Қатор ҳолларда дисфагия сабабини аниқлаб бўлмайди. Дисфагия сабабларини изоҳлаб берадиган қуйидаги маълумотларни келтириш диққатга сазовор. А. А. Штусс ва Д. Д. Ашурбеков маълумотларига кўра рентгенологик текширишга юборилган, дисфагияси бўлган 534 нафар бемор орасидан 290 нафарида қизилўнғач раки, 59 нафарида функционал бузилишлар, 20 нафарида қизилўнғачнинг сурилиши ва эзилиши, 1 нафарида диафрагма - қизилўнғач тешиги чурраси, 34 нафарида эса бошқа касалликлар топилган. 120 нафар одамда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмаган.

Тўш орқасида босим, тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш вақтида пайдо бўлади ва аксарият кардия ахалазиясида кузатилади. Босим ёки тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш бошланган вақтда пайдо бўлган ҳолларда врач бу симптомга айникса диққат-эҳтиборини қаратиши зарур. Одатда бу жиддий касаллик белгиси (қизилўнғач раки, меъданинг скирри, кардия ахалазияси ва б.) ҳисобланади. Уни иштаҳа пасайиб кетгандаги тез тўйиб қолиш белгиси деб ўйламаслик керак.

**Оғриқ (dolor).** Қизилўнғач касаллигига учраган кўпгина беморлар оғриқдан шикоят қиладилар. Одатда у тўш орқасида ўрта чизик, бўйлаб зарарланиш соҳасига тахминан мос келадиган жойда бўлади, бироқ у ўнг томондан орқага ва тўшдан чап томонга берилиши ҳам мумкин. Оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ бўлиши ва ютинишнинг бузилиши билан ўтиши мумкин (рак, стеноз, дискинезияда). Кўпинча бундай ҳолларда атайин қайт қилиш бемор аҳволини енгиллаштиради.

Кардия раки ва ахалазияси бўлган беморларда спонтан (ўз-ўзидан бўладиган) оғриқлар бўлади. Улар оғриқ кризлари характерини олиши мумкин. Одатда «оғриқ кризлари» касалликнинг бирмунча илк даврида, аксарият тунда бошланади. Оғриқлар жуда қаттиқ бўлади, орқага, қизилўнғач бўйлаб юқорига, бўйинга, жағга ўтади, бир неча минутдан бир неча соатгача давом қилади. Кризлар ойига 1-3 марта, камдан-кам ҳолларда бундан кўпроқ пайдо бўлади.

**Кекириш (eructatio).** Ҳаво ва овқат билан кекириш фарқ қилинади. Кекириш пайдо бўлишида меъда мушаги қисқариши билан бир қаторда кардиал сфинктер тонусининг пасайиб кетиши асосий аҳамиятга эга. Кўп овқат ейиш ёки газ қўшилган ичимликлар ичишдан сўнг соппа-соғ одамларда ҳаво билан кекириш физиологик ҳодиса ҳисобланади. Бундай сабабларсиз пайдо бўладиган ва беморларни безовта қиладиган тез-тез ва қаттиқ кекириш кўп касалликларда кузатилади. Овқат қизилўнғачда ёки дивертикулда туриб қолганда, рак стенозида, мегаэзофагусда кекирганда қўланса хид келади.

**Қизилўнғачдан қусиш (regurgitatio).** Қизилўнғачдан қусиш овқат билан кекиришга яқин. Бундай қусишдан олдин кўнгил айнаши кузатилмайди, унда

одатда қорин бўшлиғи ва меъда мушаги қисқармайди, овқат кенгайиб ва тўлиб кетган қизилўнгачдан унинг деворлари спастик қисқариши натижасида оғизга отилиб чиқади.

Қизилўнгачдан қайт қилиш:

1) қизилўнгачда овқат тутилиб ва йиғилиб қолиши билан ўтадиган касалликларда - стеноз, қизилўнгач раки, кардия ахалазиясида;

2) қизилўнгач дискинезиясининг айрим турларида кузатилади.

Қаттиқ ҳикичоқ тутиши қизилўнгач ракида, камроқ ҳолларда қизилўнгач тешиги чурраларида кузатилиши мумкин.

Қизилўнгач касалликлари (рак, камроқ дивертикуллар, ахалазия) бўлган талайгина беморлар оғиздаги ёқимсиз таъм ва иштаҳа йўқлигидан нолийдилар.

Қизилўнгачдан кип-қизил рангли қон оқиши мумкин, бу ҳодиса қизилўнгач ракида, веналари варикоз кенгайганда кузатилади.

Овқатланишнинг бузилиши оқибатида ҳолдан тойиш қизилўнгач анчагина торайганда (рак, стенозлар, кардия ахалазияси ва б.) учрайди. қизилўнгач ракида ҳолдан тойиб ориқлаб кетишга рак интоксикацияси ва беморларда иштаҳа пасайиб кетиши сабаб бўлади.

**Қизилўнгачни рентгенологик текшириш усуллари.** У ҳар хил ҳолатларда рентгеноскопия ва рентгенография қилишдан, қатор ҳолларда эса қўшимча текшириш усуллари: рентгенокимография, томография, қизилўнгачни контрастлаш билан пневмомедиастинография қилишдан иборат. Контраст аралашма билан тўлдирилган қизилўнгачни беморни қия вазиятларда текширишдан бошланади, чунки тўғри вазиятда рентген нурлари сагиттал йўналганда қизилўнгач умуртқа поғонаси, тўш суяги ва юрак-томирлар дастаси сояси орқасида яширинган бўлади.

Қизилўнгач шиллиқ пардаси пневморельефи манзарасини олиш учун бемор барий аралашмасини кичик-кичик қултумлар билан тўхтамасдан ичиши керак. Барий аралашмаси билан у кўп миқдорда ҳаво ютади ва шиллиқ парданинг қўшалок контрастли манзараси вужудга келади. Эзофагоскопия қизилўнгач деворини кўздан кечиришга имкон берадиган жуда қимматли усул ҳисобланади, у кўрсатмалар бўлганда эса гистологик текшириш учун тўқима бўлакчасини олиш (биопсия) ва айрим зарур хирургик операцияларни бажаришга шароит ҳозирлайди.

Замонавий эзофагоскоп ёки бронхоэзофагоскоп қизилўнгач ва нафас йўлларини кўздан кечириш учун чиқариладиган асбоблар (бир-бирига ўхшашлигидан одатда бронхоэзофагоскоп номи остида бирлашган комплекслар чиқарилади). Металлдан ясалган кўриш найи, ёритгич мосламаси ва операцион асбоблар йиғиндиси (ёт жисмларни олиб ташлаш ва биопсия учун ҳар хил омбурлар, зондлар, операцион қовузлоқлар, электр коагуляторлар, металл ёт жисмларни чиқариш учун махсус электр магнитлар ва бошқалар) дан ташкил топган.

Сўнгги йилларда эгилувчан эзофагоскоп-фиброскопларнинг Янги моделлари ишлаб чиқилмоқда. Фиброскоплар диагностик эзофагоскопия ўтказишни енгиллаштиради ва қизилўнгачга эгилмайдиган узун металл найча киритиш билан борлиқ хавф-хатарни маълум даражада бартараф этишга имкон беради.

**Биопсия** - гистологик текшириш учун тўқима бўлакчаларини кесиб олиш - одатда эзофагоскопия вақтида қизилўнгач ракига гумон қилинган ҳолларда ўтказилади. Қизилўнгач ракини аниқлашда қизилўнгач ювиндиси ёки қирмаси ва шубҳали қисмини цитологик текшириш катта ёрдам кўрсатади. Бу усул етарли даражада аниқ маълумотлар беради. Турли муаллифларнинг фикрича, текширишнинг ижобий натижалари қизилўнгач раки билан касалланган беморларнинг 70-95 фоизида қайд қилинади. Цитологик текшириш учун материал олиш техникаси оддий ва бемор учун ҳеч қандай хавф-хатар туғдирмайди.

**Эзофаготонокимографик текшириш.** Қизилўнгач қисқаришларини, унинг ички босимини ва девори тонусини ёзиб олиш - эзофаготонокимо-графия дейилади, бунда олинadиган эгри чизиклар эса эзофаготонокимо-грамма деб аталади.

Кўпинча эзофаготонокимографияни учига мўъжазгина баллончалар маҳкамлаб қўйилган кўп каналли зонд ёрдамида ўтказилади. Зондни қизилўнгачга юборилади, унинг эркин учини қайд қиладиган аппаратурага уланади.

Қизилўнгач функционал ҳолатининг энг муҳим кўрсаткичларидан бири қизилўнгач ичидаги «тинчлик босими», яъни унда актив қисқаришлар йўқлиги ҳисобланади. Нормада ҳалқумдаги босим тахминан атмосфера босимига тенг, ҳалқум билан қизилўнгач чегарасида (ҳалқум-қизилўнгач сфинктерига мос келади) турли-туман маълумотларга кўра атмосфера босимидан симоб устунини ҳисобида 30-80 мм ошади (бу қизилўнгачдаги ошган босимнинг юқори соҳаси номини олган), қизилўнгачнинг ўзида, айниқса, унинг кўкрак бўлимида сустанфий (симоб устунини ҳисобида 2 дан 10 мм гача), қизилўнгач - меъда (кардиал) физиологик сфинктери соҳасида эса у яна ошган ва симоб устунини ҳисобида 8-35 мм га етади - бу ошган босимнинг қуйи соҳаси дейилади.

**Фармакодиагностика.** Қизилўнгач касаллиги - диагностикада нисбатан янги, бироқ истиқболли йўналиш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда қизилўнгач касалликларини аниқлаш учун нитратлар (препаратлар) ва холиномиметик-лар билан синамалар қўлланилади. Нитропрепаратлар (нитроглицерин, амилнитрит) қизилўнгачнинг функционал ва органик стенозлари, биринчи навбатда кардия ахалазияси ва кардиоэзофагиал ракини дифференциал диагностика қилиш учун ишлатилади.

Беморни рентген экрани орқасида текшириш вақтида қизилўнгачда барий аралашмаси тутилиб қолиши билан ўтадиган қизилўнгач кардиал сегментининг барқарор торайганлигини аниқлангандан кейин беморга тил остига 1-2 таблетка нитроглицерин ташлаш ва уларни шимиш ёки дока салфеткада синдирилган

ампуладаги амилнитрит буғларини бир неча секунд ичида нафасга олиш таклиф қилинади. Қизилўнгач бу препаратлар таъсири остида функционал торайганда торайган қисмлар тонуси пасаяди ва қизилўнгач ўтказувчанлиги тўлиқ ёки қисман тикланади. Органик стенозда бундай натижа кузатилмайди.

**Радиоизотоп текшириш.** Турли тўқималарнинг кўпаядиган хужайрала-рида фосфорнинг жадал йиғилиб боришини биринчи марта Marshak (1940) ва Jones (1940) қайд қилганлар. Радиоизотоп диагностика усуллариининг ишлаб чиқилиши муносабати билан бу мақсадлар учун радиоактив фосфордан ҳам фойдаланишга уринишлар қилиб курилган.

Изотоп  $P^{32}$  хавфли ўсмаларнинг хужайраларида танлаб йиғилади, ўз кимёвий хоссалари бўйича барқарор элементдан фарқ қилмайди, токсинли эмас, бироқ заррачалари озроқ бўлса-да (4-5 мм), кириш қобилятига эга, кўпинча ундан юзаки жойлашган ўсмаларнигина диагностика қилишда фойдаланиш мумкин.

**Меъда-қизилўнгач рефлюксини зондлаш йўли билан аниклаш:**

1. Метилен кўки билан синама ўтказиш. Меъдага дуоденал зонд орқали метилен кўки эритмаси юборилади (уй ҳароратидаги 300 мл қайнаган сувга 2% ли эритмасидан 3 томчи). Сўнгра зонд тортиб олинади ва унинг дистал учи кардия юқорисида турадиган ҳолатда ўрнатилади ва эҳтиёт чоралар остида шприц билан зонд орқали қизилўнгач суюқлигини тортиб олинади. Бунда бўялган суюқликнинг пайдо бўлиши рефлюкс борлигидан далолат беради.

2. Қизилўнгач суюқлигида рН ни аниклаш. Flooy ва ҳаммуаллифлари қизилўнгачдан аспирация қилинадиган суюқликда озод хлорид кислота миқдорини аниқлаганлар. Унинг борлиги рефлюксни тасдиқлаш имконини беради.

### **Қизилўнгачнинг куйиши**

Қизилўнгач куйиши (Oesophagitis corrosiva) ўз жонига суиқасд қилиш ҳолларида юз беради. Ф. Н. Доронин кузатувларида қизилўнгачи куйган 217 нафар бемордан 116 нафари 5 ёшгача бўлган. қизилўнгачнинг ўювчи ишқор, кучли кислота, камроқ фенол, лизол, йод, сулема ва бошқа баъзи бир моддалардан куйиб қолиш ҳоллари кўпроқ учрайди. Сўнгги вақтларда хонадонларда каустик сода кам ишлатила бошлангани муносабати билан бу моддадан тасодифан куйишлар сони камайиб кетди, бироқ айрим жойларда у ҳали ҳам учраб туради. Чунончи, А. И. Сержанин кузатувларига кўра қизилўнгач куйишидан даволанган 115 нафар одамдан 85 фоизда у каустик содани палапартиш ҳолда сақлаш (винодан бўшаган шишаларда, пиёла ва стаканларда) оқибатида уни ичиб кўйиш сабабли куйиш содир бўлган.

Кўпгина муаллифларнинг маълумотлари бўйича сўнгги йилларда қизилўнгачнинг сирка кислота (эссенция)дан куйиб қолиш сони бирмунча кўпайди. Кучли кислота ичиб қўйилганда энг кўп ўзгаришлар қизилўнгачда, ўювчи ишқор ичиб қўйилганда эса меъдада озроқ ўзгаришлар пайдо бўлади деб ҳисобланади (чунки меъда шиллиқ пардаси кислоталар таъсирига маълум даражада чидамли бўлади). Бошқа омилларнинг ҳам аҳамияти бор: ичилган кимёвий модда миқдори, меъдада овқат борлиги ва х.к. Одатда куйишдан кейин стенозлар қолган беморларда оғиз ва ҳалқум шиллиқ, пардасида ҳам тегишли ўзгаришлар кузатилади.

Қизилўнгач кардиал сфинктери устидаги дистал бўлим, ҳалқум-қизилўнгач бириккан соҳадаги проксимал бўлим, шунингдек бифуркация сатҳи энг қаттиқ зарар кўради. қизилўнгач шиллиқ пардасидаги қаттиқ таъсиротга жавобан қизилўнгач деворлари спазмга учраши натижасида ўювчи мода-нинг туриб қолиши қизилўнгач дистал бўлимининг бирмунча жиддий зарарланишига олиб келади.

Ишқорлардан заҳарланишда қизилўнгачда энг оғир ўзгаришлар юз беради, деб ҳисоблайдилар, чунки буларда кислоталар-дан куйишдан фарқли равишда қорақўтирнинг эриб кетиши содир бўлади.

**Патологик анатомияси.** Зарарланиш даражаси заҳарнинг миқдори ва концентрациясига боғлиқ. Рефлекс тарзида тезда қайт қилиш туфайли ютилган суюқлик миқдори одатда унчалик мўл бўлмайди, бироқ оғиз, қизилўнгач ва меъданинг қаттиқ куйиб қолиши содир бўлиши учун бир неча томчи кучли кислота ёки ишқор кифоя қилади.

Шиллиқ парда гиперемияси ва шишдан кейин тезда қизилўнгач девори некрози содир бўлади. Некрозланган қисмлар майда-майда зарралар ва йирик бўлақлар ҳолида куйган тўқимадан кўчиб туша бошлайди. Айрим ҳолларда яра ҳосил бўлиши юза, бошқа ҳолларда чуқур бўлади. Шиллиқ парданинг юза зарарланишлари бирмунча тез эпителийланади. Чуқур зарарланишлари эса грануляция ва бириктирувчи тўқима ҳосил қилиб битади, яраланиш 8-10 кунгача сақланиб қолади. Яралар жуда секин битади. Ривожланаётган бириктирувчи тўқима аста-секин (2-6 ой ичида) чандик (ямоқ) ҳосил қилади ва бужмаяди. Агар шикастланиш шиллиқ парда билангина чегараланиб қолган бўлса, қизилўнгач бўшлиғи тораймаган ҳолда юза чандик ҳосил бўлади. Шиллиқ парда ости қавати ва мушак қавати зарарланганда склерозланган, жуда зич (Ван Геккер бўйича қадоқсимон бужмайиш), чуқур чандикли тўқима ҳосил бўлади. Чандикнинг ички юзаси нотекис, рангсиз, баъзан яра чақаси бор. Чандикли тўқиманинг бужмайиши бир неча ҳафтага чўзилади.

Қизилўнгачнинг чандикли ўзгаришлари, одатда, физиологик тораймалар сатҳида: аксарият ўрта (бронх-аортал) торайиш соҳасида, сўнгра қизилўнгачга кириш қисмида ёки диафрагмал тешик соҳасида ҳосил бўлади.

Шундай қилиб, куйишда патологик ўзгаришларнинг шартли равишда 4 босқичини фарқ қилиш мумкин: 1) шиллиқ парда гиперемияси ва шиши; 2) некроз ва яра ҳосил бўлиши; 3) грануляция; 4) чандикланиш.

**Клиник манзараси.** Беморлар айниқса кислота ичиб қўйганларида кучли азобга дучор бўладилар. Ўювчи ишқор ёки кислота ичилган оғир ҳолларда оғиз бўшлиғи, ҳалқумда, тўш орқасида ёки эпигастрал соҳада қаттиқ ачишиш ва кучли оғриқ пайдо бўлади. Лаблар шишиб кетади, бемор рангги бўзради. Брадикардия юзага келади. Шок, ҳушдан кетиш ва ўлим юз беради. Агар 1 - 2 кун ичида ўлим содир бўлмаса, ҳиқилдоқ шишиши, шиллиқ ва қон аралаш ёки шиллиқ парда бўлакчаларини қусиш сабабли оғир нафас қисиши юзага келади. Лаблар ва оғиз бўшлиғи шишган, қонаб туради. Ҳарорат кўтарилади. Ютиниб бўлмайди. қизилўнгач тешилиши сабабли қон оқади, ўткир медиастинит белгилари пайдо бўлади. Ўлим 3-4 кун ўтгач содир бўлиши эҳтимол.

Ўртача оғирликдаги кечиш ҳолларида бир неча кунлардан кейин оғриқ камаяди, бироқ ютиниш қийинлашганича қолади, кўп сўлак ажралади ёки сўлак ва қизилўнгач шиллиқ пардаси бўлакчалари қайт қилинади. 10-20 кундан кейин бемор суюқликни аста-секин юта оладиган бўлиб қолади, қизилўнгач спазмлари келтириб чиқарган дисфагия камаяди. Эзофагоскопияда пардалар билан қопланган, баъзи жойларида эрозияси, кейинроқ чандикли ўзгаришлари бўлган шиллиқ парда шиши кўриниб туради. Аста-секин бемор бемалол юта оладиган бўлади, бироқ бир неча ҳафта ўтгач яна дисфагия пайдо бўлади ва у қизилўнгачнинг чандикли торайиши юз берганда янада кучаяди: аввалига қаттиқ, сўнгра эса суюқ овқатнинг ҳам ўтиши қийинлашади. Бу дисфагия мўл сўлак ажралиши ва қизилўнгачдан қусиш билан ўтади. Қизилўнгачдан қусиш аввалига овқат ейиш вақтида, кейин бевосита овқатдан кейин ҳам юз беради. Касалликнинг кечиккан муддатларида қизилўнгачнинг аста-секин кенгайиши натижасида торайган жойдан юқорида қизилўнгачдан қусиш кўпроқ бўлади. Оч қолиш оқибатида беморнинг умумий аҳволи ночорлашади: бемор ниҳоятда озиб кетади, доимий очлик сезгисига азоб берадиган ташналик ҳам қўшилади. Шундай қилиб, қизилўнгачнинг куйиши 3 даврга бўлинади:

- 1) ўткир давр - шиллиқ пардада қизариш, шиш ва яра пайдо бўлиш вақтида; бу даврда кучли оғриқ сабабли ютиш мумкин бўлмай қолади;
- 2) ўртача ўткир - грануляция даври; бемор ичиш ва овқат ейиш имкониятига эга бўлади, бироқ ютиш оғриқ билан ўтиши мумкин;
- 3) сурункали - қизилўнгачнинг тобора торайиши, дисфагиянинг қайтала-ниши, озиб кетиш даври.

Рентгенологик текшириш. Камдан-кам рентгенологик текшириш объекти бўладиган қизилўнгачнинг янги куйиш ҳолларида шиллиқ парда бурмалари шишини ва локал спазмларни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бирмунча кечиккан

муддатларда рентгенологик текширишда торайиш бўлган жойни, даражасини, контурларини аниқ билиб олса бўлади.

Эзофагоскопия. Ҳалқасимон (энг кўп учрайдиган формаси) торайишда рангги ўраб турган шиллиқ пардага қараганда очроқ фиброз ҳалқа топилади. Торайган бўшлиқ одатда марказда жойлашган ва кўпинча юлдузсимон шаклдаги чандик билан ўралган. Баъзан торайиш клапан шаклида бўлади. Айрим ҳолларда куйишдан кейинги стенозларни рақ стенозларидан фарқ қилиш қийин бўлади. Торайиш соҳаси тепасида қизилўнгачнинг озми-кўпми кенгайганлиги хавфли эмаслигидан далолат беради.

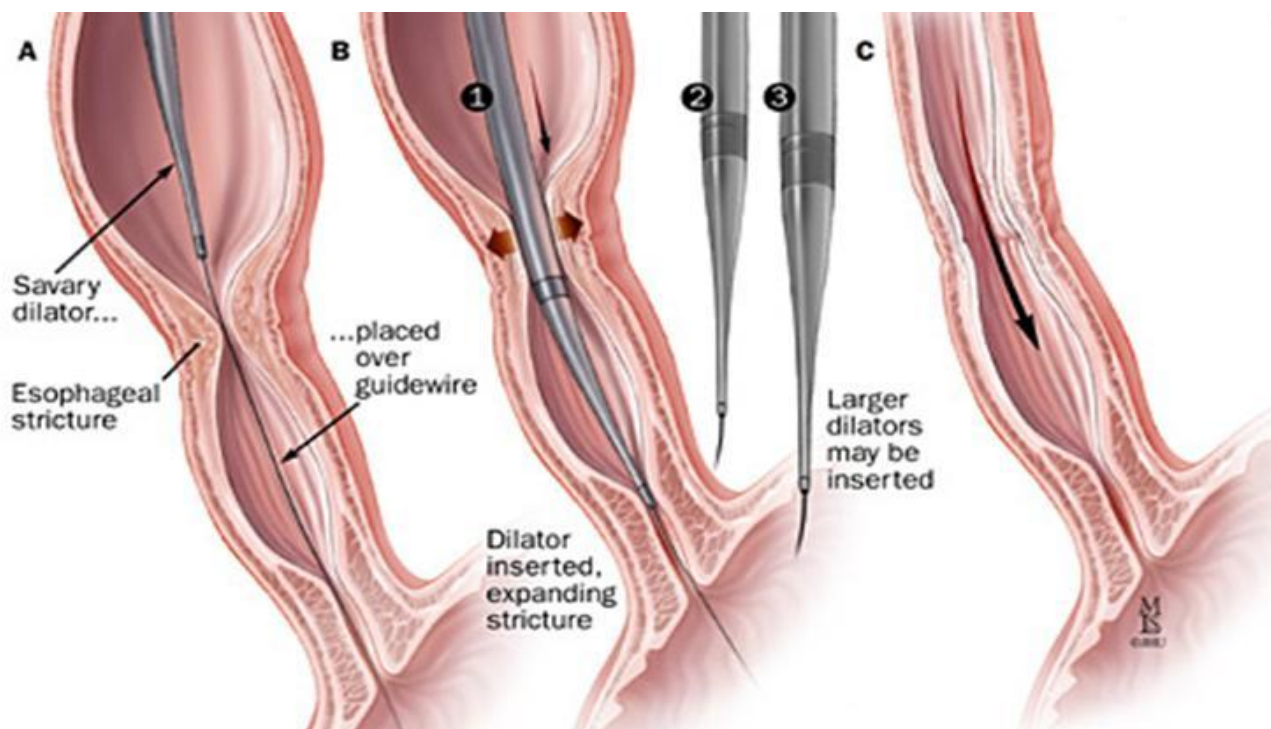
Кечиши ва асорати. Ўювчи ишқорлардан оғир заҳарланишларда беморлар интоксикация, шок, қизилўнгач перфорацияси, йирингли асоратлар ривожланиши ва бошқа сабаблардан нобуд бўладилар. Қизилўнгач- меъдadan оғир қон кетиш ҳоллари асоратлар сифатида кузатилиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда, одатда ишқорлардан куйишда, қизилўнгач - бронхиал оқма яралар пайдо бўлади. Қизилўнгачнинг кимёвий моддалардан куйишида аксарият хирургик даволашни талаб қиладиган унинг чандикли торайиши энг кўп учрайдиган асорат ҳисобланади. Қизилўнгач торайиши беморларнинг анчагина ҳолсизланишига олиб келади. Айрим ҳолларда медиастинит, ўпка ва плевра йирингли жараёнлари каби асоратлар пайдо бўлади.

Диагнози. Диагностикаси унчалик қийинчиликлар туғдирмайди. Анамнез ва йўқолмайдиган дисфагия рентгенологик текшириш ва эзофаго-скопия билан аниқланадиган қизилўнгач торайишининг етарли белгиларидан ҳисобланади.

**Даволаш ва профилактикаси.** Шошилишч муолажа: тезлик билан касалхонага ётқизиш, морфин инъекцияси ва суюқлик киритиш ҳамда меъдани ювиш учун мўл қилиб мой суртилган меъда зонди киритишдан иборат. Ишқорлар билан заҳарланишда суюлтирилган сирка кислота эритмаси ёки ўсимлик мойи билан, кислоталардан заҳарланишда сода эритмаси билан ювилади. Шубҳали ҳолларда меъда сут ёки буфер эритмалари билан ювилади. Зонд киритишдан аввал кимёвий модда табиатига кўра сода, сирка кислота ёки сутни кўп миқдорда ичиш буюрилади. Нейтраллайдиган модда киритиш заҳарланишдан кейин дастлабки 4 соат ичидагина мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Дастлабки кунлари ҳиқилдоқ шишиши, шок, аспирацион зотилжам, периззофагит, медиастинит, буйрак зарарланиши, ацидоз сабабли дегидратация ёки кома сингари асоратларни даволанади. Профилактика мақсадида антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, неомицин) парентерал юборилади. Агар бемор 3 кун ичида суюқлик ича олмаса, гастростомия қилиш буюрилади. Оғир дисфагияда суткасига 2-3 л глюкоза эритмаси ёки 0,85% ли NaCl эритмаси тайинланади. Соғайиш даврида 1-2 ҳафта ўтгач рентгенологик текширув ўтказиш қизилўнгачнинг бошланиб келаётган торайишини аниқлашга имкон беради.

Кимёвий куйишдан кейин қизилўнгач стриктурасини даволашнинг асосий усули бужлаш ҳисобланади, бу усул 90-95 фоиз беморларнинг соғайиб кетишига олиб келади. Куйишнинг 9-11-кунидан бошлаб бужлашга тури бўйича, кечикиб бужлаш қизилўнгачнинг ривожланиб бўлган торайишини кенгайтириш мақсадида ўтказилади. Бужлаш 7-ҳафтадан бошланади. Бужлашни қизилўнгачнинг куйишдан кейин стриктуралари қолган ҳамма беморларда торайган жой орқали металл ўтказгич киритиш мумкин бўлган ҳолларда ўтказилади.



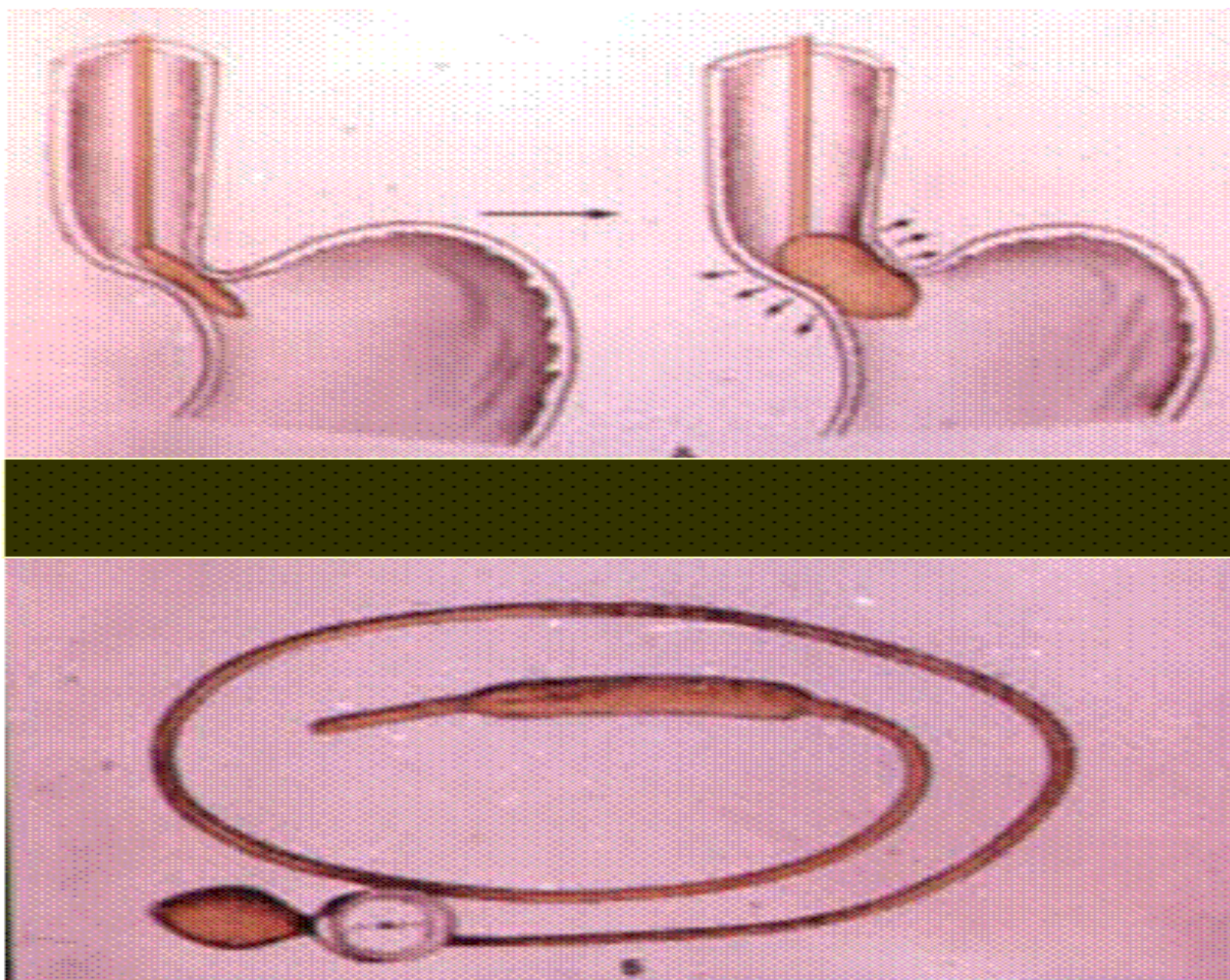
2-расм

Бужлашга монелик қиладиган ҳоллар: медиастинит, қизилўнгач – бронхиал оқма яраси. Барқарор клиник натижа олиш учун бужлаш билан даволашни бир неча ҳафталар ва ҳатто ойлар мобайнида ўтказиш зарур бўлади ва қуйидагилар қўлланилади: 1) оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш; 2) қизилўнгачни рентген контраст ковак пластмасса бужлар билан бужлаш; 3) эзофагоскоп назорати остида бужлаш; 4) «тўхтовсиз бужлаш» тамойили бўйича бужлаш; 5) ретроград бужлаш. Оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш қизилўнгачнинг юқори ва ўрта кўкрак бўлимларидаги унча катта бўлмаган бармоқсимон стриктураларида қилиниши лозим. Даволаш махсус бужлар йиғиндиси ёрдамида ўтказилади. Агар буж осон ўтса, кейинги гал рақамига қараб йўғонроқ буж киритилади.

Бужлаш усули металл ўтказгичлар ва рентгенконтраст ковак бужлар қўлланилганда такомиллаштирилган. У стриктура йўлини ва бужнинг қизилўнгач бўйича сурилишини аниқлаш учун рентгенологик назорат қилиш имконини беради, бу ҳол муолажа самарадорлигини оширади ва қизилўнгачнинг тешилиш

хавфини камайтиради. Эзофагоскоп назорати остида бужлаш ўтказгични киритиш қийинлашган эксцентрик жойлашган стриктурада, буралган торайиш каналида, рўй-рост супрастенотик кенгайишда бажарилиши керак.

«Тўхтовсиз бужлаш» найсимон, буралма ёки кўп сонли стриктуралари бор беморларда гастростома орқали қўлланилади. Оғиз орқали киритилган ва гастростома орқали киритилган ипак ипга турли хил диаметрдаги резина найчалар маҳкамланади. Уларни тўғрилаб, торайган қисм орқали ўтказилади ва бир неча соатча қолдирилади. Гастростома орқали ретроград бужлаш хавфсизроқ ҳисобланади ва беморлар уларни осонроқ, кўтарадилар.



Айрим беморларда эзофагит ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. қизилўнгач тешилиши ва медиастини ривожланиши бужлашнинг хавфли асорати ҳисобланади.

Қизилўнгачнинг чандиқли стриктураларида операцияга кўрсатмалар:

1) қизилўнгач бўшлиғининг тўлик, облитерацияси (бекилиб қолиши); 2) стриктура орқали буж ўтказишга бир неча марта муваффақиятсиз уриниш-лар; 3) такрорий бужлашдан кейин чандиқли стриктураларнинг тез қайталаниб туриши;

4) трахея ёки бронх билан қизилўнғач оқма яралари борлиги; 5) бужлашда қизилўнғачнинг такрорий тешилиши.

Бемор жуда озиб кетганда даволашнинг биринчи босқичи сифатида унга гастростомат қўйилади. Операция усулини танлашда беморнинг ёши ва умумий ҳолати, қизилўнғачнинг торайган жойи ва унинг қанча соҳани эгаллагани ҳисобга олинади. Кўпчилик беморларда бир босқичли пластик операциялар ўтказилади. Кўп босқичли пластикани эса, ҳолсизланган беморларда бажарилади. Сегментар стриктураларда қизилўнғачда ҳар турли қисман пластик операциялар қилинади. қизилўнғачнинг қуйи қисми ёки кардияси зарарланганда қуйидагилар: четки қизилўнғач - меъда анастомози қўйиш, зарарланган қисмни резекция қилиш ва уни меъданинг катта эгрилигидан ҳосил қилинган найча, ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантат билан алмаштириш қўлланилади. Ҳалқум, қизилўнғачнинг буйин ёки бўйин-кўкрак бўлими зарарланганда проксимал қисман пластика бажарилади. Ингичка ва йўғон ичаклардан олинган трансплантатлардан фойдаланилади. Трансплантатнинг бир учини қизилўнғачнинг торайган жойидан юқорида, бошқа қисмини ундан пастда анастомоз қилинади.

Стриктурат кўп жойни эгаллаган ҳолларда ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантатни тўш олдида ва тўш ичида (ретростернал, плевра ичи, медиастинум орқасида) жойлаштириладиган тотал пластика қилиш тайинланади. Қуйиш содир бўлганидан 2 йил олдин сунъий қизилўнғач вужудга келтиришга киришмаслик керак. Шу муддат ўтгандан кейингина қизилўнғачнинг чандикданиш даражаси аниқланиши мумкин ва шаклланиб бўлган чандикли тўқиманинг қизилўнғач бўшлиғини консерватив усуллар билан кенгайтиришга имкон бермаслиги маълум бўлади.

### **Қизилўнғач дивертикуллари**

Қизилўнғач дивертикуллари - қизилўнғач деворининг чегараланган бўртиб чиққан жойларидир. Сўнгги вақтларда қизилўнғач дивертикуллари, илгари тасаввур қилинганидек, кам учрайдиган касаллик эмаслиги аниқланди. Бу клиник амалиётга рентгенологик тадқиқотларнинг кенг жорий қилиниши, аҳолининг профилактик мақсадларда ялпи рентгенологик текширувлардан ўтказилиши билан боғлиқ. Rokitansky, 1840 йилдаёқ дивертикулларни пульсион ва тракцион турларга бўлган эди.

Пульсион дивертикуллар қизилўнғач бўшлиғида унинг қисқаришлари вақтида пайдо бўладиган босим таъсири остида қизилўнғач деворининг бўртиб чиқиши натижасида ҳосил бўлади, тракцион дивертикулларнинг пайдо бўлиши эса атроф тўқималардаги яллиғланиш жараёни ва қизилўнғач деворини касал аъзо йўналишида тортадиган (tractio) чандикдар ҳосил бўлиши билан боғлиқ (ўпка

илдизлари соҳасида лимфатик тугунларга томон йўналишда ёки бу тугунлар силдан зарарланганда юз берадиган трахея бифуркациясида).

Кўпчилик тадқиқотчилар тракцион механизм дивертикул ривожланиши-нинг бошидагина кузатилади, деб ҳисоблайдилар. Кейинчалик дивертикул катталашади ва пульсион механизм таъсири остида ўз шаклини ўзгартиради. Бу хилдаги дивертикуллар пульсион-тракцион дивертикул номини олган. Қизилўнгач дивертикулларини пульсион, тракцион ва аралаш (пульсион-тракцион) турларга бўлиш билан бирга уларнинг жойлашуви бўйича классификацияси ҳам қабул қилинган. Шу тариқа ҳалқум-қизилўнгач ёки Ценкер дивертикуллари, эпибронхиал (бифуркацион, ўрта қизилўнгач), эпифренал (эпидиафрагмал) ва бошқа кам учрайдиган хиллари фарқ қилинади. Ю. Е. Березов ва М. С. Григорьевнинг йиғма статистикаси бўйича кўпроқ ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари (58,7%), сўнгра эпибронхиал (27,2%) ва эпифренал дивертикуллар (13,4%) учрайди. Шунингдек туғма ва орттирилган, ҳақиқий ва сохта дивертикуллар фарқ қилинади. Туғма дивертикуллар камдан-кам учрайди. Кўпчилик ҳолларда улар орттирилган бўлади. Девори нормал қизилўнгач деворининг ҳамма қатламларини сақлаган дивертикуллар «ҳақиқий», девори мушак қатламидан маҳрум бўлган дивертикуллар «сохта» деган ном олган. Сохта дивертикуллар прогностик жиҳатдан ёмонроқ, чунки қисилиб қолиши, чўзилиши ва ҳатто тешилиши мумкин. Қизилўнгач дивертикуллари аксарият 5 дан 70 ёшгача, аёлларда эркакларга нисбатан бирмунча кўпроқ учрайди.

Ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари кўпинча уларни батафсил тасвирлаган Zenger номи билан Ценкер дивертикуллари дейилади. Ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари аслини олганда ҳалқум дистал бўлимининг дивертикуллари ҳисобланади, бироқ, уларнинг пайдо бўлиши кўпинча қизилўнгач функциясининг бузилиши билан ўтади, шунинг учун қизилўнгач патологиясини баён қилишда ушбу касаллик устида тўхталиб ўтиш ўз-ўзидан жоиз ҳисобланади.

Ценкер дивертикули пайдо бўлишида, афтидан, механик омил - овқат луқмасининг ҳалқум деворининг кучсиз жойини кўп босиб туриш, эҳтимол, ҳалқум мушаклари ва қизилўнгачга кириш қисмидаги мушаклар қисқаришининг уйғунлиги бузилиши асосий аҳамият касб этса керак. Айрим муаллифлар ҳалқум, ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари ривожланишида эмбриологик шарт-шароитларнинг аҳамиятига ишора қилиб, эмбрионда ҳалқум деворидаги шу хилдаги бўртмаларни қайд қиладилар.

**Патологик анатомияси.** Дивертикул аста-секин бир неча йиллар ичида ривожланади. Ҳалқум қуйи бўлими орқа деворида ҳосил бўлган дивертикул қизилўнгачнинг орқа девори ва умуртқа поғонаси орасида пастга тушади. Дивертикул тешиги одатда энлик ва ҳалқумнинг тўғридан-тўғри давоми ҳисобланади ва қизилўнгач кириш қисми олдинга, ҳиқилдоққа силжиган.

Дивертикул катта-кичиклиги ҳар хил - кичкина ботикликдан то нок катталигигача бўлади. У овқат билан тўлганда қизилўнгачни олдинга қисиб қўяди ва ютишни жуда қийинлаштиради. Дивертикул қопчасида мушак толалари бўлмайди ва одатда атрофдаги тўқималар билан ёпишиб кетмаган бўлади. Дивертикулнинг ички юзаси ҳалқум шиллиқ пардаси билан қопланган. Баъзан юзасида эрозиялари билан донатор ёки ясси чандиқлари бўлади.

Клиник манзараси. Кичик дивертикул бир неча йилгача юзага чиқмаслиги ёки ҳалқумда ачишиш, қирилиш сезгиси, йўтал, ҳалқумда ёт жисм бордек ҳис қилиш, ютиниш бузилиши, кўп сўлак оқиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши, кўнгил айланиши каби симптомларни пайдо қилиши мумкин. Кўнгил айланиш белгиси баъзан меъда касаллиги тўғрисида ўйлашга мажбур этади. Дивертикул қопчаси катталашуви билан бир вақтда ютишнинг бузилиши пайдо бўлади. Беморга ҳиқилдоқ орқасида овқат тўхтаб қолаётгандек туюлади, агар қопча катта бўлса, қизилўнгачнинг юқори қисмида тўхтаб қолаётгандек бўлади. Овқат лўқмаси тўхташи Bensaude ва Gregorie «Блокада феномени» деб тасвирлаган қатор симптомлар билан ўтади: бемор ютиш ҳаракатлари қилади, шундан кейин юзи қизариб, нафаси қиса бошлайди. қайт қилганидан кейин енгил тортади. Агар қайт қилмаса, боши айланади, қисман ҳушдан кетиш ҳолати юзага келади.

Регургитация ёки қайт қилиш ҳар куни бўлсада, овқат дивертикулда камдан-кам бир неча кун туриб қолади. Дивертикул суюқлигининг регургитацияси ва унинг нафас йўлларига тушиши аспирацион зотилжам касалликларига сабаб бўлади. Бошқа симптомлардан қайтувчи нерв босилиши оқибатида пайдо бўладиган товуш буғилиши, трахеянинг босилиши сабабли нафас олиш қийинлашувини кўрсатиб ўтиш мумкин. Умумий ҳолат бир неча йилгача унчалик ўзгармай қолади. Қатор ҳолларда бемор озиб кетади. Кўздан кечирилганда кўпинча бўйинда бўртиб чиққан жой кўринади (бош орқага ташланганда). Баъзан у буқоқни эслатади. Бўртма юмшоқ консистенцияли бўлиб, босилганда кичиклашади. Беморга сув ичириб бўртиб чиққан жой уриб кўрилганда чайқалиш шовқинини эшитиш мумкин (Купер белгиси). Рентгенологик текширишда контраст модда дивертикулни тўлдиради, сўнгра эса қизилўнгачга ўтади. Тўлган дивертикул қизилўнгачнинг орқа ёки ён томонидан кўриниб туради.

**Кечиши ва асоратлари.** Касаллик жуда секин кечади. Бемор тобора ориқлаб кетади. Аспирацион зотилжам, ўпка абсцесси кўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади. Дивертикулнинг эрозияланган шиллиқ пардаси-дан қон оқиши, перидивертикулит ва периезофагит, стенокардия пайдо бўлиши эҳтимол. Полиплар ва рак ривожланган ҳоллар тасвирланган. Кўп ҳолларда бемор жуда озиб кетади, ҳолсизланиш орта боради, дивертикул бўшлиғида овқат қолдиқлари доимо йиғилиб туриши ва уларнинг парчаланиши сабабли яллиғланиш жараёни -

дивертикулит ривожланиши мумкин, бу ўз навбатида йирингли медиастинит ва сепсис сабабчиси бўлиши мумкин.

Қизилўнгачнинг учдан бир ўрта қисмидаги дивертикул, ўпка илдизи сатҳида бўлиб, қизилўнгач бош бронх билан кесишадиган жойдан бир оз юқорида жойлашади. Шунинг учун уларни баъзан эпибронхиал дивертикуллар деб аталади. Қизилўнгач ўрта қисмидаги дивертикуллар тракцион турга тааллуқли бўлади, яъни уларнинг келиб чиқишида кўкс ораллигидаги турли яллиғланиш жараёнларида вужудга келадиган ва қизилўнгач девори қисмини у ёки бу йўналишда тортадиган (ўпка ва плевра касалликларида, ўпка сили, плеврит, зотилжам) битишмаларга катта аҳамият берадилар. Баъзан қизилўнгачнинг бу бўлимида соф пульсион дивертикуллар кузатилади. Уларнинг пайдо бўлишида қизилўнгач иннервацияси бузилиши ёки рефлектор таъсирлар натижасида унда моториканинг издан чиқиши асосий аҳамиятга эга бўлади.

**Патологик анатомияси.** Қизилўнгач ўрта учдан бир қисмининг дивертикули, деворларининг конуссимон ёки юмалоқ бўртиб чиқиши билан ифодаланиб, улар юқorigа йўналган, трахея ёки бошқа аъзолар билан бириктирувчи тўқима битишмалари орқали ёпишган. Бу дивертикулларнинг диаметри 1-2 см ва аҳён-аҳёнда ундан каттарок, улар кўп сонли бўлиши мумкин. Дивертикул девори қизилўнгач деворига ўхшаш тузилган. Шиллиқ пардаси аксари гиперемияланган, эрозиялари ҳам бўлиши ҳам мумкин. Бундай дивертикулнинг одатда бўйни бўлмади ва қизилўнгач бўшлиғи билан кенг туташиб туради, шунга кўра уларда овқат тутилиб ва туриб қолиши камдан-кам бўлади.

**Клиникаси.** Бундай дивертикуллар кўпинча клиник жиҳатдан ҳеч қандай белгилар билан юзага чиқмайди, ютишнинг қийинлашуви, тўш орқасидаги оғриқ, қон кетиши кам бўлади. Агар бифуркацион дивертикулларнинг ўлчами катталашиб кетса, улар оғир азоблар келтириб чиқариши мумкин. Бу хилдаги дивертикуллар тамоман осойишта кечади. Айрим ҳоллардагина йирингланиш ва абсцесс ҳосил бўлиши каби асоратлар қайд қилинади, бироқ дивертикулларнинг атрофидаги кўп миқдордаги бириктирувчи тўқимадан иборат битишмалар йирингликнинг тарқалиб кетишига йўл қўймади. Йирингликнинг бронхлар ва бронх-қизилўнгач фистула (оқма) си ҳосил бўлиши, тешилиши (перфорация) жуда камдан-кам кузатилади. Йирингликнинг қизилўнгачга ёки аортага ёрилиши бундан ҳам кам учрайди.

**Қизилўнгачнинг қуйи учдан бир қисмидаги дивертикул.** Қизилўнгачнинг қуйи учдан бир қисми дивертикуллари (эпифренал) аксарият қизилўнгач ампуласидан ёки бевосита ампула тепасида жойлашган қисмдан пайдо бўлади ёки бундан ҳам проксимал қисмида жойлашуви мумкин. Уларни биринчи марта 1804 йилда Deguise тасвирлаган, Э. Н. Ванцян 1964 йилда қизилўнгач дивертикули бўлган

202 нафар бемордан 79 нафарида шу дивертикулни аниқлаган. Эпифренал дивертикуллар кўпчилик ҳолларда пульсион ҳисобланади.

**Патогенези.** Бу дивертикуллар патогенези тўғрисида ягона фикр йўқ. Кўпгина тадқиқотчилар тракцион дивертикуллардан фарқли ўлароқ, эпифренал дивертикулларнинг пайдо бўлишини овқат бўлақларининг қизилўнгач деворидаги энг суст жойларни (мушак тутамлари ажралиши, томирлар ўтадиган жой) босиб туриши билан боғлайдилар. Айрим муаллифлар қизилўнгач мушак деворининг туғма заифлигига катта аҳамият берадилар. Jackson овқат бўлагининг босимигина эмас, балки «диафрагма» сфинктери қисқаришларининг бузилиши ҳам патогенетик жиҳатдан аҳамиятга эга деб ҳисоблайдилар.

**Патологик анатомияси.** Эпифренал дивертикуллар қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмидаги дивертикулларга қараганда йирикроқ бўлади. Фақат айрим ҳоллардагина улар катта бўлади ва уларнинг сиғими 100, ҳатто 200 мл га етади. Эпифренал дивертикуллар катта ўлчамли бўлганида ҳам, уларда овқат қолдиқларининг узок вақт тутилиб қолиши ва бузилиши камдан-кам кузатилади. Бу уларнинг диафрагма ва юракка яқин жойлашганлиги билан изоҳланади: диафрагма ҳаракатлари ва юракнинг уриб туриши эпифренал дивертикулга ўтади ва уларнинг бўшлиқлари ритмик равишда кичраяди ва катталашади, бу уларнинг бўшалишига имкон беради. Шиллиқ, пардаси кўпчилик ҳолларда ўзгармаган қўшни аъзолар билан ёпишиб кетиш ҳодисалари одатда йўқ.

**Клиникаси.** Кўпинча дивертикуллар унчалик жиддий бузилишлар келтириб чиқармайди ва рентгенологик текширув вақтидагина аниқланади. 15-20% беморларда нохуш сезги суюқлик ичилгандан ёки қоринга босилгандан кейин йўқолади. Баъзан тўш соҳасида оғриқ сезгиси, қайт қилиш, аэрофагия, йўтал, иштаҳа йўқолиши ва кўнгил айниши кузатилади, қизилўнгачдан қусиш юз бериши ҳам мумкин. Катта ҳажмдаги дивертикул қизилўнгачни босиб қўйиши мумкин, шунга кўра кўкракда оғриқ (айниқса овқатдан кейин) пайдо бўлади, бу юрак уриши, нафас қисиши билан ўтади. Бу симптомлар дивертикул бўшалгандан кейин йўқолади.

Дивертикуллар рентгенологик жиҳатидан осон аниқланади. Бевосита диафрагма устида қизилўнгач деворининг турли ўлчамдаги бўртиб чиққан юмалоқ ёки тухумсимон контурлари аниқланади. Касаллик жуда секин кечади. Кўп ҳолларда дивертикул ўлчами аста-секин катталашади. Эпифренал дивертикулларни диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларидан фарқ қилиш лозим. Камдан-кам ҳолларда унчалик катта бўлмаган дивертикулларни қизилўнгач ярасидан фарқ қилишда қийинчилик вужудга келади. Дивертикул билан мегаэзофагус (кардия ахалазияси) белгиларининг бирмунча ўхшашликлари бор. Халқум-қизилўнгач дивертикулларига даво қилиш - консерватив. Даволаш парҳезга қатъий риоя қилиш, дивертикулни дренажлаш, ювишдан иборат ва операция қилиб даволашга

монелик бўлгандагина қўлланилади. Операция қилмасдан даволашда ўлим, дивертикулдаги турли хил асоратларга боғлиқ ва 33% ни ташкил этади. Операция қилиб даволаш дивертикулни кесиш ёки инвагинация қилишдан иборат. Дивертикулдаги яллиғланиш ҳодисаларини тўхтатишга қаратилган консерватив даволаш энг зарур тадбир ҳисобланади (қаттиқ парҳез, 7-10 кунгача яллиғланишга қарши воситалар ва антибиотиклар ишлатиш).

Тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакнинг олдинги чети бўйлаб кесилади, қалқонсимон без чап бўлагини юқорига ва ўнгга сурилади. Олдин қуйи қалқонсимон артерияни боғлаб *m. omohyoideus* ни юқорига сурилади. Шундан кейин жароҳатда қизилўнгач ва дивертикул кўриниб туради. Дивертикулни ҳамма томондан бўйнигача ажратилади, чоклар билан тикилади ва кесиб олиб ташланади Т. А. Суворова УКЛ-40 аппарати ёрдамида механик чокдан фойдаланишни тавсия этади. Дивертикул олиб ташлангандан кейин мушаклар ва фасцияларга чоклар солинади. Жароҳатни пишиқ қилиб тикилади. Овқат ейиш ва суюқлик ичишга 3-4 суткаларнинг охирига келиб рухсат берилади.

Дивертикул инвагинацияси (Girard) - дивертикулни қизилўнгач бўшлиғига жойлашдан иборат. Бундай операцияни унчалик катта бўлмаган дивертикуллардагина қўлланилади. Ҳозирги вақтда қизилўнгач дивертикулларини операция йўли билан даволашдаги хавф-хатар бирмунча юқори. Шунинг учун дивертикулларни тахминан 10-15% беморларда операция қилинади, холос. Яхши бўшалмайдиган, кўпинча яллиғланиб турадиган ва рўйи рост клиник белгилари бўлган ўлчами катта дивертикул хирургик даволаш учун кўрсатма ҳисобланади. Парабронхиал дивертикулларни ўнг томонлама торакотомия билан 6 қовурғалар орасида, эпифренал дивертикулларни чап томонлама торакотомия билан 7-8 қовурғалар орасида операция қилган маъқулроқ. Плевра бўшлиғи очилгандан кейин медиастинал плевра қирқилади, қизилўнгач топилади. Қизилўнгачга бурун орқали зонд киритилади ва уни ҳаво билан кенгайтирилади. Бу дивертикулни топиш ва ажратишни бирмунча осонлаштиради. Дивертикулни оёқчасигача ажратилади. Диаметри 2 см гача бўлган дивертикуллар жимжимадор чоклар билан тикилиши мумкин. Ўлчами 2 см дан катта дивертикуллар эса олиб ташланади. Дивертикул бўйнини узлуксиз ёки бошқача чок билан тикилади, катта дивертикулларда механик чок қўлланилади. Чокларнинг иккинчи қаторини қизилўнгачнинг мушак пардасига қўйилади. Чокларнинг чизиғини париетал плевра (Депк), ўпка тўқимаси (Nissen), диафрагма лахтаги (Б. В. Петровский, Т. А. Суворова), капрон девор (А.А.Вишневский) ва шу кабилар билан маҳкамланади. Бу тадбирлар чокларнинг ситилиб кетмаслиги учун қилинади. Операциядан кейинги асоратлар қаторига яна зотилжам ва қизилўнгач торайишини киритиш мумкин.

## ТЕСТЛАР.

### 1.Кардиоспазмга хос симптомларни аниқланг?

- А. Дисфагия, тўш суяги орқасида оғриқ, гиперсаливация ва регургитация
- Б. Жиғилдон қайнаши.
- В. Хансираш, нафас бўғилиши, йўтал.
- Г. Нафаснинг бўғилиши, йўтал.
- Д. Ютинишнинг бузилиши.

### 2.Қизилўнгач куйишларини кўпинча қайси тури учрайди?

- А. Физик тури.
- Б. Химик тури.
- В. Контактли тури.
- Г. Термик тури.
- Д. Аралаш тури

### 3. Қизилўнгач куйиши оғирлиги нималарга боғлиқ?

- А. Химик модданинг миқдорига
- Б. Химик модданинг температурасига.
- В. Химик модданинг ичиш вақтига.
- Г. Хеч қайси факторга боғлиқ эмас.
- Д. Химик модданинг концентрацияси ва ҳажмига.

### 4. Қизилўнгач куйишида эрта бужлашни нечанчи суткаларда бошлаш лозим?

- А. Стриктура ҳолат тўлиқ ривожланган кундан.
- Б. 16 - 19 кунлардан.
- В. 20 - 24 кунлардан.
- Г. 3 - 4 кунлардан.
- Д. 1 ойдан кейин

### 5. Қизилўнгачнинг торайиши, бу –?

- А.Диаметрининг  $\frac{1}{3}$  қисмига торайиши
- Б.Диаметрининг  $\frac{1}{4}$  қисмига торайиши

- В. Диаметрининг 1/2 кисмига торайиши
- Г. Қизилўнгачни стенози
- Д. Қизилўнгачдан овқатнинг ўтмаслиги

**6. I даражали дисфагияга нима киради?**

- А. Тўш орқасида кучли оғриқ бўлиши
- Б.Ярим суюқ овқатларнинг ўтиши
- В.овқатнинг умуман ўтмаслиги
- Г.Қуюқ овқатларнинг ўтиши
- Д. Симптомсиз

**7.Кардиодилатация ахалазиянинг қайси босқичида қўлланилади?**

- А. II
- Б. I
- В. IV
- Г. V
- Д. III

**8.Дисфагияга шубҳа қилиш мумкин?**

- А.Қон аралаш қусиш
- Б.Овқат махсулотлари билан қусиш
- В.Ютинишнинг бузулиши
- Г.Кўкрак орқасида оғриқ бўлиши
- Д.Эпигастрал соҳада оғриқ бўлиши

**9.Эзофагомиотомия қизилўнгач ахалазиясининг қайси босқичида қилинади?**

- А. II
- Б. III
- В. I
- Г. IV
- Д. V

**10.Қизилўнгач пластикасида қайси аъзодан фойдаланилади?**

- А.Ксенотрасплантат
- Б. Артерия
- В. Вена
- Г. Ичак
- Д.Синтетик протез

## ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА

1. Бемор 54 ёшда овқатнинг қизилўнгачдан ўтишининг қийинлигига шикоят қилади. Охирги вақтларда овқат еганда бўйиннинг чап томонида шишли ҳосила пайдо бўлиши ва қусиш кузатилган. Кечаси йўтал бўлиши сабабли ухлай олмаган. Рентген контрастли текшириш ўтказилганда ўмров усти соҳасида барий тўпланиши ва у тухум шаклда кўринади.

**Беморда қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?**

- А. Эзофагоспазм
- Б. Қизилўнгач стенози
- В. Қизилўнгач дивертикули
- Г. Эзофаготрохеал окма
- Д. Қизилўнгач раки.

2. Беморда қизилўнгач куйишидан кейинги стеноз бор. Навбатдаги бужлашдан кейин беморда тана ҳароратининг кўтарилиши, тахикардия, кўкрак орқа соҳасида оғриқ кузатилди. Рентгенда орқа кўкс оралиғида горизонтал суюқлик аниқланади.

**Беморда қайси асорат кузатилган бўлиши мумкин?**

- А. Плевранинг ўткир эмпиемаси
- Б. Қизилўнгач дивертикули
- В. Олдинги ўткир медиастинит
- Г. Параэзофагал чурра
- Д. Ўткир орқа медиастинит

3. Бемор 38 ёшда овқатнинг қизилўнгачдан ўтишининг қийинлигига, вақти-вақти билан қайт қилишга шикоят қилади. Бемор ўзини 1,5 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Охирги 6 ойдан бери ухлаганда ёстиғида овқат махсулотлари билан ҳўл бўлишини айтади. 15кг вазн йўқотган. Ич қотиши, 3-4 кунда 1 марта кузатилмоқда. Умумий рентгенограммада ошқозонда газли пуфаклар аниқланмайди. **Контрастли рентгенограмма қилинганда қайси симптом кузатилиши мумкин?**

- А. Симптом «ниша»
- Б.Тўлиш деффекти
- В.Симптом «Сичқон думи»
- Г.Гисс бучагининг ўтмас бўлиши.
- Д.Ўроқсимон соя

4.Бемор 41 ёшда овқатнинг қизилўнгачдан ўтишининг қийинлигига, вақти-вақти билан қайт қилишга шикоят қилади. Ухлаганда ёстигида овқат махсулотлари билан ҳўл бўлишини айтади. Вазн йўқотган. Анамнездан 10 йилдан бери касал. Рентгеносокопияда IV даражали ахалазия ва S-симон деформация аниқланади.

**Қанақанги оптимал даво қўллаш керак?**

- А. Гейлер бўйича эзофагофундоанастамоз
- Б.Эзофагокардиомиотомия билан меъда тубининг пластикаси.
- В.Баллонли дилататор билан кардиодилатация
- Г. Қаттиқ Штарк дилататори билан кардиодилатация
- Д. Кардиал қисм резекцияси ва эзофагогастроанастомоз қўйиш

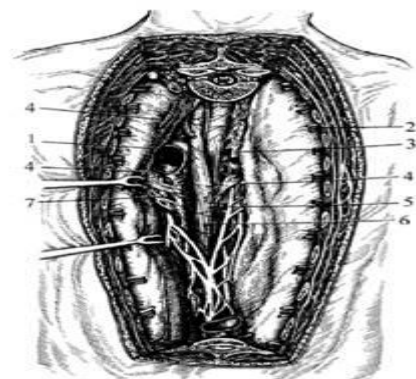
5.Бемор курак орка соҳасидаги огрикка, каттик овқат махсулотлари утишининг қийинлигига, ариклашга, бош айланишига шикоят қилади. 3 ойдан бери касал деб билади. охирги 2 кундан бери суюқ овқат егандан кейин қусади. Суюқ овқат ўтмаяпти. ЭФГДС қилинганда қизилўнгачнинг торайиши, деворларининг таранглашиши, шиллиқ пардасининг гиперемиялашиши аниқланади. **Диагноз?**

- А. Қизилўнгач пастки қисми раки.
- Б. Рефлюкс-эзофагит
- В.Қизилўнгач веналарининг варикози
- Г.Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси
- Д.Меъданинг кардиал қисми яраси

## РАСМЛИИ ТЕСТЛАР.

**1.Қуйидаги расдаги қайси рақамда қизилўнгач кўрсатилган?**

- А. 1
- Б. 3
- В. 5
- Г. 6
- Д. 7



**2.Қуйидаги расмда қайси контраст моддадан фойдаланилган?**

- А. Урографин
- Б. Йодид
- В. Барий сульфат
- Г. Вериографин
- Д. Триомбраст



**3.Қуйидаги расмда кўрсатилган катта баллон қайси аъзо учун мўлжалланган?**

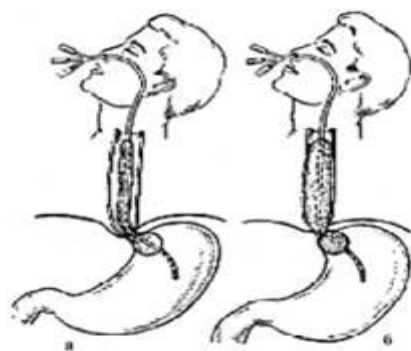
- А. Қизилўнгач
- Б. Ўн икки бармоқли ичак
- В. Ошқозон
- Г. Ошқозоннинг кардиал қисми
- Д. Оч ичак



**4.Қуйидаги расмда қайси ҳолатда Блекмор зонди тўғри қўйилганлиги кўрсатилган?**

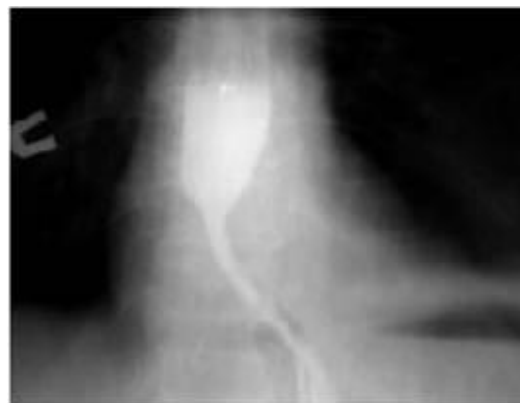
АА

- Б. Иккаласи ҳам тўғри
- В.Иккаласида ҳам нотўғри
- Г. В
- Д.А ҳолатда қийшик қўйилган



**5.Қуйидаги расмда келтирилган патологияда қанақанги даво муолажаси тавсия қиласиз?**

- А. Еюностомия қўйиш
- Б.Антибиотикотерапия
- В.Яллиғланишга қарши даво
- Г.Анальгетиклар
- Д. Қизилўнгачни бужлаш



#### Тестларнинг жавоблари

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| А | Б | Д | Г | А | Г | А | В | Б | Г  |

#### Вазиятли масалаларнинг жавоблари

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| В | Д | В | А | Б |

#### Расмли тестларнинг жавоблари

**1**  
**Б**

**2**  
**В**

**3**  
**А**

**4**  
**Г**

**5**  
**Д**

### **Асосий адабиётлар**

- 1.Агзамходжаев С.М., Рахманов Р.К.,Янбаев Т.А. Хирургик касаллар. Т., Ибн Сино, 1999.
- 2.Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т 2005й
- 3.Хирургические болезни (Под ред. М.И.Кузина, учеб.лит.для студ.медвузов, - М.,Мед, 2006, -779с.
- 4.Орипов У.О. Каримов Ш.И. Корин бушлиги органларининг шошилинич жаррохлиги., Т.,1991.
- 5 Петров С.В. Общая хирургия: Учебное пособие –М.:ГЕОТАР – Медиа, 2007-767с.
6. Частная хирургия. Учебник для медицинских Вузов. Под.ред.Шевченко Ю.Л. Санкт-Петербург.1998. 478 с. (в 2-х томах).

### **Кушимча адабиётлар.**

1. Дадаев Ш.А. Методические рекомендации к практическим занятиям по госпитальной хирургии для студентов 1У курса СамПИ. 1994.1-П том. 187.
2. Под ред.В.С.Савельев 50 лекций по хирургии. Москва. 2004.
3. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского, дополненный. М., 1998.
4. Пучков К.В. «Технология дозированного лигирующего электротермического воздействия на этапах лапароскопических операций». М.:Медпрактик., - 2005, - 175 стр.
5. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебное пособие для мед.вузов-М.:ГЕОТАР – Медиа, 2006-832с.
6. Кондрашник С.А., Юрнев В.С. Кизилунгзч ахалазняшш даволашда баллонли дялятациянн курсаткичларни Хирургия. 1999,9 б.
7. Журнал «Вестник медицины» Қизилўнғачни бужлашдан кейинги асоратлар. 2000 й. № 3, 24 б.

### **Электрон адабиётлар**

- 1 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб. С компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
- 2 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.с компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, т 2-397с. )

3.Клиническая хирургия: национальное руководство 3-х т./ Под.ред. В.С.Савельевой, А.И.Кириенко.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2008.т.1.-864с. + ДИСК.

**Мавзу бўйича интернетдаги сайтлар:**

<http://www.moodle.sammi.uz>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.doktor.ru>

<http://www.zyonet.uz>