

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

Мавзу: QORIN DEVORINING XIRURGIK ANATOMIYASI

Бажарди: Eshtemirov T.

Самарқанд 2017 йил

QORIN DEVORINING XIRURGIK ANATOMIYASI.

Qorin bo'shlig'i (cavum abdominalis)- qorin bo'shlig'i ichki fassiyasi (f.endoabdominalis) bilan chegaralangan bo'lib, qorin bo'shlig'i va qorinparda orqa bo'shlig'iga bo'linadi. qorin bo'shlig'ining yuqorigi devorini diafragma, old va yonbosh tomonidan qorinning old devori mushaklari qatlami, orqadan umurtqa pog'onasi, bel mushaklari qatlami tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i pastki tomondan erkin holda chanoq bo'shlig'iga o'tib, ular orasidagi chegara shartlidir.

Diafragma mushaklarining taranglashishidan hosil bo'ladigan bosim nafas olishda, qon aylanishini ta'minlashda, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ida bosim hosil qilishda, oshqozon-ichak tizimi harakati faoliyatini ta'minlashda muhim o'ringa ega.

Qorinning oldingi yonbosh devori.

Yuqoridan – xanjarsimon o'simta va qovurg'a yoylari, o'ng va chap tomondan - orqa qo'ltiq osti chizig'i (lin.axillaris posterior), pastdan – qovuq suyaklarining simfizi, chov burmalari, yonbosh suyagi tojlari to orqa qo'ltiq osti chizig'igacha chegaralanadi.

Qorinning old – yonbosh devorini bir nechta viloyatlarga bo'lish maqsadga muvofiqdir, chunki churralarning aniq topik diagnozini va ularning hajmini aniqlashda muhim ahamiyati bor. Shartli ravishda qorinning old devoridan ikkita gorizontallik chiziq o'tkaziladi: yuqoridan qovurg'a yoylarini birlashtiruvchi – lin.bicostalis, pastdan – yonbosh suyaklar o'simtalarini birlashtiruvchi – lin.bispinalis. Ana shu chiziqlar qorinning old yonbosh devorini uch qavatga bo'ladi. Birinchi yuqorigi qavat – epigastrium, o'rta – mesogastrium, va pastki – hipogastrium deb nomlanadi.

Qorinning to'g'ri mushaklari qirrasidan vertikal holda o'tkaziladigan ikkita chiziq yuqoridagi bo'limlarni yana uchta viloyatga bo'ladi. Shunday qilib, yuqorigi qavatda haqiqiy epigastral (regio epigastrica propria), o'ng va chap qovurg'a osti viloyatlariga bo'linadi. Qorinning o'rta qismi – kindik (regio umbilicalis), o'ng va chap yonbosh (regio lateralis abdominalis dextra et sinistra), bo'limlariga ajratiladi. Pastki qismi ham uchta – qovuq (regio pubica), o'ng va chap yonbosh – chov (regio ileoinguinalis dextra et sinistra) viloyatlariga bo'linadi.

I. Qorin devorining terisi – yupqa va harakatchandir (kindikdan tashqari).

II. Teri osti yog' qavati – siyrak, qorinning pastki qismida ayniqsa ayollarda yaxshi rivojlangan.

III. Yuzaki fassiya – qorinning pastki qismida ikki varaqqa bo'linadi yuzaki va chuqur varaq. Yuzaki varag'i sonning oldingi yuzasigacha davom etadi, chuqur varag'i esa chov bog'lamiga borib birikadi. Ana shu yuzaki fassiya varaq. orasidan: a.epigastrica superficialis o'tib kindikkacha boradi, a.circumflexa ilium superficialis yonbosh suyak tomon yo'naladi, a.pudenda externa chov kanalining tashqi teshigi atrofigacha yetadi. Bu uch arteriyalar a. femoralis dan chiqadi va v.femoralis orqali vena qoni oqib, v.saphena yoki v.femoralis ga quyiladi.

IV. Mushak qavati – qorinning old – yonbosh devori tashqi qiyshiq (m.obliquus abdominis externus), ichki qiyshiq (m.obliquus abdominis internus), ko'ndalang (m.transversus abdominis), to'g'ri (m.rectus abdominis) mushaklaridan tashkil topgan. Mushaklar juft bo'lib, har birining alohida shaxsiy fassial qinlari bor.

1. Qorinning tashqi qiyshiq mushagi (m.obliquus abdominis externus) oxirgi sakkiz qovurg'alarining tashqi tomonidan boshlanib, mushak tolalari yuqoridan pastga, orqadan oldinga yo'naladi. Qorinning o'rta qismida mushaklarning aponevrozga o'tishi, qorinning to'g'ri mushaklariga 1,5–2 sm yetmasdan boshlanadi. Bu mushakning keng aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi tomonidan o'tib oq chiziqni hosil qilishda qatnashadi. Qorinning pastki qismida aponevrozning holi qismi yonbosh suyagining oldingi yuqorigi qirrasiga va qovuq bo'rtmasiga birikib, ichki tomonga qayriladi va taranglashgan chov, ya'ni chov yoki Pupart bog'lami (lig.inguinalis seu Pouparti) ni hosil qiladi.

2. Qorinning ichki qiyshiq mushagi (m.obliquus abdominis internus) tashqi mushak tagida yotib, fascia thoracolumbalis, linea intermedia cristae iliacae va chov bog'lamining tashqi yarmidan boshlanadi. Bu mushak tolalari qiyshiq mushak tolalariga qarama – qarshi yo'nalishda bo'lib, pastdan yuqoriga va tashqaridan ichkariga yelpig'ichsimon tarqaladi. Mushak tolalari qorinning yuqori qismida X – XII qovurg'alarining ichki qirrasiga birikadi, o'rta qismida ular ikki qavatga ajralib, o'rta mushakning oldidan va orqasidan o'tib, oq chiziqni hosil qilishda qatnashadi. Pastki

qirralari chov kanalining yuqorigi va oldingi devorini tashkil qilishda qatnashadi. va bir qismi tolalari m.cremaster ni hosil qilib, Urug'' yo'lining bitta pardasi bo'lib hisoblanadi.

3. Qorning ko'ndalang mushaqi (m.transversus abdominis) eng chuqur mushak bo'lib, oxirgi oltita qovurg'alarining ichki yuzasidan, fascia thoracolumbalis ning chuqur qavatidan hamda chov bog'laminin tashqi uchligidan boshlanadi. Mushak tolalari ko'ndalang tarqalib, to'g'ri mushaklarga yaqinlashganda aponevrozga o'tadi va ularni tashqi tomondan yopib, tashqariga qayirilgan spigel chizig'i (linea semilunaris) ni tashkil qiladi.

Qorning yuqori qismida ko'ndalang mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning orqasidan o'tib, ichki qiyshiq mushak aponevrozining chuqur qatlami bilan birikib to'g'ri mushak qinining orqa devorini tashkil qiladi. Qorning pastki qismida bu mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi yuzasidan o'tib, ular qinining oldingi devorini hosil qiladi. Ko'ndalang mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi yuzasiga utishda yoysimon chiziq (linea arcuata) yoki duglas chizig'ini hosil qiladi.

4. Qorning to'g'ri mushaqi (m.rectus abdominis) - III – IV qovurg'alarining tog'ay qismidan, to'sh suyagining halqasimon o'simtasidan boshlanib, pastga yo'naladi, ikkala tomondan o'rta chiziq atrofida keng taroqsimon shaklda bo'lib, qovuq suyagining yuqorigi qirrasiga birikadi. Mushak bo'ylab uchta ko'ndalang joylashgan pay tortmalari bo'lib bittasi kindikdan yuqorida, ikkinchisi kindik sathida va uchinchisi kindikdan pastda joylashgan. Shu paylar kindikdan yuqorida to'g'ri mushakning oldingi va orqa devorlarining qorin mushaklari aponevrozlarini tashkil qiladi, kindikdan 2-5sm pastda qorin mushaklarining keng aponevrozlari to'g'ri mushakning oldidan o'tib, shu mushak qinining oldingi devorini hosil qiladi. Uning orqa devorini ko'ndalang fassiya tashkil qiladi. To'g'ri mushaklarning orasidan yuqoridan pastga a.epigastrica superior va sho'nga qarama – qarshi holda pastdan, a.epigastrica inferior o'tib, anastamoz hosil qiladi.

5. Ko'ndalang fassiya (fascia transversa). Bu fassiya f.endoabdominalis ning bir qismi bo'lib, uning tolasi ko'ndalang yo'nalgan. Qorning yuqori qismida bu fassiya yupqa va nozik bo'lib, pastki qismida qalin va qattiqlashgan keng bog'lam hosil qiladi.

6. Pariyetal qorinparda (peritoneum parietalis). Ko'ndalang fassiyadan qorinparda oldingi yupqa yog' qatlami bilan ajraladi. Qorning oldingi devorini ichki tomondan yopib, kindikdan pastda bir nechta burmalar va chuqurchalar hosil qiladi.

Siydik qopining cho'qqisidan kindikka o'rta chiziq bo'ylab tortma o'tadi bu obliterasiya bo'lgan *urachus* hisoblanadi. Buning ustidan qorinparda yopib burma hosil qiladi – *plica umbilicalis mediana*. Siydik qopining tashqi yonbosh sohasidan kindikka ikkinchi tortma borib, ular a.a.umbilicalis larning obliterasiyasidan hosil bo'ladi va qorinparda ularni yopib – *plica umbilicalis medialis* ni hosil qiladi. Shu burmalardan yanada tashqariroqdan qorning pastki epigastral arteriyalari ostida lateral kindik burmalarini hosil qiladi – *plica umbilicalis lateralis*. Ana shu burmalar orasida bir nechta chuqurchalar hosil bo'ladi. Shulardan siydik qopining ustida, *plica umbilicalis mediana* dan tashqarida fovea supramesalis (siydik pufagi usti chuqurchasi), *plica umbilicalis medialis* dan tashqarida hosil bo'lgan chuqurcha – fovea inguinalis medialis (to'g'ri chov churrasining chiqish joyi), *plica umbilicalis lateralis* dan tashqarida fovea inguinalis lateralis (qiyshiq chov churrasining chiqish joyi) joylashgan.

Qon bilan ta'minlanishi. Qorning oldingi yonbosh devori yuqorigi va pastki epigastral arteriyalar, pastki olti juft qovurg'alararo arteriyalar hamda son artayeriyasining yuzaki shaxobchalari (a.epigastrica superficialis, a.circumflexa ilium superficialis, a.pudenda externa). Vena qoni shu nomli venalar bilan v.cava superior, v.cava inferior va v.femoralis lar orqali oqib ketadi.

Innervatsiyasi. Pastki olti juft qovurg'alararo asab tolalari (n.n.intercostalis), n.ilioinguinalis va n.iliohypogastricus (bel chigalidan) orqali amalga oshiriladi.

Limfaning oqib chiqishi. Yuqorigi qismi epigastral va mediostenal limfa tugunlari (nodi lymphatici epigastrici et mediastenalis anterior), pastki qismida – bel tugunlari (nodi lymphatici lumbalis), yonbosh (nodi lymphatici iliaca), va chuqur chov tugunlari (nodi lymphatici inguinalis profundae) orqali amalga oshiriladi.

Qorning oq chizig'i (linea alba abdominis) – qorning hamma keng mushaklari paylarining qo'shilishidan hosil bo'ladi.

Oq chiziq qisqa payli plastinka bo'lib, uning kengligi har xil, 1,5-2,5sm-ni tashkil etadi. Kindikdan pastda oq chiziq torayadi va qalinlashadi. Kindikdan yuqorida oq chiziq «anatomik kuchsiz» joy deyiladi.

Kindik halqasi (annulus umbilicalis) – hamma tomondan pay qinlari bilan o'ralgan teshik bo'lib, uning kattaligi har xil. Terisi kratersimon tortilgan bo'lib, kindik paylari va qorinparda bilan chandiqlar hosil qilgan.

Yuqoridan kindik teshigiga kindik venasi, pastdan ikkita kindik arteriyasi, va siydik yo'li (urachus) tutashadi.

Chov kanali (canalis inguinalis) – oldingi chov uchburchagida joylashgan. Uning chegaralari – chov burmasining tashqi, o'rta uchligidan to'g'ri mushakning tashqi qirrasiga o'tkazilgan chiziq, pastdan – chov burmasi, yuqoridan – to'g'ri mushakning tashqi qirrasiga. Chov kanalining uzunligi 4-4,5sm, ayollarda uzunroq bo'ladi.

Chov kanalining to'rtta devori va ikkita teshigi bor. Oldingi devorini – qorin tashqi mushagining aponevrozi, orqa devorini – ko'ndalang fassiya. Yuqorigi devorini – qorinning ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarining pastki qirrasiga, pastki devorini – chov (Pupart) bog'lami tashkil etadi.

Chov kanalidan erkaklarda Urug' tizimchasi (funiculus spermaticus), ayollarda bachadonning yumaloq bog'lami (lig.teres uteri) o'tadi. Urug' tizimchasi bo'ylab yuqoridan n.ilioinguinalis, pastdan n.spermaticus externus o'tadi.

Chov kanalining oldingi devori pastki medial qismida uning yuzaki yoki tashqi teshigi joylashgan. Bu teshik qorin tashqi qiyshiq mushagining ikki oyokchalari (crus medialis et lateralis) orqasida joylashib – medial qismi simfizga, lateral qismi esa qovuq bo'rtmasiga borib birikadi. Tashqi teshik sog'lom erkaklarda ko'rsatkich barmokning uchi sig'adigan kattalikda bo'ladi.

Chov kanalining chuqur halqasi (annulus inguinalis profundus) kanal orqa devorining lateral qismi bo'lib hisoblanadi.

Moyak yorg'oqqa tushish jarayonida ko'ndalang fassiyani ko'tarib ichki teshikni paydo qiladi va Urug' tizimchasining ichki pardasiga (fascia spermatica interna) aylanadi. Chov kanalining ichki teshigiga fovea inguinalis lateralis sohasida qorinparda yopishadi, tashqi teshigiga fovea inguinalis medialis sohasida sodir bo'ladi.

Qorinning yuqorigi devori – keng mushak-pay plastinkasidan iborat bo'lib, diafragma (diaphragma), deyiladi. Diafragma mushaklarining tolalari ko'krak qafasining butun aylanasi bo'ylab ichki qirrasidan boshlanib, yuqoriga ko'tariladi va payga aylanib ko'krak qafasi bo'shlig'iga kiruvchi gumbaz hosil qiladi.

Diafragma gumbazining balandligi tananing holatiga, nafas olish harakatiga, ko'krak qafasining shakliga hamda ko'krak qafasi va qorin bo'shliqlaridagi bosimning nisbatiga bog'liq. Kishi vertikal holda turganda diafragma oldindan V-qovurg'a va orqadan IX-qovurg'a sathiga to'g'ri keladi. Chap tomondan diafragma gumbazi bir qovurg'aga pastda aniqlanadi.

Diafragma ikki qismdan iborat: markaziy – pay (pars tendineum) va periferik – mushak (pars muscularum) qismlaridan iborat. Pay qismi keng uchbargli shaklga ega. Mushagi esa quyidagi qismlardan iborat: to'sh, qovurg'a va bel qismlari. Tush qismi birnecha qisqa mushak bog'lamlaridan iborat. Qovurg'a qismi VII-XII qovurg'alar tog'ayining ichki yuzasidan boshlanib, qorinning ko'ndalang mushagidan ham tolalar oladi. Bel qismi chap va o'ng tomonlardan uchtdan oyoqchalarga ega. Diafragma mushaklari orasida yoriqsimon Oraliqlar bor. Tush va qovurg'a qismlari orasidagi uchburchak shakldagi yoriq – tush-qovurg'a oraligi yoki Larrey uchburchagi (trigonum sternocostalis Larrey) deyiladi. Bu yoriq orqali ko'krak bo'shlig'ining tomirlari (vasa thoracica interna) o'tadi. Qovurg'a va bel qismlari orasidagi uchburchak shakldagi yoriq Bogdalek uchburchagi (trigonum lumbocostalis Bochdaleki) deyiladi. Diafragmada uchta katta teshik bo'lib, ulardan aorta, qizilo'ngach, pastki kovak vena hamda bir nechta tomirlar va asab tolalari o'tadigan yoriqlar bor. Aortal teshikdan aortadan tashqari limfa yo'lining Boshlang'ich qismi ham o'tadi.

Qizilo'ngach o'tadigan teshikdan adashgan nerv tolalari ham o'tadi.

Pastki kovak vena o'tadigan teshik diafragma pay qismining o'rtasida joylashgan.

Diafragma pastki yuzasining ko'p qismi qorinparda bilan qoplangan. Jigarining gultoj bog'lami pastki kovak vena atrofi qisman va bel qismi batamom qorinparda bilan qoplangan.

Diafragmani ko'krak ichki arteriyasidan chiqqan shaxobcha, ko'krak va qorin aortalaridan va pastki qovurg'alararo arteriyalar qon bilan ta'minlaydi. Vena qoni nomdosh vena tomirlari orqali chiqib ketadi. Innervasiyasi n.n.phrenicus orqali amalga oshiriladi. Limfa diafragmadan qorin limfa yo'liga quyiladi.

Qorinning orqa devori – to'rtburchak shaklga ega. Yuqoridan – XII-qovurg'a, pastdan – yonbosh suyaklari qirralari (crista iliaceae), ichkaridan – linea vertebralis, tashqaridan – linea axillaries posterior ning davomi bo'lib, yonbosh suyagining tagiga tutashgan vertikal chiziq chegaralaydi.

Qorinning orqa tomonida teri qalin, teri osti yog' qatlami ham yaxshi rivojlangan. Mushak – aponevroz qavatini tashqaridan – yelkaning keng mushagi, qorinning ichki qiyshiq mushagi, ko'ndalang mushakning aponevrozi hamda belning kvadratsimon mushagi (m.quadratus lumborum) chegaralaydi. Qorin orqa devorining tashqi yuzasida ikkita «anatomik kuchsiz» joylar mavjud. Ana shu joylarda bel churrallari hosil bo'lishi mumkin:

1. Piti uchburchagi (trigonum lumbale Petit). Chegaralari: pastdan – yonbosh suyagining tojlari, ichkaridan – m.latissimus dorsi ning oldingi qirrasi, tashqaridan – m.obliquis abdominis externus ning pastki qirrasi. Uchburchakning tubini qorinning ichki qiyshiq hamda ko'ndalang mushaklari tashkil qiladi. Ana shu mushaklar orqali o'tgan tomirlar va asab tolalari shu sohada kuchsizlanishga olib kelishi mumkin.

2. Gryunfeld – Lesgaft oraligi (spatium tendineum lumbale Grynfelti). Chegarasi: yuqori lateral tomondan – XII-qovurg'a, yuqoridan – m.serratus posterior inferior ning pastki qirrasi, medial tomondan – m.erector spinae, pastki lateral tomondan – m.obliquis abdominis internus ning qirrasi tashkil qiladi. Gryunfeld – Lesgaft oraligining tubini m.transversus abdominis ning aponevrozi tashkil qiladi.

Qorinning orqa devorini qon bilan ta'minlash turt juft bel arteriyalari (a.a.lumbalis) orqali amalga oshiriladi. Bular qorin aortasidan chiqadi. Vena qoni v.v.lumbalis orqali v.cava inferior tizimiga quyiladi. Innervasiyasi bel asablarining shaxobchalari orqali amalga oshiriladi hamda bel chigalidan ham shaxobchalar oladi.

Qorinning pastki devori. Qorin bo'shlig'i bilan chanoq bo'shlig'ini ajratib turuvchi chegara chizig'i (linea terminalis), promontorium orqali o'tadi. Shu chiziqdan yuqorisi katta chanoq bo'shlig'i bo'lib, qorin bo'shlig'iga kiradi. Ammo bu chegara shartli olingan. Ma'lumki chanoq bo'shlig'ida ingichka ichaklar, yo'g'on ichak, charvinig paski qismi ham bo'lishi mumkin. Undan tashqari Oraliq, utirgich, yopiluvchi teshik churrallari hosil bo'lishini hisobga olib chanoq devorlari va kichik chanoq bo'shlig'ining tubini qorinning pastki devori deb hisoblash to'g'ri bo'ladi.

Kichik chanoq bo'shlig'iga kirishda ikki tomondan yonbosh chuqurchalar bilan o'ralgan va ular yonbosh mushaklari bilan to'lgan. Bu mushaklar m.psoas major et minor bilan qo'shilib m.iliopsoas ni hosil qiladi va lacuna musculorum dan songa o'tadi. M.iliacus pastki fassiya bilan qoplangan bo'lib, f.endoabdominalis ning bir qismi bo'lib hisoblanadi. F.iliaca pastga borib linea terminalis ga birikadi va chanoq bo'shlig'i devorlarini yopib, chanoq tubiga yopishadi hamda m.levator ani va m.coccigeus ni tashkil qiladi.

Pariyetal qorinparda ham yonbosh chuqurchalarni yopib, siydik qopiga o'tadi va qorinning oldingi devoridan siydik qopiga utishda (plica vesicalis transversae) ko'ndalang burma hosil qiladi. Erkaklarda siydik qopining orqasidan to'g'ri ichakka o'tib, chuqurcha (excavatio retrovesicalis) ni hosil qiladi. Ayollarda pariyetal qorinparda siydik pufagidan bachadonga va bachadondan to'g'ri ichakka o'tib, ikkita bo'shliq – excavatio vesicouterina va excavatio rectouterina ni hosil qiladi.

QORIN CHURRALARI TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHALAR VA TASNIFI.

Qorin churrasi (hernia) – qorin bo'shlig'idan ichki a'zolarining qorin devoridagi tabiiy yoki sun'iy teshiklar orqali qorinpardaning ularni qoplab turadigan devor oldi varag'i bilan birgalikda chiqishidir.

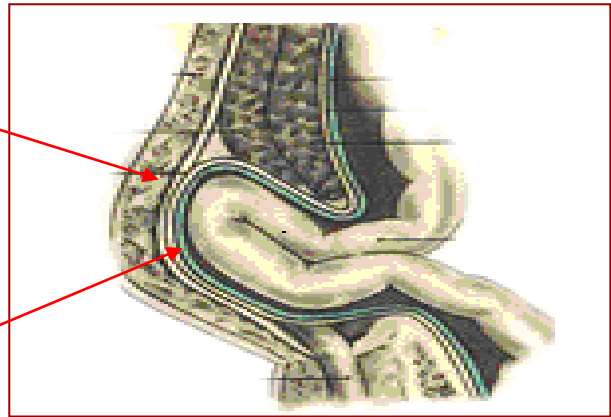
Qorin churrallari tashqi va ichki turlarga bo'linadi. Qorin tashqi churrallari qorining old, orqa va chanoq tubi mushak- aponevrotik qavatining har xil teshiklari orqali qorinparda bilan birga ichki a'zolarining tashqariga teri tagiga chiqishidir. Ana shu teshiklarni anatomik «kuchsiz joylar deb hisoblanadi. Bu teshiklar tananing tabiiy anatomik hosilalari bo'lib bularga kindik halqasi, qorinning oq chizig'idagi yoriqlar, chov va son kanallari, Peti va Gryunfeld-Lesgaft uchburchaklari yoki

jarohatlar, operatsiyadan keyin hosil bo'lgan bo'lishi mumkin. Churraga yaqin yani «eventratsiya» va «tushish» kabi tushunchalar mavjud.

Eventratsiya - qorinparda va qorinning old devoridagi mushak-aponevrotik qavatida o'tkir hosil bo'lgan defekti sababli qorin bo'shlig'i germetik holatining buzilishi va ichki a'zolarining teri tagiga chiqishidir. Eventratsiya sababiga ko'ra travmatik, operatsiyadan keyingi va tug'ma bo'lishi mumkin.

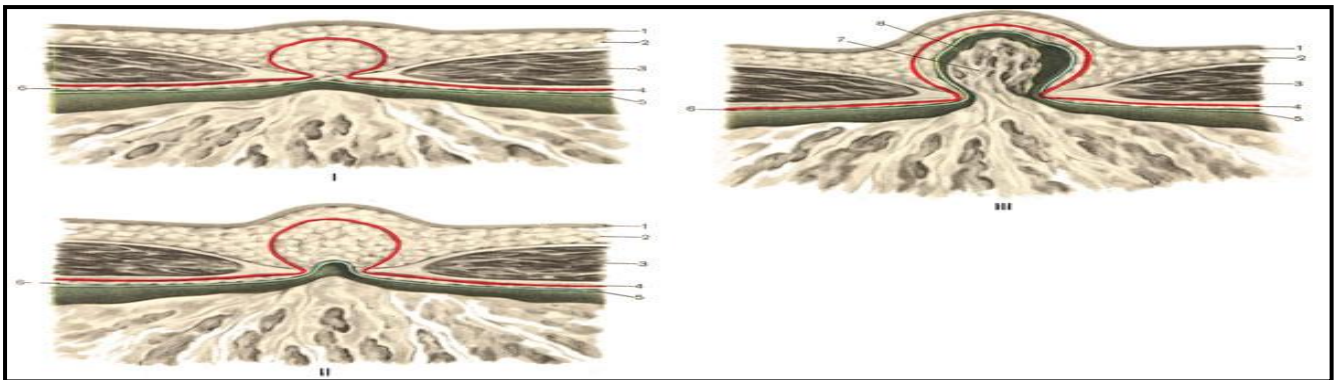
Ichki churralarda qorin bo'shlig'idagi ichki a'zolarining qorin bo'shlig'ida hosil bo'lgan kistalarga yoki pariyetal qorinpardada hosil bo'lgan chuqurchalarga kirib qolishi hamda diafragmaning tabiiy va orttirilgan teshiklari orqali ichki a'zolarining qo'shni bo'shliqlarga chiqishidir. Qorinparda bilan qoplanmagan ichki a'zolarining tabiiy teshiklar orqali chiqishi – tushishi (prolapsus) deyiladi. Masalan: bachadonning qin orqali yoki to'g'ri ichakning Sphincter ani externum orqali tushishi.

Teri osti yog' qavatida



Parietal qorin parda

Qorin churralaridan farkli ravishda ichki a'zolarining qorin old devori mushak – aponevrozining qorinparda bilan birga o'tkir shikastlanishlari natijasida teri ostiga chiqishi – **teri osti eventratsiyasi**, tashqariga chiqishi esa **tashqi eventratsiya** deyiladi. Eventratsiyalar tug'ma, orttirilgan va operatsiyadan keyin uchrashi mumkin.



Qorinning tashqi churralari tasnifi.

A. Kelib chiqishiga ko'ra:

- I. Tug'ma churralar (hernia congenitalis).
- II. Orttilgan churralar (hernia acquisita).
1. Darmonsizlik natijasida rivojlanadigan churralar.
2. Zo'riqish natijasida rivojlanadigan churralar.
3. Operatsiyadan keyingi churralar.
4. Travmatik churralar.
5. Patologik churralar.

B. Anatomik joylashuviga ko'ra:

1. Chov churralari.
2. Son churralari.
3. Kindik churralari.
4. Epigastral churralari.
5. Quymich churralari.

6. Bel churrallari.
7. Oraliq churrallari.
8. Xanjarsimon o'simta churrallari.
9. Qorinning yon churrallari.

V. Klinik kechishiga ko'ra:

I. Asoratlamagan –to'g'rılanadigan (hernia reponibilis) churralar.

II. Asoratlangan –to'g'rılanmaydigan (hernia irreponibilis) churralar.

1. Qisilgan churralar (hernia incarcerata).

2. Koprostaz.

3. Churra yallig'lanishi.

G. Rivojlanish bosqichiga ko'ra:

I. To'liq.

II. Noto'liq.

1. Boshlang'ich churra.

2. Kanal churrasi.

3. Urug' tizimchasi churrasi.

Qorinning tashqi churrallari ko'p uchraydigan xastalik bo'lib, aholining 3-4% i churra bilan og'riydi. Eng ko'p chov churrallari (73%), so'ngra son (8%), kindik (4%), operatsiyadan keyingi churralar (14%) uchraydi. Churralarning qolgan shakllari 1% ni tashkil etadi. Erkaklarda ko'proq chov churrallari, ayollarda esa son va kindik churrallari bo'ladi.

Churraning tarkibiy elementlariga – churra darvozasi, churra qopchasi, churra ichi hosilalari.

Churra darvozalari – bu mushak-aponevrotik qavatdagi teshik bo'lib, har xil sabablarga ko'ra pariyetal qorinparda va ichki a'zolarining chiqish joyi hisoblanadi. Churra darvozasining shakli yoriqsimon, uchburchak, yumaloq, qiyshiq bo'lishlari mumkin. Masalan chov churrasida uning darvozasi uchburchak va yoriqsimon, kindik va qorinning oq chizig'i churrasida – yumaloq va qiyshiq shaklida bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi va travmatik churralarda churra darvozasi – noto'g'ri shaklda bo'ladi. Churra darvozasining o'lchami ham har xil, ya'ni birnecha santimetrdan (kindik va oq chiziq churrallari) to 20-30 sm (operatsiyadan keyingi va qorinning to'g'ri mushaklari diastazida) gacha bo'lishi mumkin.

Churraning yangi hosil bo'lgan davrlarida churra darvozasi qirralari elastik holda bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan aynisa eski churralarda darvozasi nuqtasi qo'pollashadi va chandiq hosil bo'lib elastiklik xususiyati yo'qoladi. Operatsiyadan keyingi churralarda darvoza qirralari qattiq fibroz to'qimalarga aylanib qoladi.

Nevropatik churralarda aniq churra darvozasi bo'lmay, denervasiya natijasida mushak qavatlari atrofiyaga uchraydi va aponevrotik to'qimasi deyarli bo'lmaydi. Ana shu sababli qorin devorining shu qismi do'mpayib chiqib keladi. Bunga misol bo'lib diafragmaning relaksatsiyasini keltirishi mumkin.

Qorin devorining mushak-aponevrotik qavatidagi teshiklar, churra chiqadigan anatomik kuchsiz joylardir (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig'i, diafragma teshiklari va boshqalar).

Normada bu teshiklar orqali (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig'i, diafragma teshiklari va boshqalar) u yoki bu anatomik tuzilmalar o'tadi (Urug' tizimchasi, bachadonning yumaloq bog'lami, qon tomirlari, nerv tugunlari va boshqalar). Churra darvozasining shakli yoriqsimon, uchburchak, yumaloq, qiyshiq bo'lishi mumkin. Masalan chov churralarida uning darvozasi uchburchak va yoriqsimon, kindik va qorinning oq chizig'i churrasida – yumaloq va qiyshiq shaklida bo'ladi.

Churra xaltasi–pariyetal qorinpardaning churra darvozasi orqali chiqqan qismi. Uning tubi, bo'yni va tanasi va tubi farqlanadi. Churra kisimlaridan iborat xaltasi turli o'lcham va shaklda bo'lishi mumkin.

Xaltaning qorin bo'shlig'i bilan tutashadigan qismi uning teshigi deyiladi. Bo'yinchasi – churra xaltasining teshigi bilan tutashadigan eng tor qismidir. Bo'yinchada aksariyat churra qisilishi ro'y

beradi. Tana qismi keng bo'lib, asosan teri ostida joylashgan, churra xaltasining tub qismi yoki churraning distal qismi hisoblanadi.

Churra bir yoki ko'p kamerali bo'lishi mumkin.

Asoratlanmagan churralarda xaltasi devori qorinpardaning silliq yupqa varag'idan iborat bo'lib, yuzasida yog' qatlamlari bo'lishi mumkin. Asoratlangan churralarda xalta devori doimo shikastlanib turishi natijasida u qalinlashadi, biriktiruvchi to'qima rivojlanishi va xalta ichida bitishmalar borligi hisobiga dag'allashib qoladi.

Churra xaltasining ichki yuzasi xalta ichidagi hosila bilan yoki devorlarining bir-biri bilan bitib qolishi oqibatida churra tug'irlanmaydigan bo'lib qoladi. Churra xaltasining to'liq obliteratsiyasi deyarli bo'lmaydi. Aksariyat xaltacha ikki yoki uch bo'shliqli tuzilmaga aylanadi yoki «qum soat» ko'rinishini oladi.

Churra xaltasi embrional kindik churralarida bo'lmasligi mumkin, ulardagi tushgan ichki a'zolar amnion parda bilan qoplangan bo'ladi. «Sirpanuvchi» churralarda ham churra qopchasi bir devorini qorinparda bo'shlig'idan tashqarida joylashgan a'zolarining (ko'richak, siydik pufagi, yuqoriga ko'tariluvchi yo'g'on ichak, sigmasimon ichak) devorlari tashkil qiladi.

Churra xaltasi ichida qorin bo'shlig'idagi a'zoldan biri bo'lishi mumkin:

a) Ingichka ichak qovuzlogi;

b) Charvi;

v) Ichak tutqichi bilan ta'minlangan yo'g'on ichak qismlari, sigmasimon ichak, ko'ndalang chamber ichak ko'richak, chuvalchangsimon o'simta va yo'g'on ichakning yog' osilmalari, Mekkel divertikuli;

d) Bachadon va o'simtalari;

ye) Qorinparda bilan bir tomondan qoplangan a'zolar (siydik pufagi, chamber ichakning yuqoriga ko'tariluvchi va pastga tushuvchi qismlari);

j) Diafragmal churralarda me'da, jigar, taloq va buyraklar.

Bo'rtib chiqadigan churra xaltasi ichidagi a'zolar va churra darvozalari o'rtasidagi vaziyat nisbatini hisobga olish amaliy jihatdan muhimdir.

Qorin bo'shlig'idan chiqadigan a'zolar chov kanalining ichki teshigidan endigina o'tgan bo'lsa – **kanal churrasi**, churra xaltasi teri ostiga tashqi teshigi orqali chiqqan bo'lsa – **to'liq churra**, deyiladi.

Ba'zan churra xaltasi ayrim mushak va fassial qatlamlar orasida qolib ketsa Oraliq yoki interstisial churra ko'rinishida bo'lib, teri ostidan emas, balki mushak yoki aponevroz ostiga chiqadi.

QORIN CHURRALARINING HOSIL BO'LISHIDAGI UMUMIY FAKTORLAR VA ETIOPATOGENEZI.

Churraning kelib chiqishidagi etiologik faktorlardan bo'lib qorin bo'shlig'idagi bosimning qorinning old devori qayta ta'sir ko'rsatish qobiliyatining dinamik muvozanatning buzilishi hisoblanadi. Sog'lom odamlarda, qorinning old devoridagi «kuchsiz xitlarning» bo'lishiga qaramay diafragma mushagining tonusi va qorin old devori qorin ichki bosimining tushishi, defekatsiya, yo'tal, og'irlik ko'tarishda bo'ladigan o'zgarishlarini ushlaybilish xususiyatiga ega. Ammo har xil sabablarga ko'ra mushak aponevroz qavatining funksional holati pasayadi va qorin bo'shlig'i bosimi va qorin devori orasida diskoordinasiya kelib chiqadi va churra rivojlanadi.

Churraning hosil bo'lishi mexanizmi juda og'ir va harxil bo'ladi. Mahalliy moyillik faktorlarida asosan topografoanatomik o'zgarishlar sababli bo'lsa, undan tashqari umumiy faktorlarga ham bog'liq. Mahalliy faktorlarni o'rganish churralarni operativ davolash prinsiplarini patogenetik asoslab berish ucho'ngina yordam beradi.

Umumiy faktorlar ikki guruhga moyillik va churrani keltirib chiqaruvchi faktorlarga bo'linadi.

Churralar mahalliy va umumiy xarakterdagi sabablardan hosil bo'lishi mumkin, churraga moyillik va keltirib chiqaradigan sabablarga bulinidi. Churralar hosil bo'lishining moyillik qiladigan sabablariga churra eng ko'p hosil bo'ladigan joylarda qorin devori tuzilishining mahalliy anatomik xususiyatlari kiradi. Bu anatomik kuchsiz joylar yoki churra nuqtalari quyidagilar:

a) Chov kanali sohasi;

b) Sondagi oval chuqurcha sohasi;

v) Qorin oq chizig'i aponevrozining kindik usti va uning ostidagi bo'limi;

g) Spigeli chizig'i sohasi;

- d) Peti uchburchagi sohasi;
- ye) Gryunfeld – Lesgaft turtburchagi sohasi;
- j) Yopkich teshik sohasi.

Qorin devori tuzilishining anatomik xususiyatlari ayollar va erkaklarda turli xil churralarning turlicha taqsimlanishiga ham ta'sir qiladi. Son churralarining ko'p uchrashi ayollarda chanoq enining kengligi bilan bog'liq. Erkaklarda chov churralarining ko'p uchrashi ularda chov halqasining birmuncha kengligi bilan izohlanadi. Embrional davrda bu kanaldan tuxum yorg'oqqa tushadi va urug' tizimchasi o'tadi. Ayollarda chov oraligi yoriqsimon shaklga ega.

1. Umumiy moyilik qiladigan omillar: irsiyat, yosh (bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qorin devori kuchsiz, keksa yoshdagi kishilarda esa qorin mushaklari atrofiyaga uchragan bo'ladi), jins (ayollarda chanoq va son halqasining tuzilishi, erkaklarda chovning kuchsizligi), gavda tuzilishining xususiyatlari, tez-tez tug'ish, qorin devorining shikastlanishi, operatsiyadan keyingi chandiqlar, qorin devori asablari falajligini kiritish mumkin. Bu umumiy omillar qorin devorining mahalliy zaiflashib kolishiga olib keladi.

2. Keltirib chiqaradigan omillar. Bu qorin bo'shlig'i bosimini oshiradigan omillardir, chunonchi: og'ir jismoniy mehnat, tug'ruqning qiyin o'tishi, doimiy yo'tal, qabziyatlar, peshobning kiyinchilik bilan kelishi, siydik yo'lining qisilishi shular jumlasiga kiradi.

Qorin devori mushaklari sustlashganda va yetishmovchiligida churralar asta-sekin va bemor uchun sezilarsiz, biror jismoniy kuch ishlatmaganda va Zo'riqish bo'lmaganda ham hosil bo'lishi mumkin (masalan, umurtqa pog'onasi, orqa miya va nervlar shikastlangandan keyin to'qimalarning oziklanishi buzilganda tez oriklab ketadi).

Churralarning kelib chiqishida ahamiyatli bo'lgan boshqa omillardan musiqa asboblari chalganda Zo'riqish, emfizema va o'pka sili, kukyo'tal, qabziyat, uretra strukturadagi va prostata bezi adenomasi, takroriy va qiyin tug'uriqlar, assit va boshqalar. Churralarning kelib chiqishida nasliy omilarning ham ahamiyati katta. Qorin devorining anatomik tuzilishi xususiyatlari nasliy yo'llar bilan ham berilishi mumkin. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar va klinik kuzatuvlarga asosan bir oilaning bir necha a'zosi churra bilan xastalanishi mumkun.

Churralarning rivojlanishi ma'lum darajada odam tanasining tuzilish tipiga ham bog'liq. V.A.Shevkunenko ikki tipga ajratgan: birinchi tipda **braxiomorf** – ko'krak qafasining pastki aperturasi keng va chanog'i qisqa, qorinning old devori yuqoridan keng bo'lib pastki qismi qisqa bo'ladi. Sho'nga asosan X kobirganing pastki nuqtalari orasidagi (Dist costazum) masofasi, yonbosh suyaklari oldingi dumbalari orasidagi (Dist spinalum) masofaga nisbatan uzun hisoblanadi. Ikkinchi tipda **dolixomorf** – ko'rakning pastki aperturasi qisqa va chanog'i keng – ikkinchi tip kishilarda (dolixomorf), ko'krakning pastki aperturasi qisqa, chanog'i keng. Qorinning old devori xuddi osilib turgan nokdek bo'ladi. Kobirgalar oraligidagi masofa, yonbosh suyaklari orasidagi suyaklarga qaraganda kam bo'ladi.

Ana shu hisoblarga asoslanib T.V.Lavrova (1979) «Qorinning ko'ndalang indeksi» degan tushunchani kiritdi.

Shuning uchun «qorinning ko'ndalang indeksi» tushunchasi kiritilgan:

$$\frac{dis\ tantia\ costarum}{dis\ tantias \cdot pinarum} * 100$$

Agar indeks 100 dan katta bo'lsa – braxiomorf yoki giperstenik (qorinning erkaklarcha shakli), 100 ga teng bo'lsa – qorin sharsimon shaklga ega bo'ladi. Indeks 100 dan kichik bo'lsa – dolixomorf, ya'ni astenik tipda (ayollar qorni shaklida) bo'ladi.

Braxiomorf (giperstenik) tipdagi kishilarda diafragmal, epigastral, to'g'ri chov churralari ko'p uchraydi.

Dolixomorf (astenik) tipdagi kishilarda esa kindik, son, va qiyshiq chov churralari ko'p uchraydi.

Shuni aytish kerakki, tana tuzilishi tipining o'zi hal qiluvchi moyillik faktori hisoblanadi. Kishining jismoniy rivojlanganligi, mushaklarining tonusi, aponevroz va bog'lamlarining mustahkamligi katta ahamiyatga ega. Juda kam kishilarda tana tuzilishining qandayligidan qat'iy nazar, ularda konstitusion churraga moyillik bo'ladi. Ularda biriktiruvchi to'qimalarning tug'ma kuchsizligi bo'lib, uni tizimli kasalliklar turiga kirgiziladi. Ko'pincha bunday kishilarda ko'p sonli

churralar, masalan, diafragmaning qizilo'ngach teshigi va chov churrasi yoki son churrasi bilan qo'shma bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarda yassi tavon, teri osti venalarining varikoz kengayishi, gemorroy tugunlarining kengayishi kabi kasalliklar birga kuzatiladi.

Erkaklarda qorin churralari ayollarga qaraganda ko'proq uchraydi. Eskidan tarixiy fikr borki – chov churralari erkaklarda ko'proq uchraydi. Oxirgi yillardagi ilmiy izlanishlar natijasiga qarab aytish mumkinki, qorin churralari hozirgi zamonda ko'proq ayollarda uchraydi.

Bu holat bunday churralar profilaktikasini o'z vaqtida qanday o'tkazishga yullanma hisoblanadi. Diafragmal, kindik, son, operatsiyadan keyingi, yopiq kanal, Oraliq va spigel chizig'i churralari ayollarda ko'proq yuzaga chiqmoqda.

Erkaklarda qorin churralari paydo bo'lish moyilligi yuqori. Statistik ma'lumotlarga ko'ra erkaklarda chov churralari ko'p uchraydi. Ayollarda esa kindik, diafragma, son, operatsiyadan keyingi, Oraliq va spigel chizig'i churralari ko'p uchraydi. Shuning uchun chov churralari erkaklar va ayollar o'rtasidagi nisbati 10:3, son 1:8, spigel chizig'i churrasi 1:2, operatsiyadan keyingi churralar 1:4, kindik 1:10, Oraliq churrasi 1:7 tashkil etadi.

Ayollarda qorinning old devori kuchsizlanishiga olib keladigan asosiy faktorlardan biri – bu homiladorlikdir. Homiladorlikning oxirgi muddatlarida bachadon 12 ½ marta kattalashadi va Ana shunga kindik halqasi kengayadi va qorinning old devori (oq chizig'i) yupqalashadi. Qorinning to'g'ri va yonbosh mushaklari gipertrofiya holiga keladi, qon tomirlarida qayta tiklanish bo'lib, periferik asablarda tuzilishi o'zgaradi. Ana shu holatlar fiziologik holda o'tib, bola tugilgandan keyin asta-sekinlik bilan o'z holatiga kaytishi kerak. Vaholanki oq chiziqning, kindik halqasining, mushaklar tonusi oldingi holatiga batamom kelmaydi.

T.F.Lavrovaning kuzatilishlaridan ma'lum buldiki xolos yaxshi jismoniy tayyorlangan kishilarda yoki sport bilan shug'ullanuvchi ayollarda bola tugulgandan keyin to'liq o'z holatiga kaytishi mumkin. Ko'p ayollarda ayniqsa ko'p tuqqan xotinlarda qorinning oq chiziqli kengayishi, kindik halqasining kengayganligi, qorinning old devori atopiya holati saqlanib qoladi.

Biz o'z kuzatuvlarimizda aniqladikki, juda semiz kishilarda qorinning old devori churrasi hosil bo'lishiga moyillik bo'ladi. Katta yog' qatlami aponevroz bilan siyrak yopishgan bo'lib (ayniqsa semiz ayollarda) katta og'irlik kuchi pastga tortadi, bu o'z navbatida mushaklarda degenerativ o'zgarishlarga, aponevroz va fassion qavatlarning haddan tashqari cho'zilishiga olib keladi.

Yana churralarning hosil bo'lishida odamlarda davom etadigan surunkali kasalliklar va organizmning umumiy oriqlashidir. Natijada qorinning old devorida kuchsizlik holatlarida qarshilik kuchi kamayib, qorin bo'shlig'idagi bosimga chidam bermay qoladi va churra hosil bo'lish xavfi kuchayadi. Churra hamma yoshdagi kishilarda uchraydi, ammo eng ko'p kasallikning yuzaga chiqishi maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda va 50 yoshdan keyingi kishilarda kuzatiladi. Ko'p olimlarning (Mayat V.S. 1980, Toskin K.D. 1983) ma'lumotiga asosan churralar 30-40 yoshli kishilarda ko'proq uchraydi. Shuning uchun ham churralarni xirurgik davolash jismoniy va aktiv ish faoliyatida qatnashayotgan kishilarda o'tkazilmoqda.

Churralarning hosil bo'lish mexanizmi ularning kelib chiqishiga bog'liq holda har xil (tug'ma yoki orttirilgan) bo'ladi.

Tug'ma churralarda churra darvozalari churra xaltasi yarim yumaloq shaklga ega, so'ngra jismoniy Zo'riqish natijasida ichki a'zolar churra xaltasiga kiradi. Orttilgan churralarda esa qorin ichidagi bosim oshishi natijasida ichki a'zolar qorin devori qatlamlarini surib, pariyetal qorinpardasini chuzib yuboradi. va natijada churra xaltasi shakllanadi.

QORIN CHURRALARINING SIMPTOMLARI

Simptomlari bo'yicha asoratlanmagan (to'g'rilanadigan), surunkali asoratlangan (to'g'rilanmaydigan) va o'tkir asoratlangan churralarga bo'linadi.

Asoratlanmagan tashqi churralarda subyektiv shikoyatlar turli-tuman sabablarga ko'ra namoyon bo'ladi. Ba'zan ular umuman bo'lmaydi. Aksariyat bemorlar churra sohasidagi simillovchi qattiq og'riqqa, og'riqning to'sh osti sohasiga, boshlanayotgan chov churrasida – moyakka, ayollarda jinsiy lablarga va boshqa sohalarga berilishiga shikoyat qiladilar. Og'riq jismoniy zo'riqishda, og'ir yuk ko'tarishda, vertikal vaziyatda kuchayadi.

Dispeptik shikoyatlar: kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, dizuriya va qabziyatlar ham bo'lib turadi

Bemorlarni tik turganda va yotganda (gorizontal) holatda tekshiriladi.

Asoratlanmagan tashqi churralarning asosiy obyektiv belgilari:

- a) Churra joylashuvi uchun xos zonadagi bir oz shish bo'rtmasi;
- b) Churra xaltasidagi hosilani qorin bo'shlig'iga yengil kiritilishi.
- v) Qorin bo'shlig'iga kiritilgan joyda qorin devorining bo'rtib chiqish nuqsoni (churra darvozasi) borligi;
- g) «Yo'tal turtkisi» fenomeni.

Churrani to'g'irlash'dan keyin ehtimol, paypaslash yo'li bilan churra darvozasi va kanalining ko'rinishini, o'lchamlarini, ularning atrofidagi to'qimalar sifatini, churra darvozasining churra padasi va churra xaltasi bilan uzaro munosabatini, sirpanuvchanligini, bitishmalarning borligini aniqlash mumkin:

- Churrada ichak qovuzlog'i borligi, bo'rtma yuzasining silliqdigi va elastik yumshoq konsistensiyasidan, peristaltikasining teri orqali bilinishidan perkussiyada timpanik tovush paydo bo'lishiga asosan aniqlanadi.
- Churrada ko'p ichak qismi borligi ayniqsa sirpanuvchan churra ko'rinishida paypaslashdan tashqari, yo'g'on ichakni rentgenografiya qilish bilan aniqlanadi.
- Churradagi qovuq devorini (sirpanuvchi churra) dizuriya borligidan va qovuqni sistoskopiya va rentgenografiya qilish bilan aniqlash mumkin.
- Churrada ayol ichki a'zolari borligini ba'zan hayz ko'rish, davrida bo'rtmaning shishib chiqishidan bilsa bo'ladi.

Sirpanuvchi churralar. Bu churra xaltasining devorlaridan birining qorinpardasi bilan qisman qoplangan (masalan, siydik qopi, yuqoriga ko'tariladigan va pastga tushadigan yo'g'on ichak) a'zolar tashkil qiladigan churralardir. Churra xaltasi kamdan-kam hollarda batamom bo'lmaydi.

Yo'g'on ichakning sirpanuvchan churralari aksariyat qiyshiq chov churralarida bo'ladi. Sirpanuvchi churralar hamma chov churralarining 0,6-3,6 % ini tashkil etadi. Ular tug'ma va o'rttirilgan bo'lishi mumkin.

Yo'g'on ichak sirpanuvchan churrasining maxsus simptomlari bo'lmaydi. Odatda bu yoshi ulg'aygan va keksa odamlardagi churra darvozasi keng va katta churradir.

Qovuqning sirpanuvchan churralarida siydik chiqarish buziladi yoki siydik ikki bo'lib chiqariladi, avvaliga bemor kovug'ini bo'shatadi, keyin churra bo'rtmasini bosganidan keyin kaytadan siydik chiqarish mayli paydo bo'ladi va bemor yana siyadi.

Qovuqning sirpanuvchan churrasiga shubha qilinganda qovuqni kateterlash va sistografiya qilish zarur.

Quyidagi hollarda sirpanuvchan churra borligiga taxmin qilish mumkin:

1. Katta va uzoq davom etuvchi, churra darvozasi keng chov churralarida.
2. Ko'p retsivlanuvchi churralarda.
3. Bemorning maxsus shikoyatlari, yani ayrim a'zolarining sirpanish belgilari borligi.
4. To'g'rilanmaydigan yoki qisman to'g'rilanmaydigan churralarda.
5. Churra xaltasini bosganda hamirsimon konsistensiya aniqlanishi.
6. Siydikning ikki bo'lib chiqarilishi.

Churralarni davolashni tashkil etish

Churralarni davolash eng avvalo ularni profilaktika qilishga karatilishi lozim. Shuning uchun churralarni o'z vaqtida dispanserizatsiya qilish muhim ahamiyatga ega. O'z vaqtida dispanserlash quyidagi muhim ishlarni amalga oshirishga yordam beradi:

1. Churralarni paydo bulayotgan paytidayoq aniqlash.
2. Churra bilan bemorlarni o'z vaqtida operativ davolash uchun yuborish.
3. Churrani keltirib chiqaradigan tashqi muxit omilini aniqlash.
4. Qorinning old devori kuchsiz va churraga moyil kishilarga ish me'yorini aniqlash.
5. Churrani kesish operatsiyasidan keyin bemorlarni ish bilan ta'minlash.

Dispanserlangan guruh bemorlarni sog'lomlashtirish ma'lum maqsad bilan o'tkazilishi kerak. Birinchi navbatda tez-tez qisilib turadigan, o'rta va qari yoshdagi bemorlarni operatsiya qilish zarur.

Aholi orasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish, churralarni operativ davolashning sifatini ko'tarish, shu borada xirurglarning malakasini oshirishdek muhim ishlarni amalga oshirish lozim.

Churralarni profilaktika qilishda ularning moyillik faktorlarini va keltirib chiqaradigan sabablarini aniqlash zarur. Churralarning hosil bo'lishini hamma vaqt ham oldini olish qiyin masala. Ko'pchilik holatlarda churralarning kelib chiqishida to'liq va orttirilgan konstitusion xususiyatlariga ham bog'liq bo'ladi. Churralarning profilaktikasida ommaviy o'z vaqtida sport va fizikultura bilan shug'ullanishlarini tashviqot qilish, profilaktik ommaviy ko'riklarda qorinning old devori kuchsizligi aniqlanganda uncha tegishli kasbni tanlash, o'ziga xos ishni tanlashni taklif qilish muhim hisoblanadi. Churralar ko'pchilik holatlarda yaxshi qiziqsh bilan shug'ullanmagan kishilarda, katta yuk ko'targanlarida to'satdan paydo bo'ladi. Xalq orasida churralar to'g'risida to'liq ma'lumot paydo bo'lishi sanitariya-oqartuv ishlarini yaxshi yo'lga qo'yilganda amalga oshadi. Bunday ishlarni poliklinikalarda, ayollar konsultativ poliklinikalarida, uquv maskanlarida, maktablarda o'tkazilishlari kerak. Bu ishlarni nazorat qilish albatta viloyat, tuman xirurgiya bo'limlari rahbarlari nazorat qilishlari maqsadga muvofiqdir.

Churralarni profilaktika qilishning yana bir usuli churra bilan yurgan bemorlarga o'z vaqtida dispanserizasiya qilishdir.

Bemorlarni churra bilan o'z vaqtida operatsiya qilaolmaslik, churra bilan bemorlar sonining ko'payishiga, churraning qisilib qolishi asoratining oshishiga olib keladi. Ayniqsa o'rta va qari yoshdagi bemorlar sonining ko'payishi, ularda har xil asoratlarga olib keladi.

Oxirgi yillarda qorin bo'shlig'ida qilinayotgan operatsiyalarning sur'ati oshishi bilan operatsiyadan keyingi churralar soni oshib ketdi. Bunday churralarni davolash har bir klinik xirurgiyaning dolzarb hal qilinishi kerak bulgan muammolaridan hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi churralarning hosil bo'lishi sabablari aniq, endi ularni profilaktika qilish yo'llarini to'g'ri aniqlash zarur. Bu tadbirlar asosan operatsiyadan keyingi yaraning yallig'lanishiga yo'l qo'ymaslik, operatsiyadan keyingi erta davrda regenerativ holatlarni stimulyasiya qilish bilan bir qatorda har xil jismoniy zo'riqishlar (pnevmoniya, qabziyat, homiladorlik, peshobning yaxshi kelmasligi)ni bartaraf qilish kerak. Shu bilan birga operativ texnikadagi bo'ladigan defektlar (to'qimalarni jarohatlash, choklarni to'g'ri qo'yish, gemostaz, tikish materiallarini to'g'ri tanlash, ko'rsatmasiz har xil tikindi va drenajlar qo'yish) ham muhim rol o'ynaydi.

Operatsiyadan keyingi churralarni o'z vaqtida operatsiya qilmasangiz ular katta bo'lib ketishi, to'g'rilanmay qolish holatiga o'tishi, qorin bo'shlig'ida bitishmalarning kuchayib ketishi, ko'p kamerali bo'lib qolish holatlariga olib keladi. Bu holatlar churralarning qisilib kolishi, bitishmali ichak tutilishi kabi asoratlarni keltirib chiqaradi.

Operatsiyaga aniq qarama qarshiliklar bo'lganda, bemorlarga (o'rta va katta operatsiyadan keyingi churralarda) erta bandaj takish tavsiya qilinishi shart. Bu muammoning ancha vaqtdan beri paydo bo'lishiga qaramay, bunday churralarni davolash natijalari yaxshi emas. Buning asosiy ko'rsatkichi bo'lib, operatsiyadan keyingi retsidivlarning ko'pligi, har xil asoratlar. qari yoshli bemorlarda churraning qisilib qolganidan keyingi ulim tafsilotining yuqoriligi hisoblanadi. Shuning, uchun qorinning old devori operatsiyadan keyingi churralarni operatsiya qilish sifatini ko'tarish va gerniologiya sohasi buyicha xirurglarning malakasini tinmay takomillashtirish zarur.

Churrani kesish operatsiyasini endigina xirurgiyaga kelgan yosh xirurgga ishonish noo'rin hisoblanadi. Ayniqsa qisilgan, operatsiyadan keyingi kata churralarni operatsiya qilishni katta tajribali, yuqori bilimga ega xirurglar amalga oshirish kerak.

Asoratlanmagan churralarni davolash. Bu churralarni faqat operativ yo'l bilan radikal davolash mumkin. Churralarning hama turlarida operatsiya qilish prinsiplari bir xil:

- a) Churra xaltasini churra pardasidan ajratish;
- b) Churra xaltasini ochib ichidagi a'zo va to'qimalarni ozod qilish va qorin bo'shlig'iga kiritish;
- v) Churra xaltasini kesib olish va uni tikish;
- g) churra darvozasini plastika qilish.

Churra darvozalarini mahalliy bir xil turdagi to'qimalarni tikish yo'li bilan yopish usullari mavjud. Operatsiyadan keyingi davrda yo'tal, bronxit, zotiljam, qorin dam bo'lishini oldini olish muhim ahamiyatga ega. Nafas gimnastikasi, erta o'rindan turish (2-4 kun), 2-3 xafta mobaynida profilaktik dam olish maqsadga muvofiq.

Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar ham uchraydi. Yurak va nafas yetishmovchiligi bo'lganda, juda keksalik, qon aylanishi dekompensasiya holatidagi yurak nuqsoni, III-bosqichli o'pka sili, jigar va buyrakning og'ir kasalliklari va boshqa tuzalmaydigan kasalliklardir.

Asoratlanmagan churrallarni konservativ davolash bandaj taqishdan iborat. Bandaj, korset va belboglar shaklida bo'ladi yoki qoringa mahkam qilib tasma bog'lanadi.

Bandaj taqish churra ichida chandiqlar, bitishmalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi, ba'zan terini ta'sirlantiradi va ichki a'zolarining chiqib ketishidan va churrani qisilishidan hamisha ham saqlay olmaydi.

Qorin churralari profilaktikasi quyidagicha o'tkaziladi:

I.Qorin devori mushaklarini mustahkamlash maqsadida gimnastika mashg'ulotlari, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish tavsiya etiladi.

II.Ishda churraga sabab bo'ladigan ortikcha jismoniy zo'riqishlardan saqlanish lozim, shu maqsadida mehnatni mexanizasiyalash, uni muxofaza qilish, ishchilarni jismoniy ishlarga to'g'ri tanlash lozim.

III. Homilador ayollar homiladorlikning oxirgi oylarida belbog' – bandaj taqib yurishlari kerak, tug'ruqdan keyin esa qorinni massaj qilish va qorin mushaklarini mustahkamlash uchun maxsus gimnastika mashqlari tavsiya etiladi.

IV. Bolalarning gigiyena, ovqatlanish qoidalariga rioya qilishi, ularda ichak faoliyati, nafas a'zolariga va siydik chiqarishning normal o'tishini kuzatib borish, qorin devoridagi nuqsonlarni aniqlash maqsadida ularni qunt bilan sinchiklab tekshirish, bordi-yu churra aniqlansa operatsiya usuli bilan davolash.

V.Semirish va ayniqsa undan keyingi qattiq oriqlab ketishga qarshi kurashish.

VI.Operatsiyadan keyin churralarning profilaktikasi jaroxat yiringlashini oldini olishdan iborat. Buning uchun qorin jaroxati tamponada qilinadi, laparatomiyani boshdan kechirgan kishilarga 2-4 hafta muddatga dam olish beriladi.

Jismoniy ishga kaytishda yuklama asta-sekinlik bilan berilishi prinsipini amalga oshirish va qorin devori mushaklarini chiniqtirish zarur.

OPERATSIYADAN OLDINGI TAYYORGARLIK VA OG'RIQSIZLANTIRISH USULLARINI TANLASH.

Churralar bilan bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni o'tkazish muddati ko'p faktorlarga bog'liq:

- churraning shakliga
- churraning kattaligi va hajmiga
- churraning asoratlanganligiga va bemorda yo'ldosh kasalligining borligiga
- bemorning yoshiga va qanday og'riqsizlantirish usulining tanlanishiga.

Ana shu ko'rsatilgan faktorlar bemorlarni qanday hajmda tekshirish kerakligini ko'rsatadi. O'rta va yosh bemorlarda chov, son va kindik churralari asoratlanmagan bo'lib, yo'ldosh kasalliklari topilmasa alohida operatsiyadan oldingi tayyorgarlikka muhtoj bo'lmaydilar. Bunday bemorlarni poliklinika sharoitida kerakli tekshirishlar va tahlillar qilinadi. Bemor statsionar sharoitda 2-3 kun kerakli operatsiyadan oldingi sanitar-gigiyena talablarni bajarib, tozalovchi hukna, qon va siydik tahlillarini ko'rib, bemorning umumiy ahvoli, tana harorati, puls, qon bosimi qaytadan tekshirilib operatsiyaga olinadi. Agar bemorga rejali operatsiya umumiy og'riqsizlantirish yo'li bilan o'tkazish mo'ljallanganda albatta yurak-qon tomirlar, nafas olish tizimlari holati yaxshi tekshirilishi kerak. Buning uchun EKG, spirografiya, rentgenologik tekshirishlar, bioximik tahlillar, kaagulogramma, UTT qilinadi.

Qisilgan churralarda zudlik bilan operatsiya qilish muhim davolash tadbiridir. Agar qisilib qolgan vaqtdan 10-12 soat o'tgan bo'lib, ichak tutilishi belgilari bo'lganda (taxikardiya, tilning quruqligi, ko'p marta qayt qilish, giperleykotsitoz va umuman intoksikasiya belgilari aniq yuzaga chiqqanda) bemorni 1-2 soat (undan ko'pmas) operatsiyadan oldingi tayyorgarligi o'tkaziladi. Operatsiyadan oldin spazmolitiklar va og'riqsizlantiruvchi dorilar (promedol, atropin va h.k.) qo'llanilganida churra o'zicha to'g'rilanib ketishi mumkin. Adabiyotlarda shunday to'g'rilanib ketish holatlari 10-11%-ni tashkil qiladi (K.D.Toskin 1983). Churraning o'zini to'g'rilanib ketishi holati xirurgni juda qiyin ahvolda solib qo'yadi..

Katta operatsiyadan keyingi ventral churralarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik alohida ahamiyatga ega. Bunday bemorlarni operatsiyaga uzoq muddatli 10-12 kun, hatto 2-3 haftalab tayyorlash zarur, chunki bemor ichagining katta hajmida churra xaltasidan qorin bo'shlig'iga yuborilganida qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga adaptasiya qilinishi kerak. Ayrim mualliflar buning uchun bemor gorizontol holda yotganida churra ichidagi charvi, ichak sirtmoqlarini qorin bo'shlig'iga yuborib bandaj boglab qo'yishi taklif qiladilar. Ma'lumki qorin bo'shlig'i bosimi oshganda.(Abdominalis comportaments sindromis) hosil bo'ladi,bemorda o'tkir yurak va o'pka yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Bemorni operatsiyaga tayyorlash davrida chiqindisiz diyeta va ichakni tayyorlash zarur. Bemor statsionarga kelguncha 15-20 kunlik ratsionidan non, go'sht, kartoshka, yog' va yuqorigi kaloriyalı bo'tqa (kasha) chiqariladi. Yog'siz go'shtli sho'rva, qatiq, kisel, mastava va ko'proq o'simlikdan bo'lgan ovqatlar tavsiya qilinadi. Operatsiyadan 3-5 kun oldin statsionar sharoitida har kuni ertalab, kechqurun tozalovchi huqna qilinadi va yengil yumshatuvchi dorilar beriladi. Operatsiyadan keyingi juda katta qorin old devori va kindik churralarida ichaklarni batamom tozalash muhim hisoblanadi. Operatsiyadan 2 kun oldin bemor faqat suv ichadi. Bemorlarga tuzlar, karbonsuvlar va oksillar defitsiti parenteral yo'l bilan tuzli eritmalar, glyukoza eritmasi va oqsilli qon o'rnini bosuvchi moddalar yuboriladi. Shu davrda bemorlarga albatta 3-4 kun antibiotiko-terapiya o'tkaziladi. Shunday tayyorlagandan keyin churra hajmi pasayadi va ichakni operatsiya paytida ichak sirtmoqlarini churra xaltasi bilan bo'lgan bitishmalardan ajratish yengillashadi. Ayniqsa operatsiyadan keyingi bo'ladigan ichaklar parezi rivojlanishi kamayadi.Ana shunday usulda kompleks operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazilganda operatsiyadan keyingi katta qorin old devori churralari bilan biz oxirgi yillarda bemorlarning operatsiyani yengil o'tkazganligiga ishonch hosil qildik.

Churralarni kesish operatsiyalarida o'z tajribamizga asosan mahalliy, vena ichi va umumiy og'riqsizlantirish usulida olib borishni tavsiya qilamiz. Anesteziya usulini tanlashda bemorning yoshi, churraning lokalizatsiyasi va hajmi, asoratlarning mavjudligi, qaytalanganligi kabi obyektiv belgilarga asoslanamiz.

Qorinning old devori va kindikning katta churralarida, ayniqsa operatsiyadan keyingi, retsidivli, chov churralarida semiz bemorlarda umumiy og'riqsizlantirish intubatsion narkoz qo'llaniladi. Oxirgi yillarda ayrim churralarda peridural va orqa miya anesteziyasi usulida ham operatsiya qilinmoqda.

Operatsiyadan keyingi davrning kechishi o'tkazilgan operatsiyaning xiliga, hajmiga va operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatiga bog'liq. Asoratlanmagan chov, son, kindik churralarida operatsiyadan keyingi davr yaxshi o'tadi. Bemorlar 2-kundan boshlab suyuq ovqatlar iste'mol qilishlari va yurishlari mumkin. Ichak faoliyati 2-3 sutkadan keyin tiklanadi. Bemorlarni haddan tashqari yotoq holatida ushlash noto'g'ri taktika hisoblanadi.

Qorin old devori katta va operatsiyadan keyingi ventral churralarda operatsiyadan keyingi davr ancha og'ir o'tadi. Ularda o'pka-yurak yetishmovchiligi va pnevmoniya bo'lish xavfi yuqoridir. Ayniqsa bemorlar gipoksiya holati (uzoq vaqt davom) etganda, nafas olishi tezlashadi, teri qoplamasida sianoz, qon bosimi ko'tariladi, taxikardiya yuzaga chiqadi.

Ana shunday klinik belgilar yuzaga chiqishi, operatsiya bo'lgan davrda bemor ahvolini yaxshi baholay bilmaslik natijasi hisoblanadi. Ayrim qari yoshdagi bemorlarda nafas yetishmovchiligi operatsiyadan keyin 2-3 kundan keyin ham yuzaga chiqishi mumkin. Bunday holatning asosiy sababi operatsiyadan keyin bo'ladigan ichaklar parezi bilan bog'lash mumkin. Bemorlarni og'ir ahvoldan chiqarishda aniq o'tkazilgan reanimasion tadbirlargina yordam beradi.

Qisilgan churralar bilan operatsiya qilinganda eng avvalo quyidagi masalalarni hal qilish zarur:

1. Intoksikatsiya va suvsizlanish bilan kurashish.
2. Infeksiyani bostirish.
3. Yurak-tomir, nafas yetishmovchiliklari profilaktikasi va uni davolash.
4. Oshqozon-ichak tizimi funksiyasini tiklash.
5. Peritonit bilan kurashish.

Operatsiyadan keyingi davolashning jadal o'tkazilishi churraning qisilib qolishi vaqtincha, intoksikasiyani yuzaga chiqishi, ichaklarda nekrozning bor yoki yo'qligiga bog'liqdir.

Qorin churralari bilan bemorlarda umumiy tadbirlardan biri operatsiyadan keyingi yaraning yiringlash holatiga yo'l qo'ymaslikdir.

Shuning, uchun bir qancha o'tkaziladigan tadbirlar qilingan operatsiyaning ajralmas bir bo'lagi hisoblanadi:

1. Operatsiya paytida to'qimalarni jarohatlashdan va ifloslantirishdan muhofaza qilgan holda operatsiya qilish.
2. Plastika qilinadigan maydondagi qo'pol chandiqlarni kesib olish.
3. Churra darvozasini va defektini plastika qilishda mushak-aponevroz to'qimalar qirralarini haddan tashqari tarang holda tortmaslik. Buning iloji bo'lmasa maqsad plastik material yoki churra xaltasini ishlatish.
4. Areaktiv tikish materiallari (lavsan, polipropilen).
5. Ishonchli gemostaz qilish.
6. Yarani albatta 2-3 sutkaga drenajlash.

Biz o'z amaliyotimizda yarani vakuum orqali drenajlash usulini qo'llaymiz. Operatsiyadan keyingi bemorlarning ish qobiliyatini to'g'ri aniqlash operatsiya qilgan xirurgning muhim vazifalaridan biridir.

CHOV CHURRALARI.

Chov churralari qolgan churralarga qaraganda ko'p uchraydi. Umumiy xirurgik kasalliklar bilan statsionarda davolanganlarning 8-18 % -ni qorin churralari tashkil qilsa, shundan 75-80%-ni chov churralari tashkil qiladi. Yosh bolalarda chov churralari yanada ko'proq uchrab, hamma qorin churralarining 92-95%-ni tashkil qiladi.

Asosan erkak kishilar chov churralari bilan xastalanadi. Buning asosiy sababi, ayollarda chov kanali yoriqsimon shaklga ega bo'lib, mushak va pay qavatlari bilan yaxshi mahkamlangan hamda biroz erkaklarga nisbatan uzun va tor bo'ladi.

T.F.Lavrovaning oxirgi ma'lumotlari va bizning kuzatuvlarimizda ham chov churrasi 73-75% erkaklarda va 25-27% ayollarda uchraydi. Yosh bolalarda o'g'il va qiz bolalarga nisbatan 8:1 tashkil qiladi. Chov churralari hamma yoshdagi kishilarda uchrab, ularning farqi asosan patogenetik rivojlanish mexanizmi va xirurgik davolashdadir.

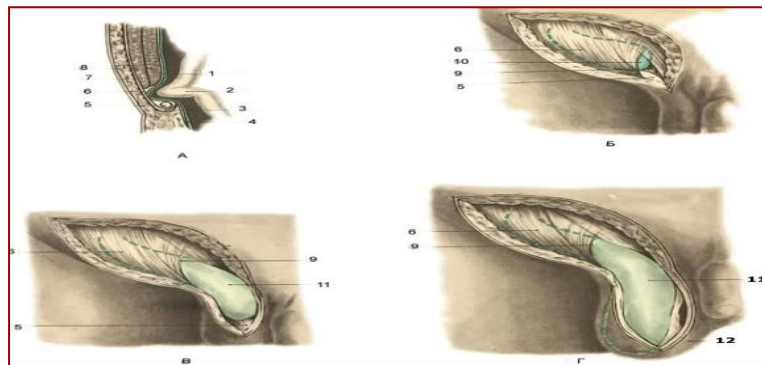
Anatomik jihatdan chov churralari qiyshiq va to'g'ri turlariga bo'linadi.

Ana shunday klassik turlaridan tashqari, ularning har xil variantlarda uchrashi katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib, ular juda kam uchraydi. Bu qiyshiq chov churrasining to'g'ri kanali bilan, qorin biroz oldi, qorin devorlari orasida, osilib turuvchi, chov atrofi, siydik pufagi usti va kombinatsiyalashgan holatlaridir.

Churraning bu turlarining alohida xususiyati shundan iboratki ular klinik og'ir kechadi, ko'p har xil asoratlar va retsidiv berishlari xavfi yuksakdir.

Shuning uchun ularni «to'g'ri» va «qiyshiq» churralar deb atashda nafaqat texnik jihatdan, vaholanki og'ir klinik vaziyat chiqishi sababli davolash usulini, og'riqsizlantirish, operatsiyadan oldingi tayyorlash hajmini va operatsiyadan keyingi davolash taktikalarini aniqlashdek og'ir muammolar tug'ilishi ko'zda tutiladi.

Chov churralari to'g'ri, qiyshiq va intraperitoneal turlarga bo'linadi. Chov kanalining ichki teshigi hisoblangan lateral chuqurcha orqali chiqadigan churra – *qiyshiq chov churrasi*, medial chuqurcha orqali chiqadigan churralar – *to'g'ri chov churrasi*, deyiladi. Churra medial chuqurchadan chov kanalining tashqi teshigi orqali bevosita teri ostiga chiqadi.



Churraning paydo bo'lishi bosqichlari

Intraperitoneal churralar – qiyshiq chov churralarining bir ko'rinishi bo'lib, ularda churra xaltasi qorin devori qavatlari orasida joylashadi va churra bo'rtmasi mutlaqo ko'rinmasligi mumkin.

Rivojlanish bosqichi bo'yicha boshlang'ich, kanal va to'liq chov churralariga bo'linadi. To'liq qiyshik chov churralari kattalashib, yorg'oqqa tushadi (chov-yorg'oq churralari).

Qiyshiq chov churralari.

Qiyshiq chov churrasida qorinning old devorida hosil bo'ladigan bo'rtib chiqish fossa inguinalis lateralis sohasida aniqlanadi. Churra o'zining rivojlaishi davrida chov kanali buyicha qiyshiq holda pastka va medial holatda harakatlanib, chov kanalining tashqi teshigi orqali teri tagiga yoki yorg'oqqa tushadi. Qiyshiq chov churra rivojlanish bosqichiga qarab 4 turga bo'linadi (Krimov A.P.).

1. Boshlanayotgan churra h.inguinalis obliqua incipiens.
2. Kanal churra h.obliqua canalis inguinalis.
3. Urug' tizimining qiyshiq churra h. inguinalis obliqua funicularis.
4. Qiyshiq chov yorg'oq churra h.ob. inguino-scrotalis.

Bundan tashqari A.P.Krimov chov churralarining bir nechta har xil turlariga bo'lgan:

1. Chov oraliq churra
2. Chov qorinparda qorin oldi churra
3. Chov yuzaki churra
4. Sirpanuvchi chov churra
5. Chov atrofi churra

Churra qopchasining kelib chiqishiga ko'ra tug'ma va orttirilgan shakllarga bo'linadi. Bu ikki churralarni bir-biridan farqlash uchun moyakning embrional rivojlanishi va yorg'oqqa tushish jarayonini bilish zarur.

Embrionning ona qorinida 9-oyligida moyagi yorg'oqqa tushadi va tug'ilganida yorg'oqning tub qismiga yetgan bo'ladi. Biriktiruvchi to'qimadan iborat tortma moyakning pastki qismiga birikkan bo'lib, moyakning yorg'oqqa tushishiga yordam beradi. Shunga parallel ravishda pariyetal qorinparda bo'rtma hosil qilib, moyakning yorg'oqqa tushishi uchun yo'l hosil qiladi.

Moyak, uning ortigi bilan birgalikda chov kanali orqali urug' chiqaruvchi yo'l (ductus deferens), arteriya va vena (a. et v. testicularis) lar birgalikda o'tadi. Ana shu hosilalar bir pardaga (fascia spermatica externa) o'ralib, urug' tizimchasini hosil qiladi. Bola tug'ilgach, moyakni yorg'oqqa tushishiga yordam beruvchi biriktiruvchi to'qimali tortma atrofiyaga uchraydi. Embriogenez mo'tadil davom etganda qin o'simtasi ham obliterasiyaga uchraydi.

Ayollarda tuxumdon o'z rivojlanishi paytida kichik chanoq bo'shlig'iga tomon yuradi, qin o'simtasi (Nukiyev divertikuli) chov kanalida joylashadi va rudiment hosil bo'lib qoladi.

Qorinpardaning qin o'simtasi yaxshi obliterasiya bo'lmasligi ham mumkin, uning bo'shlig'i qorin bo'shlig'i bilan doimo aloqada bo'ladi va asta – sekinlik bilan tug'ma chov churra rivojlanadi. Bu churrada qorinpardasining qin o'simtasi churra xaltasi bo'lib hisoblanadi.

Tug'ma chov churra ko'pincha moyak yoki urug' tizimchasi istisqosi (vodyanka) bilan birga uchraydi. Bunday holatda quyidagi klinik manzara yuzaga chiqadi: 1) qin o'simtasi qisman obliteratsiya bo'ladi, moyakka tutashgan joyidan bo'shliq hosil qilib istisqo paydo bo'ladi, qinning qorinparda o'simtasi churra xaltasini tashkil qiladi.

2) qinning qorinparda o'simtasi chov kanalining ichki teshigigacha obliterasiya bo'lmay, bir qismigina obliterasiya bo'lishi mumkin. Bu holat tug'ma churraning, urug' tizimi kistasi bilan birga hosil bo'lishiga olib keladi.

Katta kishilarda tug'ma chov churralari hamma churralarning 10-15% ini tashkil qiladi. K.D.Toskin keltirilgan ma'lumotlariga asosan bolalarda tug'ma chov churra 93%-ni kattalarda 12,1%-ni tashkil qiladi.

Orttirilgan chov churra (hernia inguinalis acquisita) qorinparda qin o'simtasining batamom bitib ketgan holatlarida, ko'pgina omillar ta'sirida hosil bo'ladi. Qiyshiq chov churrasida qorin bo'shlig'i a'zolari chov kanalining ichki teshigidan kirib, butun kanal bo'ylab o'tib, tashqi teshigidan chiqadi.

Orttirilgan qiyshiq chov churralarida churra xaltasi uning hosilasi bilan moyakdan(testis) alohida joylashadi. Qiyshiq chov churra ayollarda chov kanalining tashqi teshigidan chiqib katta jinsiy lablar tomon yo'naladi va ularni kengaytirib yuboradi.

Ayrim holatlarda chov kanalining tashqi teshigidan chiqib son tomonga yo'naladi va son churrasining belgilarini hosil qiladi. Vaholanki, chov churralarida uning darvozasi chov bog'lamidan yuqorida aniqlanadi. Churra hosilasini qorin bo'shlig'idagi hamma a'zolar tashkil qilishi mumkin. Bundan jigar va oshqozon osti bezi istisnodir. Ko'pchilik holatlarda churra hosilasi bo'lib ingichka ichak sirtmoq lari va charvi tashkil qiladi. Churra xaltasida ichaklarning bir devori bo'lishi mumkin. Juda kam holatlarda churra xaltasi hosilasi bo'lib talok, buyraklar, siydik yullari, xomilalik bachadon, tuxumdonlar va bachadon naylari bo'lishi mumkin.

Juda kam holatlarda sirpanuvchi churralar uchraydi. Bu churralar qari kishilarda va ko'proq erkaklarda kuzatiladi. Bu churralarning hosil bo'lishida churra xaltasining bir devorini mezoperitoneal a'zolar (ko'richak, ko'tariluvchi yo'g'on ichak, siydik qopi) tashkil qiladi.

Qorinpardaning churra xaltasining tashkil qilishdagi qatnashganligi holatiga qarab sirpanuvchi churralarni ikki guruhga bo'lish mumkin.

1. Qorinparda atrofi churraasi. (Churra xaltasi to'la bo'lmaydi)- (hernia-paraperitonealis),

2. Qorinpardadan tashqi churraasi-(churra xaltasi bo'lmaydi)-(hernia-extraperitonealis)

Shunday qilib, qiyshiq chov churraasi chov kanali yo'li bo'ylab yuqoridan pastga, orqadan oldinga, tashqaridan ichkariga yo'naladi. O'z rivojlanish jarayonida birqancha bosqichlarni o'tadi.

1. Churra do'mpagini vrach chov kanalining tashqi teshigi orqali kirgizib bemor kuchanganida yoki yo'talganida aniqlash mumkin. Bu boshlanish bosqichidagi churralar hisoblanadi. (heznia iniquinalis obliqua incipiens).

2. Churra xaltasi chov kanalining tashqi teshigi atrofiga kelsa- kanal churraasi (h.iniquinalis obliqua canalis) deyiladi.

3. Churra kanaldan chiqib chov sohasida shish hosil qiladi va qiyshiq chov urug' tizimi churraasi (h.obliques funicularis) hisoblanadi.

4. Churra bo'rtmasi urug' tizimchasi yo'li bilan yorg'oqda aniqlansa-qiyshiq chov yorg'oq (h.inguino-scrotalis) churraasi deyiladi.

Demak, qiyshiq chov churraasi chov kanalining orqa devorida o'zgarishlar va ichki teshigining kengayishi sababli hosil bo'ladi. Ichki teshigi churra darvozasi hisoblanadi.

Sog'lom odamlarda chov kanalining ichki teshigi ichki bosimga qarshi turadigan klapan rolini o'ynaydi. Uncha chuqur bo'lmagan ichki teshigi halqasi devorlari ko'ndalang mushakning mushak-pay tolalari hamda gesselbax bog'lami (pastdan, ichkaridan) bilan yaxshi mahkamlangan. Bundan tashqari qorinning ichki qiyshiq mushagi ham uni oldindan yopib ichki bosimga qarshilik qiladi.

Agar chov oraligi uchburchak shaklida bo'lib, ichki va ko'ndalang mushaklar qirralari yuqorida joylashgan, organizm kuchsizlanib mushaklarda degenerativ o'zgarishlar bo'lib atrofiya bo'lsa, hamda gisselbax bog'lami bo'lmasa churra hosil bo'lishga yaxshi imqoniyat tugiladi.

Churraning rivojlanishi bilan chov kanali anatomiyasi o'zgara boradi. Ichki halqa kengligi kattalashib hatto 7-8 marta sog' odamlardagi hajmiga nisbatan ortib ketadi.

Qiyshik chov churraasi boshlanayotgan, kanal sohasidagi, urug' tizimchasi qiyshiq churraasi va qiyshiq chov-yorg'oq churraasi bosqichlarini o'tadi. Qiyshiq chov churrasining hosil bo'lishida chov kanalining orqa devori o'zgaradi va chov oraligi kengayib, churra darvozasini hosil qiladi.

Shunday qilib, qiyshiq chov churrasining patogenezaida konstitutsional yoshga bog'liq va har xil ijtimoiy omillar ta'sirida rivojlanadigan chov kanali orqa devorining yetishmovchiligi muhim rol o'ynaydi.

Retsidiv chov churraasi (hernia inguinalis recidive). Aktual muammo bo'lib, churra bilan operatsiya qilingan bemorlarning 10%ida uchraydi. Keltirib chiqaruvchi sabablari:

- 1) Operatsiyagacha bo'lgan sabablar;

- 2) Operatsiyaning turi va uni bajarish bilan bog'liq bo'lgan sabablar;

- 3) Operatsiyadan keyingi sabablar.

To'g'ri chov churralari (hernia inguinalis directa). To'g'ri chov churrasida qorin old devoridagi bo'rtma lossa inguinalis medralis coxasida hosil bo'ladi. To'g'ri churra teri tagi yog' qatlamiga chov kanalining tashqi teshigi orqali chiqadi. (Ris.19).

To'g'ri chov churraasi rivojlanishi bosqichiga qarab N.I.Kukudjanov keltirilishi buyicha quyidagi turlarga bo'linadi.

1. Boshlanayotgan to'g'ri chov churraasi (n.inguinalis) dizecta incipiens.

2. Interstisial to'g'ri chov churraasi-(h.inguin.dizecta.interstisialis)

3. To'g'ri chov – yorg'oq churrasi- h/iguinoilis dizecta sizotalis

To'g'ri chov churralari ortirilgan bo'ladi, qiyshiq chov churralari esa ortirilgan va tug'ma bo'lishlari mumkin. Ortirilgan qiyshiq chov churralarida churra xaltasi uning ichidagi hosilasi bilan moyakdan alohida joylashgan.

Chov kanaliga Urug' tizmachasidan tashqari. chov oraligidan kirib, olat ildizi oldida teri ostidan bo'rtib chiqadi va hatto o'lchami kattagina bo'lganda ham yorg'oqqa kamdan kam hollarda tushadi. Bu churra doimo orttirilgan bo'ladi. To'g'ri chov churralari boshlang'ich, interstitsial, to'g'ri chov yorg'oq bosqichlariga bo'linadi. To'g'ri chov churralari hama chov churralarining 5-10% ini tashkil qiladi va asosan giperstenik erkaklarda uchraydi.

To'g'ri churraning xirurgik anatomiyasi qiyshiq churranikidan farq qiladi. Churra darvozasi bo'lib chov oraligi hisoblanadi - yani «kuchsiz joy» deyiladi. Chov oraligining shakli bilan to'g'ri chov churrasining hosil bo'lishida to'g'ridan to'g'ri bog'liqlik bor. Chov oraligining qiyshiq yoriq shaklida bo'lganda churra kam hosil bo'ladi, agar uchburchak shaklida bo'lsa churra hosil bo'lishga moyillik faktor hisoblanadi. Chunki qiyshiq-yoriq shaklida bo'lganda, mushaklar ularni ximoya qilish rolini bajaradi va churra hosil bo'lish sur'ati pasayadi.

Ichki qiyshiq mushakning pastki qirrasi va ko'ndalang mushaklar qov bo'rtmasiga va yonbosh suyak tojiga yaqinlashib yoy hosil qiladi. Qorin bo'shlig'idagi bosim oshganda mushaklar taranglashib yoy to'g'rilanadi va mushak qirrallari chov bog'lamiga yaqinlashib chov kanalini yopib qoladi.

Chov oraligining uchburchak shaklida bo'lganda bu holat bo'lmaydi. Qorinning old devori taranglashganda bu mushak qirrallari yuqorida qolib chov oraligi balandligi qisqarmaydi. Shuning uchun ham qorin bo'shlig'i bosimi oshganda chovning pastki qismida qorinparda va ko'ndalang fassiya qarshilik ko'rsatadi. Qorinparda bosim ko'tarilganda yengil chuzilib ketadi. Ko'ndalang fassiya mushaklarga pay tolalari bilan yopishgan bo'lsa ham ayrim holatlarda bu tolalar bo'lmasligi mumkin va uning mahkamligi kamayadi natijada qorinning ichki bosimiga qarshilik ko'rsataolmay qoladi.

Chov oraligining yoriq – qiyshiq shakli 62,8% erkaklarda, 82 % ayollarda, uchburchak shakli – 32 % erkaklarda, 15% ayollarda uchraydi (T.F.Lavrova 1979y.).

To'g'ri chov churrasining hosil bo'lishi mushaklar, aponevrozda, paylarda bo'ladigan anatomo-fiziologik o'zgarishlar, qari yoshlik kishilarda, ularning atrofiya bo'lishi bilan bog'liq. Chov oraligi bunday paytda kengayadi, mushaklarning klapan funksiyasi yo'qoladi va ko'pincha qari yoshdagi kishilarda ikki tomonlama to'g'ri chov churrasi hosil bo'ladi.

Churra xaltasi to'g'ri churrada yumaloq shaklida bo'lib qorinparda oldi to'qimalari bilan qoplanadi va ko'ndalang fassiya juda taranglashgan bo'ladi.

Churra xaltasi urug' tizimidan medial tomonda joylashib operatsiya paytida yengil ajraladi. Shunday qilib to'g'ri chov churrasida chov kanalining orqa devorining yetishmovchiligi kuzatiladi.

To'g'ri chov churralarining hosil bo'lishidagi anatomo-fiziologik xususiyatlaridan biri qari kishilarda mushaklar, aponevroz va bog'lamlardagi atrofiyalar hisoblanadi. Natijada chov oralig'i kengayadi, mushaklarning qarshilik xususiyati pasayadi va ikki tomonlama chov churrasi hosil bo'ladi.

Obyektiv simptomlari: qorin bo'shlig'iga to'g'irlanadigan churra bo'rtmasi borligi, churra darvozasini aniqlash (churra to'g'irlangandan keyin aniqlanadi) yo'tal turtikisi fenomeni borligi.

Qiyshiq chov churrasini to'g'ri churradan farklash belgilari:

- 1.Qiyshiq churralarda churraning shakli qiyshiq, to'g'ri chov churrasida esa yumaloq bo'ladi.
- 2.Urug' tizimchasiga nisbatan – qiyshiq churralarda urug' tizimchasi churra xaltasidan medial, to'g'ri churralarda esa lateral tomonda paypaslanadi.
- 3.Qiyshiq churralar bir tomonlama, to'g'ri churralar esa ikki tomonlama bo'lishi mumkin.
- 4.Churra darvozasi yo'nalishi – to'g'ri churralarda to'g'ri, qiyshiq churralarda esa qiyshiq bo'ladi.
5. To'g'ri churralar asosan keksalarda, qiyshiq chov churralari esa yoshlar va o'rta yoshli kishilarda ko'proq uchraydi.
- 6.To'g'ri churralarda a.epigastrica interna pulsatsiyasi urug' tizimidan lateral tomonda, qiyshiq chov churralarida esa medial tomonda aniqlanadi.

7. To'g'ri churralarda churra darvozasi orqali chov-qov orqa yuzasini barmoq uchi bilan sezish mumkin, qiyshiq churrada bunga chov uchburchagi lateral bo'limining mushak-aponevrotik elementlari xalaqit qiladi.

8. Kelib chiqishiga ko'ra to'g'ri chov churralari «kuchsizlikdan», qiyshiq churralar esa «Zo'riqishdan» rivojlanadi.

9. Qiyshiq chov churralari yorg'oqqa tushadi, to'g'ri churra esa amalda tushmaydi, juda katta churralar bo'lganda yorg'oqqa tushishi mumkin.

Moyak istisqosi perkussiyada to'ntoq tovush beradi, oldingi qorin devoridan keskin chegaralangan va diafanoskopiya musbat bo'ladi.

Urug' tizimchasi venalarining varikoz kengayishi (varikosele) bemor kuchanganda, bosganda osonlikcha puchayib qoladigan egri – bugri yumshoq tuzilmalar (qonglomeratlar) ko'rinishida paypaslanadi.

Shuningdek limfadenit, lipoma, son churrasi, tromboflebit va posttrombotik kasallikdagi qorin oldingi devori venalari kengayishi differensial diagnostika uchun yordam beradi.

Tashqi siydik pufagi usti churrasi (hernia supravesicalis).

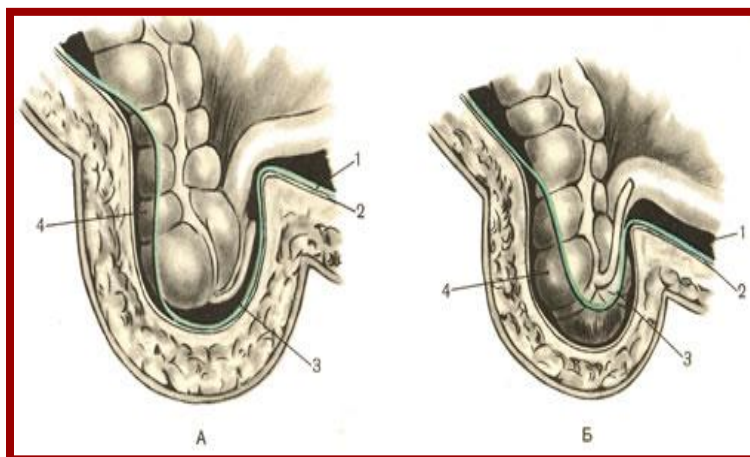
Chov chuqurchasidan ichkariga joylashgan o'rta va medial pufak, kindik burmalari bilan va siydik qismi bilan pastdan chegaralangan chuqurcha bo'lib hisoblangan- fovea supravesicalis-dan chiqadi. Churra darvozasi bo'lib chov oraligining medial qismi hisoblanadi. Bu juda kam uchraydigan to'g'ri chov churrasining bir ko'rinishi bo'lib hisoblanadi. N.I.Kukudjanov 2245 ta chov churrasi bilan operatsiya qilgan bemorlardan 6-tasida siydik pufagi usti churrasi aniqlanganligi to'g'risida axborot bergan. Bu churraning hosil bo'lishidagi asosiy faktor bo'lib chov oraligining balandligi va qorinning old devori mushak aponevroz to'qimalarining atrofik degenerativ o'zgarishlari hisoblanadi. Siydik pufagi usti churrasi asosan qari erkaklarda uchraydi. Churra hosil bo'lishi yo'li to'g'ri ammo churra xaltasi chov kanaliga tushishi uchun qorinning to'g'ri mushagi qirrasining aylanib o'tishi kerak. Shuning uchun ham bu churraning klassik holdagi to'g'ri chov churrasidan farki churra xaltasining bo'yni uzun va qisqa bo'lishidir.

SIRPANUVCHI CHURRALAR

Churra xaltasini hosil qilishda qorinpardaning pariyetal qobig'idan tashqari, qorinpardaning visseral qavati ham qatnashadi. (Sirg'anib tushuvchi a'zolarining bir qismini yopganligi uchun).

Hama churralarning 0,6-4%ni sirg'anib tushuvchi churralar tashkil qiladi. S.Ya.Doletskiyning bergan ma'lumotiga asosan bolalarda sirpanuvchi churralar 2,9-4,5%-ni tashkil qiladi.

Sirpanuvchi churralarda katta amaliy ahamiyati ega, siydik qopi, ko'richak, ayollar jinsiy a'zolari (tuxumdonlar, naylari, bachadon) ko'proq uchrashi, chambar ichakning yuqorigi ko'tarulovchi qismi, uning tushuvchi qismi, sigmasimon ichak, siydik naylari va buyraklarning sirpanuvchi churralari kamroq uchraydi.



Sirpanuvchi churra

Siydik qopining sirpanuvchi churrasi ko'pincha orttirilgan bo'ladi. Bu churralarning kelib chiqishida mahalliy va umumiy faktorlariga bog'liq. Mahalliy faktorlarga chov kanalining orqa devori kuchsizligi, churra darvozaning kengligi, ko'pincha to'g'ri va qiyshiq chov churralarning borligi.

Yosh va o'rta yoshdagi kishilar sirpanuvchi siydik qopi churra siyovik to'qimalarining yigilib qolishi balki qorin pardani suradi va siydik qopining erkin harakati kuchayadi va churra darvozasidan chiqib ketadi. Qari yoshdagi bemorlarda asosan patogenetik rolni bo'ladigan degenerativ o'zgarishlar o'ynaydi. Siydik qopi devori o'zining elastik xususiyatini yo'qotadi va tonusi buziladi.

Bunday bemorlarda surunkali koprostat, qabziyat, prostata bezining gipertrofiyasi, siydik yullari strikturasi sababli siydik qopi kengayadi va chuzilishi ham ahamiyatga ega. Churra xaltasi tashqari va orqada joylashib, oldindan va ichkaridan siydik qopi joylashadi.

Ko'r ichakning sirpanuvchi churra ekstraperitoneal va paraperitoneal holda uchraydi. Birinchi holda churra xaltasi yo'q, churra dumpagi ko'richakning orqa segmenti hisobidan va qorinpardadan holi turadi. Operatsiya paytida churra xaltasi deb ko'richak devorini kesib qo'yish mumkin. Ikkinchi holatda churra xaltasining tashqi va orqa devorini qorinparda bilan yopilgan ko'richak devori tashkil qiladi. Visseral parda bilan yopilmagan qismi churra xaltada tashqarida yotadi. Shunday churrani hosil qilishda chuvalchangsimon o'simta va ingichka ichakning terminal qismi ham qatnashishi mumkin.

Bolalarda sirpanuvchi churralar ko'richakning va yuqoriga ko'tariluvchi yo'g'on ichakning tug'ma – past joylashishi asosiy etiologik faktor hisoblanadi. Kattalarda ko'richak va uning yuqoriga ko'tariluvchi qismi chanoq bo'shlig'ida joylashganida bog'lam apparatining tug'ma kuchsizligi va ko'richakning xaddan tashqari erkin bo'lishi (caecum mobile) hisoblanadi. Boshqa faktorlarda ko'ndalang fassiyaning kuchsizligi va churra darvozasining kengligi hisoblanadi. Ayollarda sirpanuvchi churralar tug'ma va orttirilgan bo'ladi. Tug'ma churralar yosh bolalarda uchrashishi ko'proq kuzatilib, rivojlanish nuqsonlari-Mikkel divertikulining obliteratsiya bo'lmasligi, bachadon yumaloq bog'lamining qisqa bo'lishi, tuxumdon bog'lamlarini chuzilishi, chanoq a'zolarining (tuxumdon naylari, bachadonning) yuqori joylashishi, qinning uzunligi, qinning atreziyasi, bachadonning rivojlanmaganligi yoki ikki shoxli bachadonlar bo'lishi hisoblanadi.

Chov retsidiv churralari. (heznia inguinalis recidiva).

Chov churralarning retsidivi hozirgi gerniologiya fanining muhim muammolaridan hisoblanadi. Bizning kuzatuvimiz va adabiyotlardagi ma'lumotlarga asosan har 9-10 churra bilan operatsiya qilingan bemorlarda retsidiv kuzatilmokda. Ayrim holatlarda chov churrasini operatsiya qilishdan keyin 2marta – hatto 3 marta retsidiv berganligi kuzatiladi. Bu o'ta og'ir chov churralari – bo'lib, ularni davolashda xirurgdan juda katta mas'uliyat va mahorat talab qiladi. Chov churralarining retsidivi bo'lishida har xil sabablar ko'p:

1. Operatsiyagacha bo'lgan sabablar .
2. Operatsiyaning xiliga va uni bajarishdagi texnik usullariga.
3. Operatsiyadan keyingi davrdagi sabablar.

1. Birinchi guruh sabablarga A) chov sohasida deyarli katta o'zgarishlar bo'lganiga qaramay operatsiyaning kech qilinishi. Xirurgiyaning postulatlaridan biri.

Churra kancha uzoq davom etsa, shuncha chov kanalida morfologik o'zgarishlar chuqur bo'ladi. Albatta bunday churralarda retsidiv ko'p bo'ladi.

B) ikkinchi bemorning yoshi. Ayniqsa qari yoshdagi bemorlarda chov sohasidagi to'qimalarda degenerativ o'zgarishlar ko'p retsidiv bo'lishiga olib keladi.

S) Churra bilan yurgan bemorlarda surunkali kasalliklar (prostata bezi gipertrofiyasi, siydik yullari strikturasi, surunkali qabziyat, surunkali bronxit, o'pka empiyemasi va xokazolar)ning paydo bo'lishi.

D) Operatsiyadan oldingi davrda bemorlarni yaxshi tekshirmaslik, har xil infeksiyon kasalliklar, surunkali tonsillit, yiringli kasalliklar bilan sanatsiya qilmasdan operatsiya qilish.

2. Ikkinchi guruh retsidivlar sababiga:

A. Operatsiya usulini churra hosil bo'lishdagi patogenetik sharoitlarni hisobga olmay, noto'g'ri tanlash. Masalan to'g'ri va retsidivli chov churralarida chov kanalining oldingi devorini mahkamlash, kengaygan chov kanali teshigini va chov oraligi yuqoriligini hisobga olmaslik.

B. Operativ texnikadagi qo'pol defektlar: yaxshi gemostat qilmaslik, churra xaltasini cho'ltog'ini uzun qoldirish, boshqa churralarni ko'rmasdan qoldirish, iplarning sitilishi, to'qimalarni yaxshi tikmaslik, tomirlar va nervlarning jaroxati.

Alloplastik qilinganda yuqori to'qimalar reaksiyasini beradigan plastik materiallar ishlatilishi.

3.Uchinchi guruh retsidiv sabablari bo'lib operatsiya yarasining yiringlashi, bemorlarda yarada yaxshi chandiqlik hosil bo'lmasdan yuklama berish, operatsiyadan keyingi davrda og'ir jismoniy mehnat qilish.

Shunday qilib retsidivni profilaktika qilishning eng muhim omillari operatsiyadan oldingi davrni to'g'ri o'tkazish, individual holda deferenssiyallangan operatsiya usulini qo'llash, operatsiya qilish texnikasini takomillash, operatsiyadan keyingi, erta va kechki vaqtlarda jismoniy Zo'riqlashlarni chegaralashdan iborat.

Eng ko'p retsidiv beradigan churralar sirasiga to'g'ri chov, sirpanuvchi va katta chov churralari kiradi. Bemorlarda qayta retsidiv bo'lish moyilligi hozirgi kunda 40-42%-ni tashkil qiladi.

Chov churralarini davolash. Chov churralari boshqa churralarga nisbatan ko'p uchrayib 73-74%-ni tashkil qiladi. Chov churralarini operatsiya yo'li bilan davolashning juda ko'p usullari mavjud. Ular churrani kesish operatsiyasining oxirgi etapi – chov kanalini plastika qilishdagina bir-biridan farq qiladi. Og'riqsizlantirish ko'pincha mahalliy bo'ladi. Asoratlangan shakllarida, shuningdek bolalarda operatsiya narkoz ostida o'tkaziladi.

Operatsiyaning asosiy bosqichlari:

1. Pupart bog'lamiga parallel ravishda qiyshiq chov kesmasi o'tkaziladi, teri va teri osti yog' to'qimasi, qorin tashqi qiyshiq mushagining aponevrozini tikish.

2. Churra xaltasini atrof to'qimalardan ajratish.

3. Churra xaltasini kesish va qorin bo'shlig'iga churra hosilasini qorin bo'shlig'iga yuborish.

4.Chuqur chov yorigini uning kengayib yoki buzilib ketgan holatlarida tikish. Ko'pchilik jarrohlar bu ishni amalga oshirmaydilar, shuning uchun ana shunday churralarni kesishdan keyin retsidiv hollari ko'p uchraydi.

5. Churra kanalini plastika qilish.

Churra kanali turli usullar bilan plastika qilinadi. va ular quyidagi ikki guruhga bo'linadi:

I. Chov kanali oldingi devorini qorinning tashqi qiyshiq mushagining aponevrozini ochmasdan turib, mustaxkamlash.

1. *Cherni usuli* – aponevroz oyokchalariga ikkita choq va chov kanali oldingi devoriga 3-4 ta choq quyiladi.

2. *Ru usuli* – Cherni usulidan farkli ravishda, yuqoridan aponevrozdan tashqari ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarning pastki chekkasini, pastdan esa Pupart bog'lamini chokka kamrab oladi

3. *Opel usuli* – tashqi chov halqasi oyokchalarini tikish bilan Ru usulini tuldiradi. Halqadan ko'rsatkich barmoq uchi o'tishi kerak.

Churrani kesishning qorindan tashqarida o'tkaziladigan bu usullarning qator kamchiliklari bor, chov kanali ochilmasdan o'tkaziladi va aksariyat bolalarda foydalaniladi.

II. Aponevrozni ochib, chov kanali oldingi devorini mustaxkamlaydigan usullar:

A. Kiyshik chov churralarida chov kanalining oldingi devorini mahkamlaydigan usullar.

1. *Bobrov – Shampionyer usuli* – tashqi qiyshiq mushak aponevrozi kesmasining yuqori chekkasini ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklar va ko'ndalang fassiya bilan birga tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi paski chekkasiga Urug' tizimchasining oldingi tomonidan tikiladi.

2.*Martinov usuli* – tashqi qiyshiq mushak aponevrozidan dublikatura olinadi. Qiyshiq chov churralarining yengil shakllarida va chov oraligi baland bo'lmaganda bajariladi.

3. *Jirar usuli* – mushaklar Pupart boylamining ichki yuzasiga tiqilgandan keyin tashqi qiyshiq mushak aponevrozi , Urug' tizimchasi oldingi tomonidan dublikatura hosil qilib yuqorgi varaqqa tikiladi.

4. *Spasokukoskiy usuli* – Jirar usulidan farkli ravishda choklarning birinchi qatoriga aponevrozning yuqori laxtagini va ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarning chekkalarini kamrab oladi va pupart bog'lamiga tikiladi. Choklarning ikkinchi qatori bilan aponevroz dublikaturasi vujudga keltiriladi.

5. *Kimbarovski usuli* – bir turdagi to'qimalar (tashqi qiyshiq mushak bilan Pupart bog'lami aponevrozi) ning qo'shilishiga asoslangan. Bunda ular yaxshiroq birikadi. Shu maqsadda original choq tavsia qilingan.

Takrorlanadigan va katta churralarda shuningdek to'g'ri chov churralarida churra darvozalarini plastika qilish uchun chov kanali orqa devorini mustaxkamlaydigan usullar qo'llaniladi.

B.To'g'ri chov churralarida chov kanalining orqa devorini mahkamlaydigan usullar.

1. *Bassini usuli* – Urug' tizimchasi ajratiladi va u chekkaga surib quyiladi. Ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarni Pupart bog'lamiga tikiladi va shu tarika chov kanalining orqa devori vujudga keltiradi. Urug' tizimchasi joyiga quyiladi va uning ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozi chekkalari tikiladi. Medial tomondan to'g'ri mushak qinining chekkasi chov bog'lamiga va kov suyagining pardasi ustiga tikib quyiladi.(Rasm 42).

Chov kanalining topografiyasini, bemorning yoshini, churraning turi va o'lchamini hamda usha sohadagi to'qimalar holatini e'tiborga olmasdan, standart ravishda operatsiya usulini qo'llash churraning retsidivlanishiga olib keladi.

Anketa yordamida 87 ta klinikalarda tahlil o'tkazilganida, Jirar-Kimbarovski usulida – 41, Jirar-Spasokukoskiy usulida – 23, Jirar usuli buyicha – 5, Bassini usulida – 5 ta operatsiya qilingan. Bundan ko'rinadiki chov churrasining qaysi turi bo'lmasin chov kanalining oldingi devori plastika qilingan. Bizning fikrimizcha hozirgi kunda sanokli klinikalarda qiyshiq va to'g'ri churralarni differensial holda

operatsiya qilinadi. Ana shunday usullarni qo'llash churrani kesishdan keyin kuzatiladigan retsidivlarning sur'atini pasaytiradi.

To'g'ri va qiyshiq chov churralarida (qiyshiq churra bo'lib , chov kanalining to'g'ri bo'lib ketishi, sirpanuvchi, pufak usti va resediv churralar) albatta chov kanalining orqa devorini plastika qilish kerak.

Agar churra juda katta, ko'p marta kaytalgan, chov kanali batamom buzilgan bo'lsa, chov kanalini yangidan tashkil qilish, autoplastik materiallardan foydalanish zarur. Juda kam holatlarda, qari kishilarda, ko'p marta qayta operatsiya qilinganda umuman chov kanalini berkitib tashlash mumkin, undan oldin moyakni va Urug' tizimchasini batamom olib tashlash kerak.

III. Chov kanalining orqa devorini mahkamlash usullari.

1. *Bassini usuli* – chov kanalining orqa devorini mahkamlashning klassik usulidir:

a) Urug' tizimchasining ketidan to'g'ri mushakning qirrasi, va uning qini kov bo'rtmasiga 1-2 tugunli iplar bilan tikiladi.

b) Ichki qiyshiq va ko'ndalang mushak va fassiyalarini chov bog'lamiga tikiladi (5-6 chok). Shunday qilib chov kanalining orqa devori ko'ndalang fassiya va mushaklar bilan mahkamlanadi. Ustidan Urug' tizimchasi quyilib, ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevroz qirralari tikiladi. Bu usulning kamchiligi choklarga har xil to'qimalar olinadi. Buni yuqotish uchun ko'ndalang fassiyani chov kanali buyicha kesib, fassiyani choklarga olib chov bog'lamiga tikish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bu usul ko'ndalang fassiya juda kuchsizlanib qolganda yaxshi natija beradi.(Rasm 42).

2. *Kukudjanov usuli* – asosan to'g'ri va qiyshiq chov churralarida qilinadi. Katta qiyshiq chov kanalining to'g'ri bo'lib ketgan hamda retsidivli churralarda churra xaltasi olinib, chovning chuqur teshigi tikilgach:

a) to'g'ri mushak qini va ko'ndalang bog'lami tikiladi. Buning uchun chov bo'rtmasi va yonbosh tomirlari futlyarigacha 3 sm uzunlikda choq quyiladi.

b) ko'ndalang fassiyaning ustki va pastki varaqlari chov bog'lamiga tikiladi.

Uning ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozlari varaqlari dublikatura hosil qilinadi. Bu Bassini usulining modifikatsiyasi hisoblanadi.

3.*Mak-Vey usuli*- Kukudjanov usuliga yaqin bo'lib, chov kanalining chuqur teshigini ko'ndalang fassiyani tikish bilan yo'qotadi.

Orqa devorni tikishdan oldin, qorinning to'g'ri mushagida bushashtiruvchi kesmalar qilinadi. Keyin ko'ndalang fassiya, ichki va ko'ndalang mushaklar ko'ndalang bog'lamga qalin choklar bilan tikiladi. Ustidan Urug' tizimchasi quyilib, tashqi qiyshiq mushak aponevrozlari dublikatura hosil qilinib, tikiladi.

4. *Sholdis usuli* (ko'p qavatli gernioplastika) – chov kanalining oldingi devori kesilgach, yonbosh-chov asabi ushlagichga olinadi. M.cremaster batamom kesiladi, Urug' tizimchasi ajratiladi. Churra xaltasi olinadi, chov bog'lamiga parallel ravishda ko'ndalang fassiya ichki teshikdan to chov bo'rtmasigacha kesiladi. Uning medial varag'i qorinparda oldi yog' to'qimasidan ajratiladi. Chov kanalining orqa devorini mahkamlash uchun tanaffussiz choq kov bo'rtmasidan medial tomondan boshlanadi, ko'ndalang fassiyaning lateral varag'i uning medial varag'iga to'g'ri mushak qini

orqasiga tikiladi. Chokni lateral yo'nalishda quyilib, ikkala ko'ndalang fassiya varag'i ichki teshigiga tikiladi va chokni kaytarib, ko'ndalang fassiyaning medial varag'i chov bog'lamiga to'kov bo'rtmasigacha tikiladi va birinchi chapdan koldirilgan choq bilan boglanadi.

Ikkinchi qavat tanaffussiz choq ichki teshikdan boshlanib, ichki va tashqi qiyshiq mushaklari aponevrozlarining orqa yuzasi chov bog'lamiga tikiladi, to'kov bo'rtmasidan kaytarilib, ichki qiyshiq mushakni tashqi mushak aponevroziga tikiladi. Teri tagi va terisi tikiladi.

5. *Postemskiy usuli* – chov kanali batamom berkitilib, yangi kanal hosil qilinadi. Urug' tizimchasi batamom ajratiladi, ayrim holatlarda ko'ndalang mushaklar kesilib, Urug' tizimchasi usha joyga o'tkaziladi. Orqa devori mahkamlanishi uchun ichki qiyshiq, ko'ndalang va to'g'ri mushak aponevrozlari va qovuqning ko'ndalang bog'lamiga tikiladi. Undan keyin ko'ndalang fassiyani qiyshiq va ko'ndalang mushak bilan va aponevroz varag'i chov bog'lamiga tikiladi. Bu choklar Urug' tizimini lateral tomonga tortadi. Aponevrozning lateral varag'i uning medial varag'i ustiga tikiladi. Urug' tizimchasi aponevroz ustiga quyilib, qavatma qavat yuzaki fassiya va teri tikiladi.

Demak Urug' tizimchasi yangi hosil bo'lgan kanalda yotadi.

Hozirgi vaqtda chov kanalining ham orqa, ham oldingi devorini mustaxkamlash uchun biologik (teri, son fassiyalaridan, oziklanadigan mushak laxtaklari), sintetik (kapron, neylon, porolon, propilen) va boshqa materiallar qo'llaniladi.

Tug'ma chov churralaridagi operatsiyalar churra qopchasiga ishlov berish va churra darvozalarini plastika qilish bilan fark qiladi. Churra xaltasi Urug' tizimchasi elementlaridan ajratilmaganda xaltacha oldingi devori bo'ylab ochiladi va bo'yni oldida kirqiladi. Proksimal qismi ichidan kiset choq bilan tikiladi va qorin bo'shlig'iga kiritiladi, xaltasining distal qismi uzunasiga tilinadi va qisman kesiladi. Qolgan qismi seroz koplami bilan tashqariga agdariladi va vinkelman usulida tikiladi yoki boshidan oxirigacha uzunasiga tikiladi (Bergman operatsiyasi). Bu tadbir moyak istiskosidan saqlab qoladi. Chakaloklarda churra darvozasini plastika qilish uchun Cherni, Opel usullari qo'llaniladi. Katta yoshdagi bolalarda chov kanalining oldingi devorini mustaxkamlash usullari qo'llaniladi.

Sirpanuvchi chov churralarida churra extiyotlik bilan ochilgach, uning darvozasidan 1-1,5 sm uzoklikda, churra xaltasi ichidan choq

quyiladi. Kiset choqining distal tomonidan churra xaltachasi kirkib olinadi va sirpangan organ qorin bo'shlig'iga kiritiladi hamda chov kanalining oldingi devori plastikasi bajariladi.

Sirpanuvchi churralarning operatsiya qilish usullari.

Sirpanuvchi churralarda a'zolarining jarohatlab qo'ymasligi uchun churra xaltasini ajratishda, uning devorlarining qalinligida, ayniqsa yon devorlarga e'tibor berish kerak.

Ko'richak sirpanuvchi churrada qatnashsa churra xaltasining tashqi yonbosh devori qalinlashgan bo'ladi. Churra xaltasini oldingi ichki qismidan ochish kerak.

Siydik qopining sirpanuvchi churralarida churra xaltasining ichki devorida qalinlashish topiladi. Churra xaltasi Bo'yinchasini ajratishda uning medial orqa tomonidan boshlab xaltani ochishda oldingi-tashqi yuzasidan boshlash kerak. (Rasm 56-57).

SON CHURRALARI

Son churralari hama churralarning 5-8 % ini tashkil qiladi. Son churralarining diagnostikasi ancha qiyin va ko'p holatlarda qisilgan bo'ladi hamda ancha og'ir o'tadi. Son churralari erkaklarga nisbatan ayollarda ko'proq uchraydi (4:1).

Chov kanali anatomiyasi. Chov bog'lami va chanoq suyaklari orasidagi bo'shliq bo'lib, yonbosh – toj bog'lami (lig.iliopectineum) ikki lakunaga ajratadi: mushak (lacuna musculorum) va tomirlar (lacuna vasorum). Mushak lakunasi tashqi tomonda bo'lib, yonbosh – bel mushagi (m.iliopectineus) va son asabi (n.femoralis) o'tadi. mushak va nerv uchun umumiy kinni yonbosh fassiyasi hosil qiladi hamda chov bog'lami va chanoq suyaklari pardasi bilan mahkam yopishadi. Ana shuning uchun qorin bo'shlig'idan sonni ajratadigan mahkam to'siq bo'lganligi uchun bu lakunada churra kam uchraydi.

Tomir lakunasi ichkarida joylashib, oldingi tomondan chov bog'lami, orqadan Kuper bog'lami va boshqa bog'lamlar bilan chegaralangan. Bu lakuna orqali son arteriyasi, son venasi, asab (n.genitofemoralis, n.lumboinguinalis) va limfa yullari o'tadi. Ana shu lakunada son churrasi hosil bo'ladi. Asosan churra chiqadigan qismi son halqasi (anulus femoralis) bo'lib hisoblanadi. Halqa lakunadan medial tomonda joylashib, medial tomondan – lakunar bog'lam bilan, oldindan – chov

bog'lami, orqadan – Ko'per bog'lami, lateral tomondan – son venasi qini bilan chegaralangan. Uning kattaligi ayollarda – 1,8 sm, erkaklarda – 1,2 sm.

Son kanali. Mushak va tomir lakunolari normada bo'sh, oraliq yo'q. Son kanalining ichki teshigi bo'lib – son halqasi, tashqi teshigi esa qiyshiq chuqurcha (sonning keng fassiyasidagi teshik, undan v.saphena magna o'tadi) hisoblanadi.

Son kanali uch qirrali shaklga ega: oldingi devori – son serbar fassiyasining o'roqsimon chekkasi va chov bog'lami, orqa devorini – son fassiyasining chuqur varag'i, tashqi devorini – son venasining medial devori va fassial qin tashkil qiladi.

Son kanali sohasidagi tomirlarning anomal joylashuvi katta amaliy ahamiyatga ega. Ko'pincha kanalning lateral devoridagi son venasini operatsiya paytida tikib qo'yish, uni yirtib yuborish holatlari kuzatiladi. Undan tashqari 10-25 % holatlarda a.obturatoria a.hypogastrica ning tarmogi bo'lib, son churrasi bo'ynida yopishgan bo'lishi mumkin. Son churrasini ajratishda, ayniqsa ular qisilgan holatlarda shu arteriyani shikastlash mumkin. Bunday holatlarda juda katta miqdorda qon yukotilishi ("corona mortis" – "ajal toji") mumkin.

Son churralari joylashuviga ko'ra tomir – lakunar, jimbernat – bog'lam, va mushak – muskulyar turlarga ajratish mumkin.

Son churrasining eng ko'p uchraydigan, ya'ni tipik turi tomir – lakunar turi hisoblanadi. Son churralari aksariyat churra hosil bo'lishiga anatomik moyillik tugdiradigan omillari bo'lgan ayollarda kuzatiladi, chunki ulaning chanog'i katta alohida qiyalikka ega, son halqasi o'lchamlari katta, oval teshik katta va uning yuqori shoxi kattalashgan bo'lishi mumkun.

Diagnostikasi. Son churralari Pupart bog'lamidan pastroqda son oval chuqurchasi zonasida, qov dumbokchasidan pastda lateral joylashgan kichikroq shish borligi bilan xarakterlanadi. U chovda og'riq bo'lishi yoki qabziyat bilan birga kechadi. Qorin bo'shlig'iga kiritib bo'lmaydigan churra ichida ko'pincha charvi bo'ladi.

Churraning hamma tipik sipmtomlari – kuchanishda kattalashadigan va yotganda yo'qoladigan bo'rtma, yo'tal turtkisi bo'lganda, Pupart bog'lamining medial yarmidan pastdagi tipik joylashuvida diagnoz qo'yish oson. Juda semiz va tula xotinlarda churraning munosabatini aniqlash qiyin bo'ladi.

Bundan tashqari, son churralarining differensial diagnostikasini Urug' tizimchasi lipomasi, oval chuqurcha limfadeniti, son venalarining varikoz kengayishi, xavfli usma metastazi, son tomirlari anevrizmasi bilan o'tkazish kerak.

Davolash. Son churralari faqatgina operativ usulda davolanadi. Operatsiyalarning hamma usullarini ikki turga ajratish mumkin:

I. Chov kanali tomonidan o'tkaziladigan operatsiyalar.

II. Son tomonidan bajariladigan operatsiyalar.

Qorin bo'shlig'iga kiritib bo'lmaydigan katta o'lchamli son churralarida T-simon kesmalardan ham foydalaniladi.

I. Chov kanali tomonidan o'tkaziladigan operatsiyalar

Hozirgi kunda ko'pchilik mualliflar chov usulida qilinadigan operatsiyalarni targib kilmokdalar. Bu usulning qulayligi, churra qopchasini yuqoridan kesish va boglash, son kanalining ichki teshigini tikish bilan xarakterlanadi. Bu usulda hatto chov kanalining orqa devorini ham yaxshilab mahkamlash mumkin.

Chov usulining uzoq davom etishi hamda ko'proq jaroxatli o'tishi bu usulning kamchiligi hisoblanadi.

1. *Rudji usuli (1892)* – chov kanalining oldingi va orqa devorlarini kesib, qorinparda oldi bo'shlig'iga kiriladi. Bu o'z navbatida churra qopchasining bo'yin qismini va son kanalining ichki teshigiga borishga yordam beradi. Anomal joylashgan teshiklarni kurish va ayrim qiyin holatlarda gerniolaparatomya qilish imkonini beradi. Churra darvozasini plastika qilishda chov bog'lamini yonbosh-qov bog'lamiga tikish bilan amalga oshiriladi. Bu usul qari va kuchsizlangan bemorlarda ko'p retsdiv berishi mumkin.

2. *Parlavechchio usuli (1893)* – tashqi halqa butunligini saqlab qolgan holda chov kanali ochiladi. Qorinning ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarining pastki chekkasini qov suyagining suyak usti pardasiga urug' tizimchasi orqasidan tikiladi. Chokning ikkinchi qatori xuddi shu mushaklarga va chov bog'lamiga quyiladi.

3. *Rayx usuli (1911)* – ichki qiyshiq va ko'ndalang mushak Pupart bog'lamiga va kov suyagining suyak usti pardasiga tikiladi, urug' tizimchasi mushak ustiga quyilib, chov kanalining oldingi devori plastika qilinadi.

4. *Praksin usuli* – maqsad usul bilan plastika qilinadi, operatsiyani son tomonidan boshlab, churra qopchasi ajratiladi va o'nga ishlov beriladi. Plastikani esa chov yo'li orqali urug' tizimchasi orqasida Pupart bog'lamiga suyakustki pardasiga tikib, ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarning pastki chekkasi tikiladi.

II. Son tomonidan bajariladigan operatsiyalar.

1. *Lokvud – Bassini usuli* – son kanaliga uning tashqi teshigi orqali boriladi. Bu uslda juda ko'p resediv kuzatiladi, chunki kamroq jaroxat bo'lganligi chuchn operatsiyani tez bajarish mumkin.

2. *Bassini usuli (1894)* – Chov bog'lamini kov bog'lamiga tikishdir. Birinchi qator choklar bilan ikkinchi qator choklar sonning keng fassiyasi taroksimon qirrasini tojsimon fassiyaga tiqilib uning tashqi teshigi mahkamlanadi. Bu usulning kamchiligi churra qopchasini yuqoridan bog'lash va son kanalining ichki teshigini mahkamlash kiyinligidadir.

3. *Prokunin usuli* – son kanalidagi ichki halqani taroksimon mushak va shu nomli fassiyadan olingan laxtak bilan yopiladi. Aponevroz chov bog'lamiga parallel qilib kesib olingan transplantatning eniga muvofiq tilinadi. Urug' tizimchasini yuqoriga suriladi va korsang yordamida son halqasi sohasidagi ko'ndalang fassiya tumtoq holda suriladi. Son halqasi orqali mushak laxtagini tashqi qiyshiq mushak aponevroz kesmasiga o'tkaziladi, o'nga transplantat urnatilib, son kanalining ichki teshigiga bekitiladi.

4. *Uotson – Cheyne usuli* – Prokunin usulidan farki shundaki, taroksimon mushakdan olingan asosi yuqoriga yo'naltirilgan 6-7 sm uzunlikdagi laxtak Pupart bog'lamiga tashqaridan tikib qo'yiladi. Transplantatni tomir qiniga va taroksimon mushakka maqsad mahkamlanadi.

KINDIK CHURRALARI

Kindik halqasi orqali chiqadigan churrallarga kindik churralari, deyiladi. Kindik churralari hamma churralarning 6-8 % ini tashkil qiladi. Ular quyidagi guruhlarga bo'linadi:

- 1) kindik tizimchasining tug'ma churralari (embrional churralar);
- 2) Bolalardagi orttirilgan kindik churralari;
- 3) kattalarda uchraydigan kindik churralari.

Anatomik ma'lumotlar. Qorin oldingi devori strukturasida kindik sohasini anotamik kuchsiz joy deb hisoblash mumkin. Embrional davrda kindikning shakllanishi murakkab jarayondir. Normada antinatal davrning 6-oyidayoq kindik halqasi hosil bo'ladi, uning o'lchami asta-sekin kichrayib boradi va tugilishdan bir necha kun o'tgach tushgan kindik o'rniga ichiga botgan yamokcha holida uzil kesil berkilib qoladi. Bu sohada aksariyat qorin oldingi devorining tug'ma rivojlanish nuqsonlari, shuningdek katta yoshdagi odamlarda churralar kuzatiladi.

Hatto normal sharoitlarda kindik sohasi birmuncha beqaror strukturalarga ega – teri, kindik fassiyasi va qorinpardasi bilan birikkan bo'ladi.

Kindik halqasi serbar va fassiyasi sust rivojlanganda churralar paydo bo'lishi uchun sharoit vujudga keladi. Kindik halqasining mushak pardasi bo'lmagan faqat kindik venasi o'tadigan yuqori qismi pastki qismidan kuchsiz bo'ladi. Kindik fassiyasining to'rtta biriktiruvchi to'qimali tortmalar bilan mahkamlanganligini eslatib utish lozim: bitib ketgan kindik venasi, kindik arteriyalari va obliterasiyalangan siydik yo'li bor. Biroq fassiya yaxshi rivojlangan qorinning to'g'ri mushaklari va uni kindik halqasi diametrini toraytiradigan qin aponevrozi bo'lgandagina mahkam bo'ladi. Shuning uchun kindik churrasi odatda qorinning to'g'ri mushaklari sust rivojlangan ayollarda (80 %) va bolalarda kuzatiladi.

Katta yoshdagi odamlarda kindik churrasini to'g'ri va qiyshiq turlariga bo'ladilar. Kindikning to'g'ri churrasi ko'ndalang fassiyaning kindik halqasida taranglashib yupqa bo'lib qolgan holatida yuzaga chiqadi. Bu holatda qorin bo'shlig'i a'zolari kindik halqasi orqali qisqa yul bilan teri tagi yog' qatlamiga chiqadi. Qiyshiq churralarida kindik halqasidagi ko'ndalang fassiya qalinlashgan bo'lib, qorin bo'shlig'ida bosim kuchayganda ichki a'zolar kindik halqasidan yoki yuqori qismidan yoki pastki qismidan churra xalta ko'ndalang fassiya va qorinning oq chizig'i orasidan o'tib kindik kanali hosil qiladi va kindik halqasi orqali teri tagi yog' qatlamiga o'tadi. Kindik churrasida uning xaltasi teri, teri tagi yog' qatlami va ko'ndalang fassiya bilan qoplanadi. Churra hosilasi bo'lib ko'pchilik holatlarda charvi, ingichka va yo'g'on ichak sirtmoqlari tashkil qiladi.

Churra pardalari holatiga ko'ra:

1. Asoratlangan – churra pardalarining yirtilishi, yiringli parchalanishi va ichak okmalari.
2. Asoratlanmagan (pardalari o'zgarmagan).

Kindik churrallari bo'lgan bolalarning taxminan 65 % ida boshqa rivojlanish nuqsonlari (yurak, oshqozon-ichak trakti, siydik tanosil tizimi) bilan birga uchraydi.

Davolash. Operativ usulda va qonservativ davolanadi.

Operatsiyaga mutlak qarshi ko'rsatmalar – tug'ma yurak nuqsonlari, bolaning oy kuni ancha to'lmasdan tugilishi va og'ir darajadagi bosh miya shikasti.

Diametri 5-7 sm li churralarda qorinning oldingi devori qavat-qavat qilib tikiladi.

Diametri 7-9 sm li churralarda esa faqatgina teri tikiladi.

Katta o'lchamli churralar qorin ichki bosimining hayot uchun xavfli darajada oshib ketishi sababli operatsiyaga nisbiy qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Bunday hollarda churraga steril bog'lam quyiladi va qorin devori yopishkoq plastir tilishlari bilan tortib qo'yiladi. Bunday chaqaloqlarning talaygina qismi sepsis va peritonitdan nobud bo'ladi.

Agar bu kasalliklar oy kuni to'lib va qo'shilib keladigan og'ir rivojlanish nuqsonlarisiz tugilgan bo'lsa Gross bo'yicha ikki bosqichli operatsiya qilish yoki nuqsonni alloplastik material bilan yopish mumkin.

Chaqaloqlarda kindik churrallari xayotining dastlabki oylarida rivojlanadi yoki keyinchalik hosil bo'ladi. Bolalarda kindik churrallari ular yig'laganda, qattiq yo'talganda, fimozda doimiy kuchanish natijasida, ariqlab ketganda rivojlanadi. Bolalarda kindik churrallari odatda katta o'lchamda bo'lmaydi va oson tug'irlanadi. Qisilib qolish hollari kamdan kam hollarda uchraydi.

Davolash asosan churraning turiga va bolaning yoshiga bog'liq. Chaqaloqlar va yosh bolalarda qorin old devori mushaklarining yaxshi rivojlanishi jarayonida odatda bola 3-5 yoshga, ba'zan 5-6 yoshga yetganda churraning uz-uzidan tuzalib ketishi kuzatiladi. Ba'zan kechroq muddatlarda kindik halqasi uzicha yopilmaydi, operatsiya qilib davolash kerak bo'ladi.

Kengaygan kindik halqasi yopilishiga quyidagi tadbirlar yordam beradi:

1) Kindik sohasiga paxtaga o'ralgan yassi karton parchasini qo'yish. Uning chekkalari churra teshigining chekkalarini yopib turushi lozim. Bog'lam bir oy qo'yilib, so'ng almashtiriladi.

2) Qorin old devorining mustaxkamligini rivojlantirishga qaratilgan massaj va gimnastika qilish. Davolash bolaning bir oyligidan boshlanadi.

3) Qorin mushaklarini doimiy tarang qilib turadigan asosiy kasallikni davolash.

4) To'g'ri rejim, va onalar to'g'ri ovqatlanish.

Konservativ davo yordam bermasa (odatda 2-3 yildan so'ng) va churra qisilishi holati kuzatilganda zudlik bilan operatsiya qilish zarur.

Katta odamlardagi kindik churrallari tashqi qorin churralarining 3-5 % ini tashkil qiladi. Ko'pincha qorin to'g'ri mushaklari diastazi bilan birga keladi va ko'p tuqqan yoki juda semirib ketgan ayollarda uchraydi.

Kindik churralarining paydo bo'lishida bir tomondan kindik halqasining anatomik tuzilishiga va ikkinchi tomondan qorin bo'shlig'idagi bosimning oshishi, qorin old devorining chuzilishi sabab bo'ladi. Kindik halqasidagi fassiyaning tug'ma rivojlanmay qolishi nasliy kindik churrasi paydo bo'lishida katta ahamiyatga ega. Boshqa etiologik omillardan assit, har xil o'smalar, qabziyat va boshqalar.

Kindik churralarining klinik belgilari churraning hajmiga, churra darvozasining kattaligiga, churra qopchasidagi bitishmali holatning rivojlanish bosqichlariga hamda semizlikning darajasiga bog'liq. Churra kattalashib ketgan hollarda churra halqasi kichik bo'lsa churra chiqqan paytda og'riq bo'ladi.

Kindik churrallari bilan bemorlar hozirgi kunda faqatgina xirurgik usulda davolanadi. Ayrim mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra kichik churralarni operatsiya qilgandan keyin 15 % gacha retsidiv bo'lsa, katta churralardan keyin esa 30 % va undan ortik retsidiv holatlari uchraydi. Churra teshigining o'lchamlari har xil: juda tor teshikdan serbar teshikkacha va juda katta teshiklar ko'ndalang yo'nalishga ega. Churra qopchasi noto'g'ri shaklda to'siqlar va divertikullar hosil qiladi.

Kindik churrallari kichik burmachalardan tortib katta hajmli o'smalargacha bo'lishi mumkin. Kindik churrallari ko'pincha to'g'irlanmaydigan bo'ladi, koprostaz va qisilib qolish holatlari uchraydi.

Churralar og'ir yuk ko'targanda, shuningdek churra o'zicha chiqqanda og'riq beradi. Aksariyat kindik churrallari terining bichilishi yoki kiyim kechak tor bo'lib, ishkalanishi natijasida yallig'lanishi mumkin. Shunday katta yallig'lanishlar natijasida churra xaltachasi ichida bitishmalar hosil bo'ladi va churra to'g'rlanmaydigan bo'lib qoladi.

Kindik churrallari operativ usulda davolanadi. Churra ichidagi a'zolar churra qopchasi bilan bitishmalardan ajratilgach qorin bo'shlig'iga kiritiladi.

Churra qopchasining ichida shishib qalinlashgan charvisi bo'lgan to'g'irlanmaydigan kindik churralarida charvini rezeksiya qilish lozim.

Bolalardagi kichik churralarda churra darvozalari plastikasi Lekser bo'yicha o'tkaziladi: teshik atrofii aponevroziga kiset choki quyiladi. U tortilgandan keyin halqa berkitiladi, so'ngra aponevrozga ko'ndalang yo'nalishda tugunli ipak choklar quyiladi.

Hozirgi kunda kindik churralarini xirurgik davolashda asosan autoplastik usular qo'llaniladi.

Meyo usuli (1901). Og'riqsizlantirish umumiy. Teri churra do'mbog'i ustidan yoysimon holda ko'ndalang kesma qilinadi. Churra qopchasi asosida aponevroz atrof to'qimadan ajratiladi, gemostaz qilinadi. Churra qopchasi ochilib, ichki a'zolar qorin bo'shlig'iga yuboriladi. Bordiyu charvi bitishma hosil qilgan bo'lsa, bir qism charvi bitishmalar bilan birga rezeksiya qilinadi. Churra qopchasi kesib olinadi va churra halqasi ko'ndalangiga kengaytiriladi. Aponevroz «Π»simon choklar bilan dublikatura hosil qilib tikiladi.

Meyo usuli bilan plastika qilish katta kindik churralarida qo'llaniladi.

Sapejko usuli (1900). Yoysimon kesma churra dumbogi ustidan uzunasiga qilinadi. Bundan asosiy maqsad o'zgargan terini kindik bilan birga olib tashlashdir. Churra uncha katta bo'lmasa kindikni saqlab kolsa ham bo'ladi. Churra qopchasi atrof to'qimadan ajratiladi, aponevroz qirrasidan kesib olinadi. Churra darvozasi ichkariga va pastga kesiladi. yuqoriga qilingan kesma chegarasi to'g'ri mushaklar diastazigacha yetishi kerak. Qorinning old devori plastikasi «Π»simon choklar bilan dublikatura hosil qilinib, uzunasiga tikiladi.

Sapejko usuli Meyo usuliga nisbatan fiziologik jihatdan ancha ustundir. Bu usulda to'g'ri mushaklar diastazini bartaraf qilish qulaydir. Agar bemor juda semiz bo'lsa kosmetik jihatdan Meyo bo'yicha kesma qilinib, Sapejko usulida plastika qilgan ma'quldir. Juda katta kindik churralarida va retsidiv holatlarda sintetik va biologik plastik materiallar qo'llaniladi.

QORINNING OQ CHIZIG'I CHURRALARI

Bu churralar asosan erkaklarda (60 %), 20-35 yoshlar oralig'ida uchraydi. Churraning tipik lokalizatsiyasi oq chiziqning yuqorigi qismi, ya'ni epigastral sohada bo'lib, epigastral churralar deb ham yuritiladi. Bu churralar hamma qorin churralarining 3,5 % ini tashkil qiladi.

Epigastral churralar kam holatlarda 4-5 sm kattalikda uchraydi. Shuning uchun ayrim semiz odamlarda tashqi ko'rinishdan churra borligini aniqlab bo'lmaydi. Paypaslab k o'rilgandagina qorinning old devori churrasini aniqlash mumkin. Ko'pincha paypaslaganda og'riq seziladi. Qorinning old devori churralariga mahalliy va umumiy simptomlar xos. Mahalliy simptomlari - qaltis harakat qilganda, yurganda va paypaslaganda churra sohasida og'riqning aniqlanishi.

Umumiy simptomlariga epigastral sohada simillovchi og'riq, dispeptik holatlar kiradi. Og'riqning paydo bo'lishi qorin devori mushaklarining diastazi bo'lganda ham uchrashi mumkin. Ayrim holatlarda churra xaltasiga charvining, jigarning yumaloq bog'lamining yopishib qolganida ham yuzaga chiqadi. Shuning uchun qorinning old devori churrallari bilan va qorinning to'g'ri mushaklari diastazi bo'lganida operatsiyadan oldin juda sinchiklab tekshirish kerak. Oshqozon-ichak tizimini rentgenologik tekshirish,UTT , hatto endoskopik tekshirishlar o'tkazilishi kerak.

Anatomiya. Qorinning oq chizig'i o'rta chiziq bo'ylab ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklar aponevrozlarining biriktiruvchi to'qima tolalaridan hosil bo'ladi.

Kindikdan yuqorida oq chiziq eni 2-3 sm ga yetadigan, serbar, biriktiruvchi to'qimali plastinkadan iborat. Qorinning to'g'ri mushaklari qinini hosil qiladigan aponevrozlar chiziqqa o'tayotganda qiya yo'nalib bir-biri bilan kesishadi va ayrim kishilarda birmuncha kattalashib ketadigan va churra chiqadigan joy bo'lib xizmat qiladigan yog'li kletchatka bilan to'lgan yoriqsimon bo'shliqlar hosil qiladi.

Qorinning to'g'ri mushaklari kindikdan pastda deyarli pastda joylashgan to'qimalar bilan birlashib turadi. Bunday joylashgan churralarning nixoyatda kam uchrashi shu bilan izoxlanadi. Qorin yuqori sohasining anatomik srukturasida ham churra bo'rtmalari hosil bo'lishiga sharoitlar

mavjuddir. Bu sohada qorinning to'g'ri mushaklari diastazlari orasidagi yoriqlarni nazarda tutish lozim. Bu diastazlarning bir qismi V-VII-qovurg'alarga, boshqalari esa to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasiga yopishadi.

Mushak-aponevrotik tuzilmalar tonusi buzilganda, qorin bo'shlig'i ichidagi bosim oshganda bu yoriqlarga qorinpardasi oldidagi yog', shuningdek qorinpardasi kirib qolishi mumkin, me'da kasalligi bularning qisilib kolishiga sabab bo'lishi extimol, bor.

Oq chiziq churrallari joylashuviga ko'ra kindik ustida joylashgan qorin ustki churrallari va kindikdan pastda joylashgan qorinning pastki churralariga bo'linadi.

Qorin ichki bosimining talaygina ko'tarilishi ta'siri natijasida aponevrozlardagi yoriqlar orqali (normada undan tomirlar, nervlar o'tadi) avvaliga qorinpardasi oldidagi yog' bo'rtib chiqadi, u ba'zan qorin devori mushaklarini taranglashtirilganda yumaloq zichlashma qorinpardasi oldidagi lipoma ko'rinishida paypaslanadi. Keyinchalik qorinparda ham bo'rtib chiqadi va haqiqiy churra hosil bo'ladi.

Simptomlari. Bemorlar jismoniy harakat paytida va qisilish bo'lganda bo'rtma sohasida og'riq sezadilar, yotishda odatda og'riq bo'lmaydi. Churra qisilib qolganda bemorning ko'ngli aynib, qusadi.

Meda kasalliklari – gastrit, bundan tashqari rak kabi kasalliklar bilan differentsial diagnostika o'tkaziladi. Me'da kasalliklarida og'riq ovqat yeyish bilan bog'liq, vaholanki churralarda og'riq jismoniy harakat qilganda paydo bo'ladi. Bemorlarda epigastral sohada og'riq bo'lgan hamma hollarda me'da va 12 barmoqli ichakni maqsadli rentgenologik tekshirish zarur.

Davolash. Oq chiziq churralarini operativ davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi: O'rtacha va katta hajmdagi churralar Sapejko yoki Meyo usulida operatsiya qilinadilar. Qorinning old devori churrallari oq chizig'ining diastazi bo'lsa albatta diastaz bartaraf qilinadi. Ko'pchilik holatlarida Napalkov va Martinov usulida aponevrozning plastika qilganida yaxshi natijalar beradi. Bu usullar xozir tarixiy ahamiyatga ega. Xozirgi vaqtda asosan alloplastika ya'ni polipropilen setka Onlay usulida qo'yiladi.

Napalkov usuli – churra xaltasi ochilib, aponevroz qirralari bir-biriga tikiladi. To'g'ri mushaklarning medial kirasidan parallel holda ikkita kesma o'tkaziladi. Ularning ichki qin aponevroz qavatlari tikiladi. Bu choklarni qo'yishda birinchi qavat choklar kumiltiriladi.

Xudi shu tarzda to'g'ri mushaklar aponevrotik qinining tashqi varag'i tikiladi.

Martynov usuli – to'g'ri mushaklar diastazlari quyidagicha bartaraf qilinadi: to'g'ri mushaklardan birining medial qirrasidan kesma qilinadi (butun diastaz bo'ylab). Ana shu varaqlar mushaklar olinmasdan tikiladi. Uning ustidan oldingi devor qinidan hosil qilingan aponevroz varaqlari tikiladi.

OPERATSIYADAN KEYINGI ChURRALAR.

Operatsiyadan keyingi churralar ko'pchilik holatlarda xirurgik texnikaning defekti bo'lib hisoblanadi. Adabiyotlarda bu muammoga juda ko'p e'tibor berilmokda. Respublikamiz va xorijiy mamlakatlarda operatsiyadan keyingi churralarni davolash usullariga yetarlicha e'tibor qilinib, yangi yangi usullar tatbik qilishmokka

Churra paydo bo'lishining asasiy sabablaridan biri operatsiya vaqtida mushak, nervlar va tomirlarining jarohatlanishi hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi churralarning paydo bo'lish sabablarini faqat qisilgan to'qimalarning sust regenerasiyasidangina emas, balki operatsiya texnikasining noto'g'riligidan va operatsiyadan keyingi bitmagan yamoqni yetarlicha extiyot kilmaslikdan izlash kerak. Operatsiyadan keyingi churralar ba'zan juda kattalashib ketib, qorin ichki a'zolarining eventratsiyasiga sabab bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi yamokli churralar churra xaltasiga ega bo'lishi, qator hollarda esa bo'lmasligi ham mumkin.

Operatsiyadan keyingi churralar hajmiga, churra defektining joylashishiga va klinik belgilariga ko'ra turlicha bo'ladi. Churraning hajmini aniqlashda qorin oldingi devorining anatomik bo'shliqlarini hisobga olish zarur. Shunga asoslanib ularni to'rt guruhga bo'lish mumkin:

1. Mayda operatsiyadan keyingi churralar – palpatsiya qilib aniqlash mumkin.
2. O'rtacha kattalikdagi operatsiyadan keyingi churralar – qorinning ma'lum qismida dumboq hosil qiladi.

3. Katta operatsiyadan keyingi churralar – qorinning anchagina sohasini egallab, qorin konfiguratsiyasini buzadi.

4. Gigant operatsiyadan keyingi churralar – qorinning ikki yoki uch viloyatini egallaydi, natijada qorin devori deformasiya holiga keladi va hatto yurish qiyinlashib qoladi.

Churra halqasining kengligi to'g'risida so'z yuritganda uning klinik belgilariga ko'proq e'tibor berish lozim: to'g'rılanadigan, to'g'rılanmaydigan, qisman tug'irlanadigan, retsidivli, ko'p marta retsidivli, qisilgan bo'lib qisman yoki o'tkir ichak tutilishi belgilarining rivojlanishi va perforativ turlariga bo'linadi.

Bemorlar doimo qorinda og'riq, dispeptik buzilishlar borligiga, jismoniy mehnat bilan shug'ullanishning imkoni yo'qligiga va ba'zan qabziyat hamda qorin dam bo'lishiga shikoyat qiladilar.

Jarroh bemorni ko'rganda ko'pincha operatsiyadan keyingi chandiqli sohasida katta bo'rtma borligini aniqlaydi. Undan tashqari qorinning boshqa sohalari ham palpatsiya qilib tekshiriladi. Ayrim holatlarda ichak harakatlari ham ko'rinishi mumkin. Qorin devorida operatsiyadan keyingi chandiqli borigi o'zgargan, yupqalashgan teri bilan qoplangan bo'rtma aniqlanib, uning ostida qorin a'zolari paypaslanadi.

Churra hosilasini qorin bo'shlig'iga yuborgach, churra teshigini paypaslab kurish mumkin, bu teshik operatsion chandiqli boshidan oxirigacha, katta o'lchamlarga yetishi mumkin.

Churra xaltasi ichidagi a'zolar (charvi, ingichka va yo'g'on ichak qovuzloklari) ko'pincha bo'rtib chiqqan joy sohasida chandiqli o'zgargan teri bilan qo'shib ketgan bo'ladi. Ichki a'zolarining churra xaltasi bilan bitishmalar hosil qilganligi, shuningdek ko'p sonli ichki a'zolarining churra xaltasi bilan bitishma hosil qilishi natijasida operatsiyadan keyingi churralar ko'pincha to'g'irlanmaydigan bo'lib qoladi.

Davolash. Operatsiyadan keyingi churralarning profilaktikasi qorinni mahkam tutib turadigan belbog'- bandaj tayinlashdan iborat.

Operatsiyadan keyingi churralarni operatsiya qilishning optimal muddati 6-12 oy, vaholanki ayrim holatlarda churra juda tez kattalashib boradi, shuning uchun operatsiyadan keyin 2-3 oy ichida ham operatsiya qilish mumkin. Juda katta churralar bilan murojaat qilgan bemorlar operatsiyaga 8-10 kun mobaynida tayyorlanadi.

Operativ davolashda quyidagi asosiy operatsiya rejasini qo'llash lozim:

1. Churra darvozasini ochish uchun kesmani tanlash.
2. Churra xaltasini ochib, ichidagi qorinning ichki a'zolarini uning devoridan ajratish.
3. Churra xaltasini qisman yoki to'liq kesib olish.
4. Churra darvozasi qirralarini ajratish yoki qisman kesib olish.
5. Qorinning old devorini plastika qilish.
6. Operatsiyadan keyingi yarani tikish.

O'rtada joylashgan churra operatsiyalaridan keyin churra teshigini ikki marta ko'paytirish prinsipi buyicha, aponevrozning bir chekkasini ikkinchisiga qo'yib diblikatura hosil qilib yopiladi. Yon tomonlama operatsiyalardan keyin churralarda devor nuqsoni odatda mushaklarni qavat-qavat qilib tikib bartaraf etiladi.

Operatsiyadan keyin yaxshi klinik natijaga erishish uchun qorinning old devorini plastika qilish usullari katta ahamiyatga ega. Plastika qilishning ratsional usulini to'g'ri tanlash jarrohning tajribasiga va uning maxoratiga bog'liq. Hozirgi kunda operatsiyadan keyingi churralarni operatsiya qilishning 150 ga yaqin usullari tadbik qilingan. Hozirgi kunda maqsadli plastik materiallar ishlatish (alloplastika) keng qo'llanilmokda.

S.P.Shilovsev usuli – aponevrozdagi nuqsonni yamokli teri laxtagi bilan uning epidermal qatlamini oldindan koagulyasiya qilib, plastik bekitishdan iborat. Chandiqli to'qima va katta nuqsonlardan foydalaniladi, shuningdek qo'shni mushaklardan olingan oyokchadagi plastinka, sonning serbar fassiyasidan olingan erkin fassial to'qima yoki alloplastika ham qo'llaniladi.

Bu usullarning yaxshi natijalar berishi churra defektining kattaligiga, to'qimalarning morfologik xususiyatlariga bog'liq. Churra o'lchami 50-100sm² bo'lganda autoplastik usulni qo'llash mumkin. Agar churra katta va retsidivli bo'lsa bemorning o'z to'qimalari bilan qorinning oldingi devorini plastika qilish yaxshi natija bermaydi.

CHURRALARNI DAVOLASHNING UMUMIY QOIDALARI

Churralarni faqatgina operativ usulda bartaraf etish mumkin. Operativ davolashning asosiy qoidalar har bir churra uchun alohida yondoshish va differensial holatda churrani operatsiya qilish usulini tanlashdir. Buning uchun churraning shakliga, kelib chiqishidagi sharoitiga, qorin devori to'qimalarining holatiga, churra darvozasi hajmiga hamda bemorning yoshiga alohida e'tibor berish zarur, qorin churralarining operatsiyasi mumkin kadar oddiy va kam jaroxatli bo'lishi lozim. Shu bilan bir qator da tanlangan usul davolashda radikal usul bo'lishi kerak.

Churrani kesish – bu juda yuqori maxorat talab qiladigan operatsiyadir. Shuning uchun soglikni saklash tizimi oldidagi asosiy maqsad – operativ davolashning sifatini ko'tarish va jarrohlarning kasbiy maxoratini ko'tarish bugungi kunning talabidir.

Hozirgi kunda plastika qilish usullarining besh xil turi mavjud:

- 1) fassial – aponevrotik usul;
 - 2) mushak – aponevrotik usul;
 - 3) mushak usuli;
 - 4) biologik yoki sintetik materiallar bilan plastika qilish;
 - 5) qo'shma (autodermal va yot to'qimalar yordamida kombinasion plastika qilish).
- Dastlabki uch usul autoplastik usullar, kolagan ikki usul esa alloplastik usullardir.

Fassial–aponevrotik usul – eng muhim usul bo'lib, qorin devorining topografoanatomik munosabatlarini yaxshi tiklaydi.

Bu usul quyidagicha o'tkaziladi:

1. Aponevroz qirralarini bir-biriga birlashtirib choq qo'yish.
2. Churra darvozasini aponevrozdan dublikatura hosil qilib bartaraf qilish.
3. Churra darvozasini aponevrozdan yoki fassial laxtak dublikatura hosil qilib bartaraf qilish.
4. Churra darvozasini bartaraf qilishda erkin autolaxtaklardan foydalanish.

Eng ko'p tarqalgan usul – bu aponevrozdan dublikatura hosil qilib plastika qilishdir. Aponevrozning qirralarini taranglashtirmay bir-biriga tikish operatsiyadan keyin yaxshi chandiq bo'lishiga olib keladi. Sho'nga misol Mart'ymov, Ru, Opel usulining chov churralarida, Meyo usulining kindik churrasida, Napalkov, Vishnevskiy, Mart'ymov usullarining operatsiyadan keyingi churralarda qo'llanilishidir.

Mushak–aponevrotik usul. Bu usul hozirgi kunda keng qo'llanilmokda. Chov churralarida – Jirar, Spasokukoskiy, Bassini, Postemskiy, Leksner usullari, kindik churrasida – Meyo usuli, operatsiyadan keyingi va qorinning oq chizig'i churralarida – Sapejko usuli qo'llaniladi.

Maqsad biologik yoki sintetik materiallar bilan plastika qilish. Bu usul ham keng qo'llanilmokda. Ventral churralarda plastik materiallarning qo'llanilishi alohida ko'rsatmalarga ega:

1. Ko'p marta retsdivli churralar.
2. Qorinning old devori kuchsizlanib, mushaklar, fassiya va aponevrozlarning atrofiyasi bo'lgan katta churralarda.
3. Katta operatsiyadan keyingi ko'p kamerali churralarda, to'qimalarni tortishning iloji bo'lmasa, yoki taranglashgan xolati kuzatilganda
4. Gigant churralarda to'qimalarini dublikatura qilganda tortilib, qorin bo'shlig'i hajmi torayib qolganda, qorin bo'shlig'i bosimi oshganda (Abdominalis compartments sindromi)
5. Og'ir chov churralarida (katta to'g'ri, qiyshik, sirpanuvchi), qorin mushaklari atrofiyasida, aponevroz tolalari tarqalib ketgan holatlarda.

Churralarni operativ davolashda yo'l qo'yiladigan xato va kamchiliklar:

1. Chov churralarining topografiyasiga bog'liq (unirng tug'irlanishi yoki tug'irlanmasligidan kat'iy nazar) holatlarda uchraydigan xatoliklar.
2. Churra xaltasi ichidagi a'zolarining alohida sharoitda bo'lishiga bog'liq bo'lgan holatlar.
3. Gernioplastika qilishda noto'g'ri tanlangan usullar.

QISILGAN CHURRALAR

Qisilgan churralar (hernia incarcerata) – uta xavfli asorat bo'lib, zudlik bilan operatsiya qilish talab etiladi. Churra qopchasiga chiqqan a'zolar churraning buyin qismida qisilib qolib, qon va limfa aylanishining buzilishi a'zoning nekrozga uchrash xavfini yuzaga keltiradi.

Qisilib qolish mexanizmi har xil bo'ladi. Qorin bo'shlig'ida bosimning ortishi (yuk ko'tarish, tinimsiz yo'tal, defekatsiya paytida) bilan churra halqasi qisqa vaqtga kengayadi. Ana shu payt ichki

a'zolar churra qopchasiga kirib qoladi. Keyin churra halqasi torayadi va ichki a'zolar o'z o'rniga kaytishga ulgurmay qoladi. Shu yusinda churraning qisilishiga elastik qisilish, deyiladi.

Churraning boshkacha qisilish usuli ham bor, yani axlatli qisilish deyiladi. Qisilishning bu shakli asosan qari kishilarda uchraydi. Churra qopchasiga tushgan churra qovuzlog'i ichidagi axlat asta sekinlik bilan ko'payib boradi va natijada ichakning ketuvchi sirtmog'i bosilib qoladi. Axlatli qisilish churra darvozasi katta bo'lgan holatlarda ham kuzatiladi.

Qisilib qolgan ichak sirtmoq larining tutqichlari bosilib qolganda avvalo shish paydo bo'ladi. Churra qopchasidagi vena tomirlarida dimlanish rivojlanib, churra qopchasi ichida tinik suyuklik yigiladi. Keyinchalik bu suyuklik gemorragik holatga o'tadi. Ichak devoridagi nekrotik o'zgarishlar ichak ichidagi bakteriyalarning ichak devori orqali o'tib, churra suvini ifloslantiradi. Churra suvi loykalana boshlaydi va churra xaltasi flegmonasiga aylanadi. Ayrim holatlarda flegmona teshilib, ichak okmasi hosil bo'ladi.

Operatsiya paytida ichak devorlarining xayotiyiligini aniqlash muhimdir. Chunki nekrotik holat ichakning ichki shillik pardasidan boshlanib, tashqi ko'rinishi esa silliq, o'zgarishsiz bo'lishi mumkin. Ana shunday ichak sirtmoq larini qorin bo'shlig'iga yuborib churrani plastika qilish uta xavflidir.

Yana bir muhim holat, ichak devoridagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi chegarasini aniqlashdir. Keluvchi va ketuvchi ichak sirtmoqlarini tegishli uzunlikda rezeksiya qilinmasa, keyinchalik nekroz rivojlanib, choklar yetishmovchiligiga olib keladi. Natijada peritonit rivojlanadi va u bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Undan tashqari ichak devorining bir qismi Rixter qisilishini ham unutmashlik lozim. Bu xil qisilish ham juda og'ir o'tadi

Ichak devori bir qismining qisilishining diagnostikasi ham qiyin, chunki churra bo'rtmasi kichik bo'ladi. Ayniqsa semiz kishilarda ichak tutilishi belgilari bo'lmaydi va uni aniqlash qiyin bo'ladi. Bunday qisilish ko'pincha son churrasida uchraydi. Ko'pchilik holatlarda ingichka ichak devori qisiladi, ammo oshqozon devori (oq chiziq churrasida) hamda siydik pufagining devori (chov churrasida) ham qisilishi mumkin.

Retrograd qisilish (hernia Mayde), juda kam uchraydi. Churraning bunday qisilishida churra qopchasida nafaqat qopcha ichidagi ichak sirtmoklari, balki qorin bo'shlig'idagi ichak sirtmoq lari tutkichlari ham qisilishi mumkin. Bunday qisilish W-simon qisilish ham deyiladi.

Qorinning old devori va operatsiyadan keyingi katta churralar ko'p kamerali bo'lganida ichak sirtmoq lari va charvi shu kameralardan biriga kirib, qisilib qolishi mumkin. Qolgan kameralardagi ichak sirtmoq lari va charvi bemalol erkin holda qorin bo'shlig'iga ketadi. Bunday holatlarda qisman ichak tutilishi belgisi rivojlanib, bemorni uzoq vaqt konservativ davolab, har xil og'ir asoratlarga olib kelish mumkin.

Mekkel divertikuli qisilib kolsa – Litre churrasi (hernia Litre), deyiladi. Adabiyotlarda keltirilishicha kam holatlarda (0,5 %) uchraydi.

Qisilgan qorin churralarini operativ usulda davolash natijalarini yaxshilash maqsadida ularning davolash va operatsiya taktikalarini aniq belgilash maqsadida biz turt yillik kuzatuvlarimizni tahlil kildik. Ana shu yillar mobaynida (2001-2005 yillar) 1255 ta bemor shoshilinch ravishda operatsiya qilingan. Shundan 50 nafar bemor (4,8 %) qisilgan qorin churralari bilan operatsiya qilingan. Shu qisilgan churralardan chov churrasi – 48,2 %, son churrasi – 25,1 %, kindik churrasi – 12,8 %, operatsiyadan keyingi ventral churralar – 13,1 %, qorinning oq chizig'i churrasi – 0,8 % bemorlarda kuzatilgan.

Bemorlarning 40,2 % erkaklar, 59,8 % ayollarni tashkil qilgan. 60 yoshdan yuqorilar 64,5 % ni tashkil qilgan. Operatsiyadan keyin ulgan bemorlar 15 kishi (2,7 %).

Qisilgan churralarning klinik belgilari boshlanganidan so'ng 2 soat mobaynida – 11%, 3-8 soat ichida – 13 %, 9-12 soat ichida – 17 %, 12-24 soatgacha – 38 % va undan keyingi davrda 21 % bemorlar klinikaga murojaat qilishgan. Ana shu holatlarni tahlil qilganimizda shifoxonagacha bo'lgan etapda tashxis qo'yish xatoliklari natijasida ko'pchilik bemorlar klinikaga kech yotqizilgan.

Deyarli 21 % son churrasining va 17 % bemorlarda ventral churralarning qisilishi vaqtida aniqlanmagan. Bemorlar ko'pchilik holatlarda tqorin bo'shlig'ining bitishmali kasalligi, o'tkir gastrit, oshqozon va 12 barmokli ichak yara kasalligining xuruji, buyrak sanchigi, o'tkir ichak tutilishi va hatto o'tkir appendisit tashxislari bilan yuborilgan.

Shifoxonagacha bo'lgan etapda asosiy diagnostik xatolarga yul quyilishi sabablaridan eng muhimi bemorlarni tekshirishdagi e'tiborsizlik, bemorlarni tekshirish prinsiplarining buzilishi bo'lib, churra hosil bo'lishi extimoli bor sohalarni yaxshilab kurmaslikdir.

Uzoq vaqt bandaj boglagan yoki korset kiyib yurgan bemorlar churrasohasida paydo bo'lgan og'riqqa uncha e'tibor bermaydilar, doimo tug'irlanib yuruvchi churraning tug'irlanmaydigan bo'lib qolganligini va churra hajmining kattalashganligini ham sezmaydilar va natijada qisilgan churrani o'tkazib yuboradilar. Qari bemorlarda yuldosh kasalligi og'ir bo'lganda, yaxshi eshitmaslik va miya qon tomirlari yetishmovchiligining borligi ulardan to'liq anamnez yigishga to'sqinlik qiladi. Bundan tashqari semiz bemorlarda ham qisilgan churrani aniqlash kiyinchilik tugdiradi.

Bizning fikrimizcha keksa yoshdagi bemorlarning uzoq yil churra bilan, ya'ni «eski» churrani ko'tarib yurganlarni alohida guruh qilib urganmoq maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ko'pchilik bemorlarda yuldosh kasalliklardan: umumiy ateroskleroz va koronar kardioskleroz, yurakning ishemik kasalligi, xafaqonlik, qandli diabet, pnevmoskleroz va boshqa nafas yullari kasalliklari kuzatilgan.

Bunday guruh bemorlar orasida operatsiyadan keyingi o'lim yuqoridir.

Kasallikning natijasi yana churra qopchasida qaysi a'zoning qisilishiga ham bog'liq. Ingichka ichak 52 %, katta charvi 35,2 %, yo'g'on ichak 7 %, bachadon o'simtasi 2 %, chuvalchangsimon o'simta 1,5 % va yo'g'on ichakning yog'li tasmasi 1 % holatlarda uchragan.

Qisilgan ingichka ichak sirtmog'ining nekrozi 7 nafar bemorda kuzatilgan va shulardan to'rttasida ichak sirtmoq lari gangrenasi bo'lib, peritonit rivojlangan va ichak rezeksiya qilingan. Shulardan uchtasi operatsiyadan keyingi peritonitning rivojlanishi va ichak tutkich tomirlari trombozi natijasida vafot etgan. Ulgan bemorning uchchalasi ham 65 yoshdan yuqori kishilar bo'lgan.

Yana bir eng muhim muammo – bu qisilgan ichak sirtmoq laridagi xayotiylikni aniqlashdir. Bemorlarni navbatchilik paytida, zudlik bilan o'tkazilgan operatsiyalarda, ayniqsa kechasi bo'lganda ularni aniqlash qiyin bo'ladi. Ichak sirtmoqlarini qisilgan halqadan chiqarib issik izotonik eritmalar bilan xullangan salfetkkalar bilan o'rash, ularni shunday issik eritmalar bilan yuvishdan keyin qizarib, tomirlar pulsatsiyasi aniqlansa va ichaklar harakati tiklansa uning xayotiyligi saklanganligidan dalolat beradi. Bordiyu shu holatlar paydo bo'lmay, ular xayotiyligiga aniq ishonch hosil qilinmaganda ichaklar sirtmog'i rezeksiya qilinib, uncha fiziologik holat bo'lmasa ham «yonbosh-yonbosh» anastamoz qo'yish buyuriladi.

Operatsiya uchun og'riqsizlantirish usulini tanlashda har bir bemorga individual yondoshish zarur. Mushaklar relaksatsiyasi bilan endotroxeal narkoz operatsiyani muvaffaqiyatli yakunlash uchun yaxshi sharoit yaratadi. Operatsiyadan keyin og'ir bemorlarga, ayniqsa keksa yoshdagi kishilarga 7500 YeD dan, bir kunda uch maxal geparin, qonning reologik xususiyatini yaxshilaydigan suyuklilar, albatta yurak-qon tomirlari va nafas olish tizimi faoliyatini stimullaydigan muolajalar o'tkaziladi. Peritonit belgilari paydo bo'lganda ingichka ichakka uzun nazogastral Mellori-Ebot zondi bilan intubasiya qilinadi.

Chov churrasining qisilishi

Chov churralarining qisilib qolish holatlari amaliyotda ko'p uchraydi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra umumiy qisilgan ventral churralarning 50-58 % ini tashkil qiladi.

Bizning kuzatuv natijalirimizga asosan chov churrasining qisilish holati 48,2 % ni tashkil kildi. Qisilgan churralardan keyin har xil asoratlar va o'lim oxirgi o'n yil ichida deyarli o'zgarishsiz qolmoqda. Buning asosiy sababi keksa va qari yoshdagi bemorlar sonining ko'payishi, bemorlarning davolash muassasalariga kech murojaat qilishlari va natijada shifoxonaga kechiqib kelishlaridir.

Shuni ta'kidlash kerakki, bir qator holatlarda, ya'ni davolash taktikasidagi va diagnostik xatoliklar, operatsiyadan bosh tortish, ichaklar xayotiyligini aniqlashdagi va rezeksiya hajmini aniqlashdagi hamda operatsiyadan keyingi davr mobaynida yo'l quyiladigan xatoliklar o'ta muhim ahamiyatga ega.

Klinik belgilari. Qisilgan churralarning klinik belgilari yaxshi o'rganilgan. Yaxshi yigilgan anamnez va bemorni yaxshilab tekshirish to'g'ri tashxis qo'yishda qiyinchilik tugdirmaydi. Chov churrasining qisilib kolishidagi asosiy belgilar – chov sohasida to'satdan boshlangan og'riq va churraning tug'irlanmay kolishidir.

Og'riq har xil bo'lishi mumkin. Ayrim vaqtlarda og'riq kuchli bo'lib, shoq holati rivojlanishi ham mumkin. Eng erta yuzaga chiqadigan simptomlaridan biri qusishdir. Bordiyu ichak sirtmog'i qisilib qolib, o'tkir ichak tutilishi rivojlanganda qusish ko'p marta takrorlanadi va qusik massasi qulansa xidli bo'ladi.

Qisilish chov kanalining tashqi teshigida bo'lsa, jarroh chov sohasida juda taranglashgan va og'riqli churra bo'rtmasini paypaslaydi. Agar churra kuchsiz qisilganda churra qopchasida suv yoki charvi bo'lsa perkussiyada to'mtoq, agar ichak sirtmog'i bo'lsa timpaniq tovush eshitiladi.

Qisilish chov kanalining ichki teshigida bo'lsa, ko'pincha ichak devori bir qismining qisilishi (Rixter qisilish) yuz beradi. Bunday holatlarda Byarishnikov simptomi paydo bo'ladi, ya'ni qisilgan tomondagi oyoq tepaga ko'tarilganda og'riq kuchayadi. Buning asosiy sababi pay va mushaklarning qisqarishi bilan bog'liq. Ichak sirtmog'ining churra darvozasida qisilib qolishi strangulyasion ichak tutilishi klinikasini beradi. Shuning uchun bemorlarda churra bo'rtmasidagi og'riq bilan birgalikda qorinda ham qattiq og'riq va qorinning assimetriyasi kuzatiladi. Ularni tekshirganda Sklyarova, Val belgilarini aniqlanishi mumkin. Intoksikasiya belgilari rivojlanadi va ichak tutilishi klinikasi paydo bo'lib, peritonit rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Shifoxonagacha bo'lgan davrda juda ko'p xatoliklar uchraydi. Chunki bemorlar asosan terapevtlar, tez yordam vrachlari tomonidan tekshiriladi. Ichak devorining bir qismi qisilganda (Rixter qisilish), churra bo'rtmasi bo'lmaganda yoki bo'rtmalar kichik bo'lib, uni paypaslab aniqlash qiyin bo'lganda diagnostik xatoliklar ko'payadi. Ana shunday holatlarda rentgenologik tekshirishlar muhim ahamiyatga ega.

Qisilgan churralarni tug'irlanmaydigan chov churralari, chov limfadeniti, chov limfa tugunlariga o'smalar, metastaz berishi bilan differensiallash zarur. Ayollarda qisilgan chov churrasini son churrasi bilan differensiallash ancha mushkuldir.

Yolg'on qisilgan churralarni aniqlashda yo'l qo'yilgan diagnostik xatolar taktik xatolarga olib kelishi mumkin.

Qisilgan chov churrasini operativ davolashda asosiy maqsad chov churrasi qisilishini va uning oqibatlarini bartaraf qilishdir. Chov kanalini plastika qilish keyingi urinda turadi. Churra qopchasidagi iflos suv bilan operatsiya jaroxatining ifloslanishini oldini olish lozim.

Operatsiya paylaridagi ayrim jarrohlar ichak sirtmoq larini rezeksiya qilish uchun ayrim mualliflar o'rta chiziq bo'ylab laparotomiya qilishni taklif qiladilar. Bu juda to'g'ri fikr emas. Gernilaparotomiya keluvchi va ketuvchi ichak sirtmoq larini yaradan bemalol chiqarib, ularni reviziya qilish imqonini beradi.

O'rta chiziq bo'ylab qilinadigan maqsadli laparotomiya uchun alohida ko'rsatmalar mavjud:

1. Qorin bo'shlig'ida bitishmali holatlar bo'lib, chov sohasidan qilingan kesma orqali ichak sirtmoq larini yaraga chiqarib bo'lmasa.

2. Yonbosh ichakning terminal qismini rezeksiya qilib, ileotranverzioanastamoz qo'yish kerak bo'lganda.

3. Operatsiyagacha churra qopchasi flegmonasi tashxisi qo'yilsa. Bunda avval qorin bo'shlig'i operatsiyasi etapini bajarib, keyin churrani kesish, yiringni va nekrozga uchragan to'qima va ichak sirtmog'i bartaraf etiladi.

4. Peritonit va ichak tutilishi klinikasi rivojlangan bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilgan holatlarida.

Bunday operatsiyalardan keyin chov kanalini plastika qilishning oddiy va yengil usullarini qo'llash kerak.

Qisilgan son churralari

Son churralarida qisilib qolish xoalti ko'p uchraydi. Adabiyotlarda keltirilishicha 30-35 % holatlarda son churrasi qisilib qoladi. Buning sababi son kanali tor bo'lib, uning devorlari qattiq va chuzilish xususiyatining kamligidadir. Son churrasining qisilishining uchrashi jihatidan butun qisilgan qorin churralarining ichida ikkinchi o'rinni egallaydi. Qisilgan son churralari ko'pchilik holatlarda og'ir o'tib, harxil asoratlarga olib kelishi mumkin, chunki ularni o'z vaqtida aniqlash qiyindir. Son churrasining qisilishi asosan kekxa va qari ayollarida uchraydi. Son churralari qisilishida churra dumpagi kichik bo'lib, uni aniqlash ham qiyin.

Ichak devorining bir qismi qisilganda ichak tutilishi belgilari rivojlanmagan holatlarda uni aniqlash alohida qiyinchilik tug'diradi.

Juda kechqib ketgan holatlarda chov kanali osti sohasida qizarish, shish va og'riq paydo bo'ladi. O'tkir limfadenit va adenoflegmona bilan differentsiallashtirishga to'g'ri keladi va bu ancha qiyinchilikka olib keladi.

Qisilgan son churrasining muhim belgilaridan «taranglashgan tor simptomi», ya'ni qomat to'g'rilanganda chura qopchasida qisilgan charvi yoki ingichka ichak tutqichi bo'lsa shu sohada og'riq paydo bo'lishidir.

Son churrasida ichaklar qisilib qolganda uning klinik kechishini uch davrga bo'lish mumkin:

I-davr:- ichak devorida nekroz paydo bulguncha bo'lgan davri. Bu davrda asosan ichak tutilishi belgilari namoyon bo'ladi.

II-davr:- bu davrda ichak sirtmoq larida nekroz paydo bo'lib, ichak tutilishi klinikasi yakkol yuzaga chiqadi. ammo peritonit va og'ir intoksikasiya belgilari yo'q. Bu davr qisilgandan boshlab 2-8 soat davom etadi.

III-davr:- ogir-kechqigan davr bo'lib, peritonit va og'ir intoksikasiya rivojlanadi. Qisilishdan keyin 8-10 soat mobaynida yuzaga chiqadi.

Bunday bemorlarni operatsiya qilishda ham chov, ham son usullaridan foydalaniladi. Son usuli keksa va qari kishilarda, har xil boshqa somatik kasalliklari bo'lgan kishilarda, qo'llaniladi. Yosh va baquvvat kishilarda esa chov usuli bilan operatsiya qilish ma'qul.

Churra flegmonasi bo'lganda kesmani chov tomondan kulish maqsadga muvofiqdir.

Qisilib qolgan halqani uning son usulida ichki tomonidan – lakunar bog'lam orqali kesma o'tkaziladi. Undan oldin barmoq bilan anomal tomir bor yoki yo'qligini paypaslab ko'rib, bo'lsa agar uni kiskichga olib so'ngra kesish zarur. Bordiyu anomal tomir kesib quyilsa tomirni barmoq yoki tupfer bilan bosib, ortikcha taxlikaga tushmasdan qisqichga olish va uni tikish zarur.

Chov usuli bilan operatsiya qilganda anomal joylashgan tomirni topish yengilroq. Churrani kisib koluvchi halqasini yuqorigi tashqi yo'nalishda kesganda tomirlarning ustidan, chov bog'lamini kesmasdan amalga oshirish mumkin.

Qisilgan kindik churralari

Kindik churralari ko'pincha katta yoshdagi kishilarda qisilishga moyil bo'lib, 15-30 % ni tashkil qiladi. Kindikchurrasining qisilib qolishi uzoq vaqt churra bilan yurgan keksa odamlarda ko'proq uchraydi. Qisilib qolish holatlari har xil kattalikdagi churralarda uchraydi. Hajmi kattaroq churralarda ko'proq axlatli qisilish, maydaroq churralarda esa ko'proq elastik qisilish kuzatiladi.

Qisilgan kindik churrasining eng yerta yuzaga chiqadigan simptomlaridan biri og'riqdir. Og'riq har xil xarakterda bo'ladi. Churra qopchasida ichak tutkichlari qisilgan bo'lsa o'tkir ichak tutilishi belgilari ham namoyon bo'ladi.

Qisilgan kindik churralarida qorinning old devori Sapejko va Meyo usullarida plastika qilinadi.

Churra qopchasining flegmonasida Grekov usulida operatsiya qilish eng optimal usuldir. Terida churra dupbogi ustidan yoysimon ikkita bir-biriga uchrashuvchi kesma o'tkaziladi. To'qimalar aponevrozgacha ochiladi. Qisilgan halqadan 4-5 sm uzoqlikda kesma qilinib aponevroz va qorinparda kesiladi va qorin bo'shlig'iga kiriladi. Agar ichak sirtmoq lari qisilgan bo'lsa ular kesilib, «uchma-uch» anastamoz qo'yiladi. Charvi qisilib qolganda, uning o'sha qisilgan qismi rezeksiya qilinadi.

Qisilgan epigastral (oq chiziq) churralar

Epigastral churralar ko'p uchrab, 30-31 % holatlarda qisilgan holatda bo'ladi. Eng xarakterli belglari spontan ravishda boshlangan og'riq va ayrim holatlarda ichak tutilishi belgilarining rivojlanishidir. Qisilgan epigastral churra katta bo'lsa Sapejko yoki Meyo usulida operatsiya qilinadi.

Oq chiziq churrasi bir vaqtning uzida uning diastazi bilan (II-III darajasi) bo'lsa ham churrani ham diastazni bartaraf qilish zarur. Bunday operatsiyalar Napalkov hamda Martynov usuli buyicha plastika qilish maqsadga muvofiqdir. Ko'rsatma bilan oxirgi yillarda alloplastika usuli keng qulanilmoqda.

Operatsiyadan keyingi churralarning qisilishi

Operatsiyadan keyingi qisilgan churralar 2,2-10 % ni tashkil qiladi va bunday churralarda o'lim sur'ati juda yuqori.

Operatsiyadan keyingi qisilgan churralarning klinikasi churraning o'lchamiga, shakliga va ichak tutilishi darajasiga bog'liq. O'rtacha va kichik churralarda og'riq churra dumbogida juda kuchli bo'ladi, ko'ngil aynishi va qusish ham kuzatiladi. Churraning to'g'rilanmasligi, tuxtovsiz og'riqning

bo'lishi qisilgan churraning doimiy simptomlaridandir. Bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilganda yoki kech tashxis

qo'yilganda sho'k va intoksikatsiyaning kuchayishi natijasida o'tkir ichak tutilishining elastik shakli rivojlanadi. Bunday holatlarda bemorlarni faqatgina o'z vaqtida operatsiya qilish bilangina qutkarib qolish mumkin.

Katta va gigant operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda ichak tutilishi axlatli bo'ladi. Keksa kishilar va kariyalarda uchraydi, klinik belgilari juda tez rivojlanmaydi.

Mayda va o'rtacha kattalikdagi operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda xirurgik taktika xuddi chov va son churralarining qisilishida qo'llaniladigan taktika singari bo'ladi. Bemorlarni bir-ikki soat tayyorgarlikdan so'ng zudlik bilan operatsiya qilish lozim. Umumiy og'riqsizlantirish ostida taranglashmagan plastika qilish usulni qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Katta va gigant operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda xirurgik taktika ancha fark qiladi. Bunday bemorlarni tayyorgarliksiz operatsiya qilish xavfli hisoblanadi. Chunki bir rdan katta massani qorin bo'shlig'iga yuborish, qorin buligi deffektini yaxshilab tikish qorin bo'shlig'ida ichki bosimning birdan oshishiga, bu o'z navbatida ichaklar harakatining buzilishiga, diafragmaning ko'tarilishiga, ko'krak qafasi a'zolarining bir tomonga siljishiga oqibatda yurak-nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Bunday operatsiyalardan keyin quyidagicha xafli patologik holatlar yuzaga chiqishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i ichki bosimining oshishi → ichaklar parezi → o'pka xayotiy sigimining kamayishi → o'pka ventilyasiyasining buzilishi → gipoksiya → yurak faoliyatining buzilishi → ichaklarda mikrosirkulyatsiyaning buzilishi → ichaklar parezining kuchayishi → qorin bo'shlig'i ichki bosimining yanada oshishi. Natijada organizmda chuqur patologik o'zgarishlar rivojlanishiga, va oqibatda o'limga sabab bo'ladi.

Bunday bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazishda bemorning umumiy ahvoriga ta'sir kiluvchi eng muhim patologik omillarni aniqlash zarur. Buni aniqlashdagi klinik ko'rsatkichlar quyidagilar: 1) bemorning xushi; 2) teri va shillik pardalarining ko'rinishi; 3) qon bosimi; 4) pulsi; 5) SVD (MVD); 6) Shtanga va Sobraze sinamasi; 7) nafas olishi sur'ati; 8) diurez; 9) tana harorati; 10) EKG ko'rsatkichi.

Laborator tahlillaridan: 1) eritrositlar soni; 2) Hb mikdori; 3) gematokrit ko'rsatkichi; 4) qoning bufer ko'rsatkichi; 5) qondagi qand mikdori.

Bunday churralarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bir-ikki soat davom etib, peritonit va ichak tutilishi belgilari bo'lmasa qonservativ davolash zarur. Ko'pchilik mualliflar fikricha katta operatsiyalardan keyingi qisilgan churralarni qariyalarda qisib qoluvchi halqani kesish bilan chegaralanish kerak.

Demak churra qopchasidagi ichaklarni batamom ichkariga yuborish mumkin emas va qorinning old devorini autoplastika qilish ham shart emas. Vaholanki ayrim holatlarda, ya'ni qorin bo'shlig'ida bitishmali holatlarda, ichak sirtmoqlari faqat teri bilan yopilgan bo'lib ularni qorin bo'shlig'iga yubormasdan teri ostida qoldirilganda yara yalliglanib, eventratsiya bo'lishi ham mumkin.

Operatsiyadan keyingi katta qisilgan churralarda alloplastik materiallarni ham ishlatish mumkin.

Adabiyotlar:

1. Chastnaya xirurgiya. Uchebnik dlya med-vuzov. Pod. Red. Chlen. RAM.N. Yu.L.Shevchenko. Sankt-Peterburg. 2001y
2. Klinicheskaya xirurgiya. N.I. Botvinkov., S.I.Leonovich. N.N.Ioskevich. Uchebnik dlya stud. Minsk 1998y
3. Toskinddi-Jirinovskiy N.I. «Грыжа живота» Kiev 1991y
4. A.G.Krinilev, N.A.Surkov «Современные принципы хирургического лечения послеоперационных грыж» Kremlovskaya meditsina 2000 №2, 34-38.
5. A.A.Shalimov, V.F.Saenko «Хирургия пищеварительного тракта» Kiev 1998
6. «Operativnaya xirurgiya i topograficheskaya anatomiya» G.ye.Ostroverxov, Yu.M.Bomat, D.N.Lutotsskiy. «MIA» Moskva 2005g
7. «Rukovodstvo po neotlojnoj xirurgii organov bryushnoy polosti» Pod redaksiey V.S.Saveleva «Trinada-X», Moskva 2004
8. Yu.A.Nesterenko, V.M.Gorzev «Паховые грыжи» Moskva 2005
9. I.Ya.Makshamov «Хирургическая операция» Minsk 2002
10. A.S.Bolalыkin «Endoskopicheskaya abdominalnaya xirurgiya» Moskva 1999
11. V.I.Sergienko, E.A.Petrosyan. «Uchebno-metodicheskoe posobie po topograficheskoy anatomii i operativnoy xirurgii» Moskva 2001
12. Y.A.Kochneva, V.F.Gladenin «Fakultetskaya xirurgiya» Moskva 2005