

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**БОЛАЛАР ХИРУРГИСЯ
КАФДЕРАСИ**

**“Болалар жарроҳлиги”
ФАНИ БЎЙИЧА ЎҚУВ УСЛУБИЙ
МАЖМУАСИ**

Таълим йўналиши

Билим соҳаси:	500000	- Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	- Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	- Даволаш иши
	5111000	- Касб таълими (5510100- Даволаш иши)

(Даволаш ва тиббий-педагогика факультети 5-курс талабалари учун)

АННОТАЦИЯ

Фаннинг бакалавр тайёрлашдаги ўрни ва аҳамияти. Болалар хирургияси “факультет” ва “госпитал” курслари назарий билим ва амалий кўникмаларни ўз ичига олган бўлиб, уларни даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабалари эгаллаб олиши зарур бўлади.

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий уқув юртларининг даволаш, тиббий педагогика факультетларининг талабаларига болалар жарроҳлигидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур болалар жарроҳлигининг асосий булимларини ўз ичига олиб тиббиёт олий уқув юртлари талабаларига бола организмида кечадиган туғма норасоликлар ва касалликлари моҳиятини ва уларнинг механизмини молекула ва хужайра даражасида тушуниб етиш учун зарур булган билимларни эгаллашга имкон бериб, организмни фаолиятини ва унинг атроф муҳит билан мулоқотини чуқурроқ тушунишга асос яратади.

Ўқув фанининг мақсад ва вазифалари: Болалар жарроҳлигининг факультет курси фаннинг бир қисми бўлиб, ўз ичига туғма нуқсонлар ва аномалияларнинг келиб чиқиши, диагностикаси ва жарроҳлик йўли билан даволашни ўз ичига олади. Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида ўқитишнинг асосий принципи туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалияларини аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташҳислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган. Болалар жарроҳлигининг госпитал курси фаннинг давомий қисми бўлиб, ўз ичига болаларда ортирилган хирургик касалликларни келиб чиқиш сабаблари, ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклашлар тушунилади. Кафедрада “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

Ўзбекистон Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2011 йил «17» августдаги тасдиқланган №467 сонли фан дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди. (Рўйхатга олиш рақами № М.О.Б.А. 120502-22)

Тузувчилар:

1. **Раупов Ф.С.** - “Педиатрия ва болалар хирургияси” кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди
2. **Ахмедов А.Т.** - “Педиатрия ва болалар хирургияси” кафедраси ўқитувчиси

Такризчилар:

Ўроқов Ш.Т.-Хирургик касалликлар ва анестезиология-реанимация кафедраси мудири, т.ф.д.

Мирходжаев И.А.– Госпитал ва Факультет хирургия, урология кафедраси доценти, т.ф.н.

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида, 5510200-Педиатрия иши, 5111000 Касб таълими (5510100-Даволаш иши) йўналишлари бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “ _____ ” _____ 2017 й.

ФУК раҳбари: Ихтиёрова Г.А. - Акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, т.ф.н., доцент

(имзо)

**«БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ» ФАНИДАН 5-КУРС
ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИГА
МЎЛЖАЛЛАНГАН
МАЪРУЗАЛАР:**

**1 - М А В З У: ОШҚОЗОН – ИЧАК ТРАКТИ РИВОЖЛАНИШИ
НОРАСОЛИКЛАРИ ВА НУҚСОНЛАРИ**

Режа:

1. Ошқозон – ичак тракти ривожланиши эмбриогенези.
2. Туғма юқори ичак тутилишлари. Ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши. Ледд синдроми. Дуоденал тутилиши. 12-бармоқли ичак атрезиялари ва стенози. Аорта-мезентериал дуоденал тутилиш. Пилоростеноз.
3. Ичак тизимини қуйи туғма тутилиши. Ингичка ичак атрезияси. Қорин бўшлиғининг ички чурралари. Ичак найининг туғма иккиланиши. Мекониал илеус. Гиршспрунг касаллиги. Аноректал соха ривожланиш нуқсонлари.

Ичаклар ривожланиши эмбриогенези: ичак найи ҳосил бўлиши, буралиши – Эмбрионал ривожланишнинг эрта даврларида ичак найи – бирламчи ичак қорин бўшлиғининг *a.mezenterika superior* соҳасида бирламчи тутқич билан боғланган, “найсимон” шаклда бўлиб, ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичини ўтайди. Бир вақтнинг ўзида ичак найида буралиш - “ротация”, ичаклар ва уларнинг тутқичлари ҳосил бўлиши - “формацио” шаклланиш, ва фиксацияланиши – фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш маъносида”, жараёнлари кета бошлайди. Ушбу жараёнларнинг биргаликда ёки алоҳидаланиб турли сабабларга кўра бузилиши натижасида ошқозон ичак трактида туғма нуқсонлар, аномалиялар юзага келиши мумкин. Ушбу жараёнларнинг бузилишига: - ичак найида буралиш жараёнининг бузилиши ва ундан келиб чиқадиган синдром ёки касалликка - “мальротация синдроми”, ичаклар девори ва уларнинг тутқичлари ҳосил бўлиши, шаклланиш жараёнининг бузилишига - “мальформация синдроми”, ва фиксацияланиши - (фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш, қорин бўшлиғи аъзолари ўз ўрини эгаллаб, тутқичга эга бўлиш ” жараёни маъносида) тутқичлари ҳосил бўлишининг жараёни бузилишига, ундан келиб чиқадиган синдром ёки касалликка - “мальфиксация синдроми” дейилади. Уларнинг ҳар бирига алоҳида тўхталиб ўтаемиз.

Бирламчи найсимон ичак ўзининг эмбрионал ривожланиш жараёнида “шнурсимон” яъни “тизимча”симон босқични ўтайди. Бирламчи ичак найи эпителий пролифирацияси натижасида бутунлай бекилиб қолади, бунинг изидан келадиган вакуолизация (реканализация) жараёнида эса ичак найининг ичи қайтадан “қувур” шаклини эгаллайди. Бироқ бирор бир таъсирот натижасида ичак маълум қисми берклигича қолиши мумкин. Агар реканализация жараёни ичак найи кичик қисмида бузилса, ичак бўшлиғи юпқа парда билан бекилиб қолиб, “пардасимон” атрезия юзага келади. Реканализация жараёни ичак найи кичик қисмида бошланишга улгириб, сўнгра бузилса, у вақтда “пардасимон” атрезияда кичик (ёки ҳар хил ўлчамли) тешик ҳосил бўлиши ва пардасимон стеноз юзага келиши мумкин.

Реканализация жараёни ичак найи катта қисмида бузилса, унда атрезия ичак катта қисмида ҳосил бўлиб, “фиброзли” атрезия кузатилади. Реканализация жараёни ичак найи ҳар хил қисмида бузилса, унда “сосискасимон” атрезия кузатилади. Баъзида ичак атрезиясига реканализация жараёнининг бузилиши эмас, балки мезентериал қон айланиш бузилиши сабаб бўлиши мумкин. Ичак атрезиялари ичак найининг мураккаб эмбрионологик жараёнлар кечадиган қисмларида учраши кўпроқ кузатилади. Юқорида

айтиб ўтилган эмбрионал жараён бузилиши натижасида юзага келадиган ҳолатлар “мальформация” синдромига киритилади.

Юқорида айтилганидек, эмбрионал ривожланишнинг эрта даврларида ичак найи – бирламчи ичак қорин бўшлиғининг *a. mezentrika superior* соҳасида бирламчи (*умумий*) тутқич билан боғланган, “найсимон” шаклда бўлиб, кейинчалик ичак найи буралиш жараёни бошланади: “ўрта ичак” (*ўн икки бармоқли ичакдан чамбар ичакнинг ўртасигача*) ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичини ўтайди ва соат стрелкаси тескари йўналишида 270⁰ айланиб, қорин бўшлиғига қайтади. Олдиниға ингичка ичак қисмлари қорин бўшлиғига тушади, йўғон ичак эса чап ёнбошдан юқорига, талоқ остига, сўнгра ўнга – жигар остига ва кейинчалик ўнг ёнбошга ўтади. Натижада ўн икки бармоқли ичак чамбар ичак ортига қолади. Буралиш жараёнида ингичка ва йўғон ичаклар алоҳида тутқичга эга бўлиб, қорин бўшлиғида ўз ўрнини эгаллайди.

Юқорида келтирилган эмбрионал жараён бузилиши натижасида ичакларнинг турли хил аномал позицияда туриб қолиши, ичакнинг буралиши (странгуляция), тутқич ҳосил бўлишидаги нуқсонлари натижасида қорин бўшлиғида “чўнтак” (*bursa*) ички чурра ва ичак тутилишига сабаб бўлиши мумкин. Ичаклар буралиш жараёнида ингичка ва йўғон ичаклар нотўғри туриб қолиши натижасида мальротация синдроми юзага келади. Ичак тутқичлари ҳосил бўлишидаги норасоликлар эса мальфиксация синдромини ҳосил қилади. Эмбрионал ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичида ичаклар қорин бўшлиғига қисман ёки тўлиқ қолиши натижасида ҳар ўлчамли “эмбрионал” – “киндик тизимчаси чурралари”, “омфалоцеле” пайдо бўлади.

Туғма ичак тутилишлари – ошқозон ичак трактида туғма тўсиқ бўлиши натижасида овқат (она кўкрак сути) махсулотларининг пассажи бузилиши ва ўтмай қолишидир. Туғма ичак тутилишлари келтириб чиқарувчи сабаблари турлича бўлиб, уларни қуйидагича таснифлаш мумкин:

1. мальротация синдроми – ичак буралиш жараёнининг бузилиши натижасида;
2. мальформация синдроми – ичак найи ва девори шаклланишининг бузилиши;
3. мальфиксация синдроми – тутқичлар ҳосил бўлиши жараёни бузилиши натижасида;
4. қорин бўшлиғи бошқа аъзолари туғма нуқсонлари – мекониал илеус - ошқозон ости беши кистофибрози, аберант қон томир, халқасимон ошқозон ости беши, қорин бўшлиғида киста, хазм найи иккиланиши.

Туғма ичак тутилишлари тутилиш сатҳига кўра **юқори** ва **пастки** ичак тутилишларига бўлинади, уларнинг анатомик чегараси – **Трейц** боғламидир. Келиб чиқиши, анатомияси қанақа бўлишидан қатъий назар Трейц боғламидан юқоридаги ва пасткидаги ичак тутилишлари деярли бир хил клинко – рентгенологик кўриниш беришига қараб туғма ичак тутилишлари юқори ва пастки ичак тутилишларига бўлинади. Клиник кечишига қараб эса ўткир, сурункали ва рецидивланувчи-қайталанувчи туғма ичак тутилишига бўлинади.

Ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши - ичаклар эмбриогенезида икки жараён: **формация ва ротация** жараёнларининг бир жой ва бир вақтнинг ўзида – ўн икки бармоқли ичак соҳасида бузилиши натижасида намаён бўлади. Яъни, ўн икки бармоқли ичакни қорин парда тортмалари билан тортиб, босиб қолиши ва ўрта ичак тўлиқ буралмаслиги сабабли ингичка ичак, чамбар ичак ўнг қисми буралиши кузатилади.

Клиникаси - юқори ичак тутилиши клиникасини намоён қилади, клиник белгилар ичак ўтказувчанлиги бузилиш даражаси, ичак тутқичида қон айланиш бузилиш даражаси ва “ўрта ичак” буралиш даражаларига боғлиқ бўлади. Агар ичак ўтказувчанлиги бузилиш даражаси, ичак тутқичида қон айланиш бузилиш даражаси ва “ўрта ичак” буралиш даражалари бемор ҳаётига хавф солмаган, қисман

компенсацияланган ҳолда бўлса, юқорида айтилганидек “дуоденостаз” синдроми клиник белгиларини намоён қилиши мумкин.

Диагностикада асосий информатив усул бу ошқозон ичак трактини рентгеноконтраст текшириш. Контраст модда ошқозон-ичакнинг пастки қисмига ўтмайди, “икки қадах” белгиси, икки газ кузатилади. Контраст модда қисман ичакнинг пастки қисмида ўтиши фонида “икки қадах” белгиси кузатилганда “дуоденостаз” синдроми кузатилади. Қусиш синдроми кузатиладиган касалликлар билан қиёсий ташхислаш лозим.

Даволаш - беморга операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилади, бунда сув-электролит, метаболик бузилишлар мўтадил ҳолатга келтирилади. Радикал даво - операция. Оғриқсизлантириш умумий наркоз остида олиб борилади, бемор столга чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. **Ледда операцияси** ўтказилади. 1 - босқич: буралиб ётган “ўрта ичак” соат стрелкасига тескари тўғриланади. 2 - босқич: Эмбрионал чандиқлар қирқилади. 3 - босқич: чамбар ичак чап ёнбошга ўтказилади. Кейинги тактика ичак тутилишига сабаб бўлган омилни бартараф этишгандан сўнг интерсив терапияга қаратилади.

Қорин бўшлиғи ички чурралари - “мальфиксация” синдроми яъни, қорин бўшлиғи аъзолари ўз ўрини эгаллаб, ўз тутқичига эга бўлиш - фиксацияланиши жараёни (фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш, маъносида) бузилиши натижасида тутқич ҳосил бўлишидаги нуқсонлар натижасида қорин бўшлиғида “чўнтак” (*bursa*) ларга кириб, қисилиб қолиши натижасида ички чурралар келиб чиқади ва ичак тутилиши клиник белгилари билан намаён бўлади. Қорин бўшлиғи ички чурраларида чурра дарвозаси ва халтаси қорин бўшлиғида жойлашади, улар клиник амалиётда нисбатан жуда кам учрайди ва шунинг учун жуда қийин ташхисланади. Болаларда кўпинча странгуляцион ичак тутилиши ташхиси билан операцияга олингандан сўнг интраоперацион топилма сифатида аниқланади. Қорин бўшлиғи ички чурралари ичида энг кўп учрайдиганилари: ичак тутқичида 27% гача, Трейц бойлами соҳасида 21% (*умумий қорин бўшлиғи ички чурраларига нисбатан*) учрайди. Ундан ташқари ички чурралар қовуқ устида, кўричак олдида ва ҳ.к. яъни, қоринпарданинг деярли ҳамма қисмида учраши мумкин, қачонки у ерда тутқич дефекти бўлсагина. Баъзида қорин бўшлиғида операциядан сўнг тутқичда дефект бўлса ҳам ички чурра пайдо бўлиши мумкин.

Клиникаси. Ўткир бошланган ички чурра қисилишида бемор қорин бўшлиғидаги кучли оғриққа шикоят қилади, ушбу оғриқ *тицца – турсак* ҳолатида сусайиши кузатилади, баъзида оғриқ тўхташи мумкин. Странгуляцион ичак тутилиши белгиларига ўхшайди, беморда кучли даврий оғриқдан ташқари кўнгил айниши, қусиш, безовталик кузатилади. Қорни юмшоқ, оғриқли, баъзида қорин бўшлиғида “ўсмасимон” ҳосила пайпасланиши мумкин, қорин парда таъсирланиш белгилари гумонли ёки манфий, мушаклар тонуси ошмаган бўлади.

Диагностикасида – қорин бўшлиғи тасвирий рентгенограммасида “Клойбер косачалари”, суяқлик сатҳлари ва газ аниқланади.

Даволаш - беморга операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилади, бунда сув-электролит, метаболик бузилишлар мўтадил ҳолатга келтирилади. Радикал даво - операция. Оғриқсизлантириш умумий наркоз остида олиб борилади, бемор столга чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. Кейинги тактика ичак тутилишига сабаб бўлган омилни – қисувчи халқани бартараф этишга, ичаклар ҳаётчанлиги балгиларига қараб унинг фаолиятини тиклашга қаратилади.

ДУОДЕНАЛ ТУТИЛИШИ - “Дуденостаз” ёки *дуоденал тутилишлар ҳақида тушунча* – овқат маҳсулотларини ўн икки бармоқли ичак – дуодениумда

туриб қолиши тушинилади. Сабаби турлича бўлиб, сурункали ичак тутилиши клиникаси билан намаён бўлади. Улар қуйидагилар бўлиши мумкин:

1. ўрта ичак қисман буралиши
2. Ледд синдроми -ўн икки бармоқли ичак тўлиқ бекилмаса (*Юқоридаги икки ҳолатда ичак найи физиологик бурилиши турли босқичда тўхтаб қолади, шунинг учун уларни “ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши” деб ҳам айтилади*).
3. ўн икки бармоқли ичак “пардасимон” атрезияси микроперфоратив тешиклари билан (Фатер сўрғичидан юқори ва пастида)
4. ўн икки бармоқли ичак стенози (Фатер сўрғичидан юқори ва пастида)
5. оч ичак бошланиш қисми стенози
6. Халқасимон ошқозон ости бези (ўн икки бармоқли ичак тўлиқ бекилмаса).
7. *a.mezenterika superior*нинг ўткир бурчак остида чиқиши натижасида ўн икки бармоқли ичакни босиб қолиши (*ўн икки бармоқли ичак тўлиқ бекилмаса*).

Аорта - мезентериал ичак тутилиши синдроми

Дуоденостаз синдромига олиб келтирувчи сабаблардан бири бўлиб ҳисобланади.

Аорта - мезентериал синдромида аортдан *arteria mezenterika superior*нинг нормага нисбатан ўткирроқ бурчак (45-60°) ҳосил қилиб чиқиши натижасида *дуоденум* босилиб қолади ва ўтказувчанлик бузилади.

ТУҒМА ПИЛЕРОСТЕНОЗ. Чақалокларда “қусиш синдроми” кузатиладиган касалликлар жумласига кириб, давоси хирургик коррекцияни талаб қилади. Морфологик жихатдан туғма пилеростеноз – ошқозон пилорик қисми циркуляр мушакларнинг туғма гипертрофияси натижасида торайиши, клиник жихатдан - ошқозондаги лүкманнинг (она кўкрак сутининг) ичакларга ўтмай қолиб, “қусиш синдроми” билан кечадиган туғма касаллик ҳисобланади. Бунда бириктирувчи тўқималар ўзининг йўғон тутамалари билан мушак қаватларига кириб чирмашади. Йўғонлашган қисмининг кўпини мушакнинг айлана толалари ташкил этади. Мушак қавати нерв бойламларини фиброзли тўқималар ўраб сиқиб қўяди. Шундан сўнг нерв хужайралар сиқилиб буришади, глиал элементлари гиперплазияга, нерв толалари эса сероз қаватда деформацияга учрайди, ўша жой тоғайсимон бўлиб қаттиклашади.

Клиникаси. Касалликнинг аломатлари бемор бола 2—4 ҳафталигида бошланади. Асосий клиник белгиларидан бири «**фавворасимон**» қусиш. Бемор болаларда она сутини ёки сунъий озиқани эмгандан кейин бир оз ёки кўп марталаб қайт қилиш кузатилади. Қусуқ ҳажми гоҳида бир ютим овқатдан кўпроқ бўлиб, аччик хид чиқаради. Бола оза бошлайди, териси қуруқлашиб, пешоб ажралиши камаяди, кабзият пайдо бўлади. Узоқ қусиш болани нимжон қилиб қўяди. Боланинг икки ойлигидаги оғирлиги, туғилган пайтидаги оғирлигидан ҳам камаяди.

Тери ости ёғ қоплами камайиб, қорин девори териси буришиб қолади, боланинг кўзлари киртайиб кетади, катта лиқилдоқ чўккан, ташқи кўриниш “қаримсоқ” қариган чолга ўхшаб қолади (4-расм). Пилоростенознинг яна бир асосий аломатларидан бири, меъда перисталтикасининг кучайиши, юпқалашган қорин деворидан «қумли соат» белгисининг аниқланишидир (5-расм). Баъзида гипертрофияланган пилорик жомни пальпация қилиш мумкин бўлади. Касалликнинг ўткир тури бола аҳволини бир ҳафта ичида оғирлаштириб, гипотрофияга олиб келиши мумкин. Бу ҳолатда сув электролит ва ишқор-кислота мувозанати тезда бузилади. Лаборатория таҳлилида қоннинг қуюқлашиши кузатилади (гемоглобин ва гематокрит кўтарилиб, хлор ва калий қонда камаяди).

Ташхисни тўғри қўйиш учун рентгенологик ва эндоскопик текширилади. Текшириш эрталаб оч қоринга ўтказилади. Фиброгастроскопия қилиб текширганда меъда кириш қисмининг кенгайганлиги ва пилорик қисмининг торайганлиги кўринади.

Дастлаб қорин бўшлиғи умумий рентген қилиниб, меъда хажми кўрилади. Шундан сўнг барийнинг сувли аралашмаси 1;1 нисбатда берилади 2-3 соатдан кейин ва 23—24 соатлардан кейин рентген қилинади. Рентген тасвирида пилоростеноз учун қуйидаги белгиларни кўриш мумкин:

- меъда хажмининг катталашганлиги ;
- ошқозоннинг кенгайишиб кетиши натижасида пастга тушиши – “гастроптоз” .
- меъданинг чуқур сегментли перисталтикаси - гиперперистальтика, “қум соати”;
- жомнинг торайганлиги («қуш тумшук» симптоми);
- контраст модданинг меъдада 2 соатдан 24 соатгача туриб қолиши.

Дифференциал диагностика - пилороспазм, адреногенитал (псевдопилоростеноз) синдром, ошқозон-қизилўнгач рефлюкси, ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан юқоридаги стенози, туғма қисман юқори ичак тутилиши, туғруқ даври бош мия жароҳатидан сўнги қусиш синдроми, диарея, токсикинфекциядаги қусиш синдроми билан қиёсланади. Адреногенитал синдром билан таққослаганда, касал қусуғида сафро келади. Қонда калий кўтарилиб, натрий эса пасаяди, рентгенда контраст модда пилорик қисмдан осон ўтади. Ундан ташқари пилороспазм билан қиёсланади, қиёсий белгилари 1-жадвалда кўрсатилган.

Ошқозон-қизилўнгач рефлюксида касаллик чақалоқ туғилганидан бошланади, горизонтал ҳолда регургитация ва қусиш кузатилади, эзофагоскопияда кардия соҳаси очиклиги, яраги-эрозив эзафагит кузатилади. Рентгенологик текширганда эса контраст модданинг ошқозондан тезда эвакуацияси кузатилади, Тределенбург ҳолатида эса ошқозон-қизилўнгач рефлюкси кузатилади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан юқоридаги стенози ва туғма қисман юқори ичак тутилишида касалликнинг клиник белгилари чақалоқ ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб намоён бўлади, рентгенологик текширганда иккита суюқлик сатхи борлиги, ошқозоннинг кенгайиши кузатилади.

Туғруқ даври бош мия жароҳатидан сўнги қусиш синдромида беморнинг туғруқ анамнези оғир кечганлиги, туғруқ анамнезида жароҳат олганлиги, қўқариб қолганлиги, постгипоксик энцефалопатия белгилари борлиги, рентгенологик текширганда – контраст модданинг ошқозонда туриб қолмаслиги, унинг ичакларга тезда ўтиб кетиши билан қиёсланади. Диарея, токсикинфекцияда “қусиш синдроми” бирданига бошланиб, ичак ўтказувчанлиги сақланади, рентгенологик текширганда – контраст модданинг ошқозонда туриб қолмаслиги, унинг ичакларга тезда ўтиб кетиши кузатилади.

Давоси - операциядан олдинги тайёргарлик 1—2 кун давом эттирилиб, сув-электролит, метаболик бузилишлар имкон даражасида мўтадиллаштирилиб, Фреде—Рамштедт усулида пилоромииотомия қилинади.

Оғриксизлантириш умумий интубацион наркоз остида олиб борилади, бемор столга бел томони билан чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. Пинцет ёрдамида меъданинг пилорик қисми операция жароҳатига олиб чиқилади. Пилорик қисмининг гипертрофия бўлган жойи оқариб кўринади, тузилиши буйича юмалоқ ва қаттиқ бўлади. Қон томирлари йўқ жойдан бўйламасига меъдага қараб кесим ўтказилади. Бунда шиллиқ қаватигача очилиб, кесим қискич ёрдамида кенгайтирилади. Кесимдан шиллик парда бўртиб чиқади. Шиллик парданинг бутунлиги текширилади ва меъда пилорик қисми қорин бўшлиғига жойланади. Операция жароҳати қаватма-қават тикилади.

Операциядан кейинги асоратлардан бири—бу шиллиқ парда жароҳатидир. Буни билиш учун операция вақтида меъда қўл билан босилиб, 12 бармоқ ичак томонга сурилади. Агар шиллик қават жароҳатланган бўлса, кесимнинг пастки бурчагида ҳаво пуфакчаси чиқади. Топилган тешик 1—2 та чок ёрдамида кўндалангига тикилиб, сероз-мускул билан ёпилади.

Операция муваффақиятли кечганда 4—6 соатдан кейин 5—10 мл она сути берилади. Хар 2 соатда сут микдори 10 мл га кўпайтириб борилади, 5-кунга келиб 70 мл га етказилади. Овқатлантириш орасидаги вақт 3 соатга етказилади ва онага эмизиш учун рухсат берилади. 9-10 кунга келиб операция чоклари олинади ва бола тўлиқ она сути билан овқатлантирилади.

Прогноз – яхши томонга ўзгаришлар билан, операциядан сўнг беморларни гипотрофияси, камқонлик ва гиповитаминоз даволанади.

Туғма пастки ичак тутилиши – ошқозон ичак трактида туғма тўсиқ бўлиши натижасида овқат (она кўкрак сути) махсулотларининг пассажи бузилиши ва ўтмай колишидир.

Туғма пастки ичак тутилишлари асосий клиник белгилари:

- туғилганидан ич ўтмаслиги;

- қориннинг дам бўлиши;

- қусиш, аввалига ошқозондаги массалар билан, кейинчалик ўт аралаш ва ниҳоят ичак махсулотлари билан қусиш; - ичаклар гиперперистальтикаси (ҳар доим ҳам кузатилавермайди). Юқоридаги белгилар юқори ичак тутилишини келтириб чиқарувчи омилга қараб, ўзига хос ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Туғма пастки ичак тутилишлари учун характерли рентгенологик белги – қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясида 3 ва ундан ортиқ суюқлик сатхи ва устида газ бўлиши (Клойбер косачалари) кузатилади.

Туғма пастки ичак тутилишини келтириб чиқарувчи касаллик ва синдромлар:

1. Ингичка ичак атрезияси.

2. Қорин бўшлиғининг ички чурралари.

3. Ичак найининг туғма иккиланиши.

4. Мекониал илеус.

5. Гиршспрунг касаллиги.

6. Долихосигма.

7. Аноректал соха ривожланиш нуқсонлари: тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси (*оқма ва оқмасиз шакли*).

Ингичка ичак атрезиялари - эмбрионал ривожланишнинг эрта даврларида ичак найи – бирламчи ичак қорин бўшлиғининг *a.mezenterika superior* соҳасида бирламчи тутқич билан боғланган, “найсимон” шаклда бўлиб, ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичини ўтайди. Бир вақтнинг ўзида ичак найида буралиш –“ротация”, ичаклар ва уларнинг тутқичлари ҳосил бўлиши - “формацио” шаклланиш, ва фиксацияланиши –фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш маъносида”, жараёнлари кета бошлайди. Ушбу жараёнларнинг биргаликда ёки алоҳидаланиб турли сабабларга кўра бузилиши натижасида ошқозон ичак трактида туғма нуқсонлар, аномалиялар юзага келиши мумкин. Шаклланиш жараёнининг бузишига - “**мальформация** синдроми” дейилади, ундан келиб чиқадиган синдром бу ичаклар атрезияси, мембранали атрезия ва ичаклар туғма стенозидир, уларнинг ҳар бирига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Ичаклар атрезиясида туғма пастки ичак тутилиш клиникаси кузатилади; Туғма пастки ичак тутилишлари асосий клиник белгилари:

- туғилганидан ич ўтмаслиги;

- қориннинг дам бўлиши;

- қусиш, олдинига ошқозондаги массалар билан, кейинчалик ўт аралаш ва ниҳоят ахлатли қусиш.

- ичаклар гиперперистальтикаси (ҳар доим ҳам кузатилавермайди).

Юқоридаги белгилар юқори ичак тутилишини келтириб чиқарувчи омилни жойига қараб, ўзига хос ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Туғма пастки ичак тутилишлари учун характерли рентгенологик белги – қорин бўшлиғи обзор

рентгенографиясида 3 ва ундан ортиқ суюқлик сатхи ва устида газ бўлиши (Клойбер косачалари) кузатилади.

ИЧКИ ЧУРРАЛАР – чурра дарвозаси ва халтаси қорин бўшлиғида бўлади. Чурра дарвозаси бўлиб ичак тутқичининг нуқсони (камчилиги) – туғма тешиқлар бўлиши натижасида у ерга қоринпарда ва ичак қовузлоклари кириб қолиши мумкин. Ушбу чурралар жуда хам кам учрайди ва ташхис қўйиш ммураккаб. Кўпинча улар ўткир ичак тутилиши ташхиси билан операцияга олинган беморларда операция вақтида аниқланади. Чурралар локализациясига қараб унинг классификацияси ишлаб чиқилган: ингичка ичак тутқичи; йўғон ичак тутқичи; Трейц боғлами; чарви усти; қовуқ усти; кўричак атрофи; чувалчангсимон ўсимта тутқичи; сигмасимон ичак атрофи; Винслойд тешиги; жигар юмалоқ бойлами; бачадон кенг бойлами; йўғон ичак атрофи ва ҳ.к. (18-расм). Умуман олганда қорин парда қаерда бўлса, унинг туғма нуқсони, яни тешиги бўлиши мумкин, ушбу тешиқдан қорин пардага ўралган ҳолда қорин бўшлиғи аъзолари кириб қолса улар чин”, қоринпардасиз кириб кетса “сохта” чурралар хам дейилади. Клиник белгилари узоқ вақт намоён бўлмаслига мумкин. Клиник симптоматика ривожланиши чурра махсулоти қисилганлиги ва ичак ўтказувчанлиги бузилиш даражасига боғлиқ. Беморлар анамнезида сабабсиз қоринда оғриқ, тирсак-тизза ҳолатида оғриқнинг пасайиши кузатилади. Беморларда кўпинча ўткир ичак тутилиши клиникаси намоён бўлади.

Давоси оператив бўлиб, лапаротомия қилиниб, чурра махсулотлари озод этилади ва чурра дарвозаси тикиб, бартараф этилади.

ИЧАК НАЙИНИНГ ТУҒМА ИККИЛАНИШЛАРИ ёки ичак найи аъзоларининг жуфтланиши деб, эмбрионал ривожланиш даврида ичак деворининг нотўғри шаклланиши натижасида иккиланган ковакли ичак пайдо бўлиши билан кечадиган туғма нуқсонга айтилади. Иккиланишнинг келиб чиқиши эмбрионал ҳаётнинг биринчи ойларига тўғри келади. Иккиланишнинг пайдо бўлиши ичак найчаси шиллиқ қаватининг шаклланиши ва реканализацияси-нинг бузилиши билан боғлиқ. Бу туғма нуқсон қуйидаги номлар билан аталади: овқат хазм қилиш найчасининг иккиланиши, дупликатура, энтерокиста, энтерокистома, гигант дивертикул ва бошқалар. Бу номларнинг кўплиги иккиланишнинг анатомик турлари кўплиги билан боғлиқ. У кичик кистасимон ҳосилдан то қизилўнғач, меъда, ўн икки бармоқ ичак ва бошқаларнинг тўлиқ иккиланишини ўз ичига олади. Ингичка ичакнинг иккиланиши энг кўп учрайди ва 60% ни ташкил қилади. Овқат хазм қилиш органларининг иккиланиши тасниф бўйича қуйидаги турларга бўлинади: кистоз, тубуляр ва дивертикуляр иккиланиш. Тубуляр дупликатураларнинг қорин бўшлиғи соҳасида, баъзан ундан ташқарида — қорин орти соҳаси ёки кўкрак қафасида жойлашган ҳоллари қайд этилган. Ичак найчасининг жуфтлашган қисми кўп ҳолларда ичакнинг тутқич томонида жойлашиб, умумий қон таъминотига эга ва кўпинча асосий ичак билан пухта туташган бўлади.

Гистологик текширувлар дупликатура ва асосий ичак найчаси тузилишининг ўхшашлигини кўрсатади. Баъзан шиллиқ қават дистопияси кузатилади (масалан, ингичка ичак кистасида меъда шиллиқ қавати топилади), бу эса ичакдан қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Клиникаси. Иккиланишнинг белгилари унинг жойланиши, шакли ва ўлчамларига боғлиқ. Кўпинча дупликатлар белгиларсиз кечади ва жаррохлик муолажаси давомида кутилмаганда топилади. Лекин баъзан -(асосан шиллиқ қават дистопиясида) дупликатуралар бехосдан ичакдан кучли қон кетиши билан намоён бўлиши мумкин. Иккиланишнинг кистоз тури (энтерокисталар) гоҳо жуда катталашиб, қисман ичак тутилиши ва ичак бўшлиғининг тўлиқ ёпилиши ёки ташқаридан сиқилишига олиб келади. Баъзан киста атрофида ичаклар буралиб қолади ва ўткир странгуляцион ичак тутилишининг клиник манзараси ривожланади. Хомиладорлик

пайтида энтерокиста атрофида ичаклар буралиб қолиши ичакларнинг иккиламчи атрезиясига олиб келиши мумкин. Кўкрак қафасига кирувчи дивертикулларда дисфагия ва ателектаз, бронхоэктаз ва нафас олишнинг бошқа бузилишлари кузатилади. Йўғон ичакнинг иккиланиши сурункали қабзят билан намоён бўлади. Ректал текширув пайтида беморларда оғриксиз, юмшоқ эластик консистенцияли ўсмасимон ҳосила пайпасланади.

Мекониал илеус деб – ёпишқоқ меконийнинг (ошқозон ости беши ферментатив етишмовчигилиги сабабли) ёнбош ичак терминал қисмида тикилиб қолиб, туғма пастки ичак тутилиши клиникасини намоён қилишига айтилади. Меконий – чақалоқнинг биринчи ахлати бўлиб, она қорнида қоғаноқ сувларининг ютиши, ошқозон ичак тракти шиллиқ қавати секретети, ошқозон ичак тракти реканализация жараёнида тўкиладиган эпителий, ўт суюқлиги ва ошқозон ости беши секретидан ҳосил бўлиб, чақалоқ туғилгач биринчи ичи ўтганда ташқарига чиқади. Ошқозон ости беши секретети етарли даражада бўлмагач, меконий консистенцияси ўзгаради ва ўта шилимшиқ, ёпишқоқ бўлиб, ёнбош ичак терминал қисмидан баугин қопқаси орқали йўғон ичакка ўта олмайди ва обтурацион-мекониал ичак тутилиши юзага келиб, туғма пастки ичак тутилиши клиникасини беради. Касаллик ошқозон ости беши кистофибрози ва экзокрин безларнинг фаолияти бузилиши натижасида келиб чиқади. Касаллик ирсий характерда бўлиб, аутосом-рецессив равишда авлоддан авлодга кўчади. Кистофиброз системали касаллик, организмдаги барча экзокрин безларни зарарлаши мумкин. Гетерозиготали ота-онадан 4:1 нисбатда ушбу касаллик намоён бўлиши мумкин. Ошқозон ости беши кистофибрози локал ва тарқалган шакллари мавжуд. Кистофиброз нафас йўллари, ошқозон ичак трактида тарқалган бўлиши мумкин. Нафас йўлларида учраса муковисцидоз клиникасини, ошқозон ичак трактида тарқалган бўлса, мекониал ичак тутилиши клиникасини беради.

Клиникаси. Мекониал илеус билан туғилган чақалоқлар ўз вақтида туғилишади, кўпинча гипотрофия кузатилади. Меконийнинг туриб қолиши 24-48 соатгача кузатилади. Беморларнинг қорни дамлаб, шишади, ичи келмайди, 2-кунидан қуса бошлайди. Қорин олд девори орқали кенгайган ичак қовузлоқларини кузатиш мумкин. Пальпацияда “хамирсимон” консистенцияли ҳосила қўлга илинади. Анал тешик ва тўғри ичак нисбатан тор бўлади. Ирригограммада микроколон аниқланади. Асоратланган вақтда қорни бирданига шишиб кетади, кўп қусиб, қорин олд девори пастки қисми қизариб, шишиши мумкин.

Диагностикасида асосан қорин бўшлиғи тасвирий рентгенограмма қилинади, кўп миқдорда суюқлик сатҳлари ва газ аниқланади.

Даволаш – консерватив муолажалар қилинади, тозаловчи клизма физиологик эритма, гипертоник эритма, ацетилцистеин ва гастрографин билан қилинади. Самараси бўлмаганда умумий оғриксизлантириш остида, лапоратомия ва ичак холатига қараб – томия, эктомия, анастамоз қўйиш мумкин. Илеоцекал соҳада ёнбош ичак терминал соҳасида “колбасасимон” кенгайиш кузатилади.

ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ - бу касаллик клиникасини даниялик педиатр Гарольд Гиршпрунг биринчи бўлиб 1887 йилда ёзган ва кейинчалик бу касалликни унинг номи билан аташган. У бу касалликнинг ҳақиқий табиатини аниқлай олмасда, беморнинг ташқи кўринишини, унда йўғон ичакнинг кенгайиб, деворларининг гипертрофияга учрашини тўла ёзиб, уни йўғон ичакнинг «туғма кенгайиши» деб атаган. Кейинчалик касалликни тасвирлаш учун «туғма мегаколон», «туғма идиопатик мегаколон» каби иборалар қўлланиб, шу кунгача аталиб келинмоқда. Гиршпрунг касаллиги болаларда кўп учраб туради ва адабиётлардаги статистик маълумотлар тез-тез ўзгариб туради. Наслдан-наслга ўтиш хавфи 3,5% ни ташкил қилади.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик аниқланганига кўп йил бўлишига карамай, биз Гиршпрунг касаллигини ҳозирги вақтда қуйидагича тасаввур қиламиз:

ичак торайган қисмида ҳаракат бўлмаслиги туфайли унинг устки қисми катталашиб, кенгайиб, ахлат тўпланишига олиб келади. Шундай қилиб, замонавий морфологик, гистохимик ва патофизиологик текширишлар жараёнида бу касалликни йўғон ичак охириги қисмининг етишмовчилиги туғма аганглиоз_деб аташ мумкин. Бу касаллик асосан интрамурал нерв туқималарининг туғма йўқлиги ва етишмовчилиги ёки аномал кўриниши натижасида нерв-рефлектор ёйида импульс ўтмаслигига олиб келиб, ичакнинг ўша соҳалари ишламаслигига ва мушак, шиллик парда ости ва шиллик қаватларининг иккиламчи ўзгаришига олиб келади.

Гиршпрунг касаллигида автоном нерв тугунлари (Мейснер, Аурбах ва Генли) йўғон ичакда деворида етишмовчилиги ёки бўлмаслиги сабабли нажас ичакнинг тор қисмида тўпланиб, ичакнинг юқори қисми кенгайиши ва ичак деворининг компенсатор қалинлашиш белгилари беморда турлича намоён бўлади ва ичак тутилишига олиб келади. Аганглионар зона 14—25% туғри ичакда, 77% туғри ва S-симон ичакда, 4-12% туғри ичакдан то талоқ бурчаги соҳасида учрайди.

Таснифи (А. И. Лёнюшкин, 1969 й.)

А. Анатомик турига қараб.

I. Ректал тури.

1. Тўғри ичак оралиқ қисмининг аганглиози (жуда қисқа сегмент)
2. Тўғри ичакнинг ампула ва ампула усти соҳаси аганглиози (қисқа сегмент)

II. Ректосигмоид тури.

1. Сигма ичак пастки қисмининг аганглиози.
2. Сигма ичакнинг кўп ёки ҳамма қисмининг аганглиози (узун сегмент)

III. Сегментар тури.

1. Битта сегмент тўғри ва сигмасимон ичак оралиғида ёки сигма ичакдаги аганглиоз.
2. Иккита сегмент ва улар орасида нормал ичак бўлиши

IV. Субтотал тури.

1. Йўғон ичак чап томонининг бутунлай аганглиози.
2. Йўғон ичакнинг чап ва қисман ўнг томонини аганглиози.

V. Тотал тури.

Йўғон ичакнинг бутунлай аганглиози

Б. Клиник даражасига қараб

I. Компенсация (1—2 даражаси)

II. Субкомпенсация (1—2 даражаси).

Клиникаси ва ташхиси. Гиршпрунг касаллигининг энг асосий ва биринчи клиник кўриниши ич қотиш, қабзятдир. Бу симптом чақалоқларда кўп ривожланган бўлади. Ич қотиш бу аганглионар зонанинг узунлигига, қандай овқатланишга ва ичакларнинг мосланиш компенсация хусусиятига боғлиқ. Қисқа аганглионар сегмент бўлса, мекония, кейинчалик ахлат ўтмаслик чақалоқларда 1—3 кунгача давом этади ва хукнадан кейин енгиллик билан ич келади. Агар аганглионар зона узун бўлса, ичак тутилиш кўринишлари чақалоқларда жуда чуқур ўтади. Бу касалликда чақалоқнинг эмизикли даврда ичи қотиши деярли кузатилмайди ёки қийинчиликсиз, консерватив дори-дармонларни қўллаш билан бу ҳолат маълум муддатда сезилмайди.

Чақалоққа қўшимча овқат ёки сунъий овқат берилганда ахлат қуюқлашиб, ичакнинг компенсатор ҳолати камаяди, бу эса ич қотиш аломатининг кучайишига олиб келади. Катта ёшдаги болаларда эса ич қотиш аломати ўзгариб туриб, у кунлик парваришга, пархезга ва консерватив даволаш усулларига боғлиқ бўлади. Баъзи ҳолатларда ич қотиш 3—7 кун давом этиши мумкин. Консерватив усуллар ҳамма вақт ҳам ичакнинг тўлиқ тузалишига ёрдам беравермайди. Кўпинча бу ҳолат ичакда ахлатнинг қаттиқлашишига ва кейинчалик «ахлат тош»ларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Баъзан катта ахлат тошлар кўкқисдан беморни текширилганда «қорин бўшлиғи

ўсмаси» деган нотўғри ташхис қўйишга сабаб бўлади ва натижада бу ҳолат обтурацион ичак тутилишига олиб келади.

Гиршпрунг касаллигининг асосий иккинчи клиник белгиси, бу метеоризм, яъни қориннинг дам бўлишидир. Бунда ахлат ва газларнинг сурункали тўхтаб қолиши натижасида йўғон ичакнинг юқори соҳаси катталашиб бу ташқаридан, қорин конфигурациясининг катталашишига олиб келади. Бу ҳолат бошқачасига «қурбақа қорин» деб аталади, яъни киндик қоринга қўшилиб кетиб, пастга қараб, осилиб туради. Катталашган йўғон ичакнинг қорин бўшлиғида у ёки бу томонга сурилиши қорин деворининг асимметрик кўринишига олиб келади. Пайпаслаганда шишган жойда ичак баъзан ахлат билан тўлган бўлса қаттикроқ (ўсимтага ўхшаб), баъзан хамирсимон, яъни бармоқ билан босганда қорин деворида из қолиш кузатилади. Пайпаслаш жараёни перисталтиканинг баъзан кучайишига олиб келади. Сурункали ахлат тўхташи ҳисобига, яхши парвариш қилинмаган беморларда иккинчи камқонлик, дисбактериоз касаллиги ва касалнинг ўсиб-ривожланишдан орқада қолиш аломатлари кузатилади. Баъзан ўта кечиктирилган ҳолатларда эса кўкрак қафасининг деформацияланишига ва бу беморнинг сурункали бронхит ва зотилжам касалликларига тез чалинишига олиб келади. Ич қотиш, кучли интоксикация ва ич тутилиши беморда қусиш аломатини пайдо қилади. Бу асосан эмизикли болаларда кўп кузатилади. Катта ёшдаги болалар ичак тутилганда ёки буралганда қайт қиладилар. Бунда қусиш, қорин оғриғи билан бир вақтда давом этиб, ич тутилиши ёки йўғон ичакнинг ёрилиши туфайли пайдо бўлган перитонит натижасида юзага келади. Кўпинча касалликнинг сурункали давом этиши дисбактериоз ва ичак деворининг яллиғланиши, ичак шиллиқ пардасида яра пайдо бўлишига, чақалоқ ва кичик ёшдаги болаларда ич кетишга (парадоксал) олиб келиб, кўпинча бемор ўлимига сабаб бўлади.

Сўнги йилларда Гиршпрунг касаллиги ўз клиник кўринишини ўзгартириб, енгилроқ, кечадиган бўлди. Аммо сурункали ич қотиш ҳолати, бу касалликнинг ҳозир ҳам энг асосий клиник белгисидир. Бу касаллик клиник ҳолатининг хар хил кечишини **енгил, ўрта оғир ва оғир** ёки **ўткир, ўртача ўткир ва сурункали** турларга бўлинган.

Гиршпрунг касаллигида симптомларнинг тез ўзгарувчанлиги ва турини эмас, балки бу симптомларнинг қай даражада оғир-енгиллигини даражалар билан белгилайдилар (А. И. Лёнюшкин, 1969). Клиник белгилар уч гуруҳга бўлинади.

1. **Эрта пайдо бўладиган белгилар:** ич қотиш, қориннинг дам бўлиши ва қориннинг катталашиш аломатлари (25-расм).

2. **Кеч пайдо бўладиган белгилар:** камқонлик, ўсишдан орқада қолиш, гипотрофия, кўкрак қафасининг деформацияси, тош-ахлат пайдо бўлиши.

3. **Асорат белгиси:** қусиш, қорин оғриғи, парадоксал ич кетиш.

Бу ҳолатлар касалларни операцияга тайёрлашда катта аҳамият касб этади. Клиник белгиларнинг кечиши (А. И. Лёнюшкин, 1968) уч даражага бўлинади, **компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация.**

1. **Компенсация даражаси.** Касалликнинг биринчи кунда чақалоқлар соғлом болалардан фарқ қилмайди. Баъзан ич келишнинг тутилиши, қориннинг дам бўлиши, қусиш билан беморнинг умумий ахволи ўзгармайди. Бу ахлат енгил клизмадан кейин ўтади ва кейинчалик бу ҳолат анча сезиларли давом эта бошлайди. Ич қотиш белгиси кўшимча ёки сунъий овқатлантиришдан кейин анча давом этиб, оғирроқ кечади. Ўта яхши парвариш ва ўз вақтида қилинган хўкналар бундай ҳолларда ич келишини мўтадиллаштиради.

2. **Субкомпенсация даражаси.** Бу компенсация ва декомпенсация стадияларининг оралик тури бўлиб, бунда клиник белгилар аниқ кўзга ташланади; касалликнинг умумий ҳолати аста-секин астойдил тусга киради ва сифонли хўкна қилишга тўғри

келади. Бундан ташқари, бу ҳолатларда иккиламчи белгилар касалликнинг қандай парваришига қараб у ёки бу томонга силжиб туриши мумкин.

3. Декомпенсация даражаси. Бунда клиник белгилар ўткир ва сурункали ҳолатларга бўлинади, ўткир декомпенсация ҳолати чақалоқ туғилгандан кейин дарҳол ичак тутилишининг *пастки формаси* тариқасида кўринади: мекония асосан бўлмайди, газ чиқмасдан қорин дам бўлади. Кучли консерватив даволаш, яъни сифонли хўкна бу хуружни пасайтириб, субкомпенсация ҳолатига олиб келиши мумкин.

Гиршпрунг касаллигининг клиник кўриниши кўп жихатдан аганглионар зонанинг узунлигига боғлиқ. Компенсатор стадияси касалликнинг — ректал турига, субкомпенсация ва декомпенсация даражалари, ректосигмоид, субтотал ва тотал турларига тўғри келади. Бундай пропорция доим тўғри келавермайди. Булар асосан касалга парвариш, пархез ва ичакларни тозалаш билан маълум кўринишда у ёки бу стадия ҳолатида намоён бўлади.

Таъхиси. Таъхис асосан, анамнез, бармоқ билан тўғри ичакни текшириш, рентгенологик, функционал ва гистокимёвий текширишлар асосида қўйилади. Анамнезда асосан ич қотиш вақти қачондан бошлаб пайдо бўлгани ва ҳ.к. тўғрисида сўралади. Бармоқ билан тўғри ичакни текширишда бу касалликка хос белги: тўғри ичак ампуласининг бўш бўлиши, ички сфинктер тонусининг ошганлиги аниқланиб, бунинг юқорилиги қай даражада аганглионар зона узунлиги билан боғлиқ бўлади.

Рентгендиагностикада бу касалликка хос белги ирригографияда торайган зона ва унинг устки қисмида (супрастенник) ичакнинг воронкасимон кенгайишидир. Бу ҳолатнинг аниқ кўриниши касалликнинг анатомик ва клиник турларига ҳам кўп жихатдан боғлиқ бўлади. Чақалоқларда бу клиник белгилар, аганглионар зонанинг жуда қиска турларида ирригофафия доим ҳам таъхис қўйиш учун тўлиқ маълумот бермайди. Шунинг учун бундай ҳолатларда функционал ва гистокимёвий текширишлар ўтказиш лозим. Функционал диагностикага қуйидагилар киради:

1. Тўғри ичак фаолиятини аниқлаш учун (тинч турганда ва сфинктерни қмсқартирган вақтда) профилометрия усули.
 2. Ички ва ташқи сфинктер электромиографиясини аниқлаш.
 3. Ички ва ташқи сфинктер аппаратининг мотор функциясини аниқлаш.
 4. Орқа чиқарув тешиги, тўғри ичак ва йўғон ичак рефлексометриясини аниқлаш.
- Бу текширишлар натижасида Гиршпрунг касаллигида тесқари ректоанал тормоз рефлекси ҳисобига, тўғри ичак босимининг ошиши, ички сфинктер аппаратининг қисқариш қайта амплитудаси ва тўғри ичак моторик ҳаракатининг аритмияси кузатилади.

Гистокимёвий диагностикада тўқимада АХЭ фаоллиги ва сукцинатдегидрогенеза сони ошганлиги аниқланади. Бунинг учун аганглионар зонанинг бир неча жойидан биопсияга тўқима олиниб текширилади. Гиршпрунг касаллигида АХЭ фаоллигининг 2—3 марта (парасимптоматик нерв толалар ва ичакнинг шиллик парда мушакларида) ошгани кўрилади.

Дифференциал таъхис. Бу касалликни мекония пробқаси ёки ичак тутилиши, йўғон ичак ёки орқа чиқарув тешиги стенози, дисбактериоз, мегаколон ва бошқа касалликлар билан қиёсланади.

Давоси. Гиршпрунг касаллиги фақат оператив йўл билан даволанади. Аммо бу масалани ечишда бир неча тактик муаммолар ҳозирги кунгача мунозара бўлиб турибди. Булар қуйидагича:

1. Тез ва радикал оператив даволаш.
2. Колостома қўйиб операция қилиш.
3. Консерватив даволаш.

Консерватив даволаш усуллари. Ич юришини яхшилайдиган пархез таомлар, гимнастика, ЛФК, тозаловчи ва сифонли хўқналар.

Оператив даволаш усуллари.

1. Поллиатив операция — колостомия.
2. Радикал операциялар моҳияти: гемиколонэктомия, қорин-оралиқ проктопластикаси. Проктопластика бажарилишига қараб қуйидаги операциялар ва уларнинг модификациялари бажарилади:

- *Свенсон - Исаков, Дюамел - Баиров, Соаве - Лёнюшкин ва Ребайн* қорин-оралиқ проктопластик операциялари.

Колостома Гиршпрунг касаллиги қуйидаги ҳолларда қўйиди:

- 1) декомпенсация босқичида (ўткир ичак тутилиши) агар консерватив тадбирлар ёрдам бермаса;
- 2) сифонли ҳўқна пайтида шокка ўхшаш реакция бўлганда,
- 3) радикал операцияда, агар анастомозга ишонч бўлмаса;
- 4) операциядан кейин, агар анастомоз очилиб кетиб, беморнинг аҳволи оғирлашганда;
- 5) кўп марта йўғон ичакда ва оралиқ соҳасида радикал ёки пластик операциялар қилинганда.

Аноректал (орқа чиқариш тешиги ва тўғри ичакка оид) туғма нуқсонлари кўпинча болалик ёшида учраб турадиган туғма касалликдир. Касалликнинг келиб чиқиши асосан ҳомиланинг дастлабки ойларида нормал эмбриогенезнинг бузилиши ҳисобига пайдо бўладиган мураккаб патологик ўзгаришлар натижасидир.

Таснифи. Ҳозирги вақтгача 50 дан ортиқ аноректал туғма нуқсонлар таснифи маълум бўлиб, буларнинг ичида амалий жарроҳлар ичида кўп қўлланиладигани А. И. Лёнюшкин таснифидир.

1. Атрезиялар

А. Клоака тури

1. Сийдик қопига тегишли
2. Дилокка (қинга) тегишли

Б. Атрезиянинг оқмали тури.

1. Ўғил болаларда: қовуқ, уретра ва оралиққа очилиши.
2. Қиз болаларда: бачадон, қин, қин дахлизига очилиши.
3. Қиз ва ўғил болаларда: оралиқ соҳасига (ёрғоқ ва ташқи жинсий аъзоларига) очилиши.

В. Атрезиянинг оқмасиз тури.

1. Орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак атрезияси.
2. Тўғри ичак атрезияси.
3. Орқа чиқарув тешиги атрезияси.

II. Туғма торайишлар.

1. Орқа чиқарув тешиги торайиши.
2. Тўғри ичакнинг торайиши.
3. Орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичакнинг торайиши.

III. Меърий орқа чиқарув тешиги бўлган ҳолда туғма оқмалар.

1. Қиз болалар жинсий органларига (қин, қин дахлизига)
2. ўғил болаларда сийдик чиқарув йўллари (қовуқ ва уретрага).
3. Қиз ва ўғил болаларда оқманинг оралиқ соҳасига очилиши.

IV. Орқа чиқарув тешиги эктопияси.

1. Оралиқ соҳасига (ўғил ва қиз болаларда).
2. Қинга яқин жойдаги эктопия.

V. Оралиқ соҳасининг туғма айрилиши.

Қуйида келтирилган тасниф асосан ҳамма туғма нуқсонларни ўз ичига олади.

Атрезиялар. Атрезиялар бутун аноректал нуқсонларнинг 70—85% ини ташкил қилиб, клиник белгилари атрезияларнинг турига боғлиқ.

Оқмасиз атрезия. Клиникаси ва ташхиси. Чақалоқ туғилганидан кейин дастлаб умумий ҳолати қоникарли бўлади. Кейинчалик 10—12 соатдан кейин чақалоқ безовталаниб, чинқира бошлайди, уйкуси бузилади. Сутканинг охирларига бориб ичак тутилиши белгилари юзага чиқа бошлайди: қорин шиша бошлайди, аввал меъда, кейинчалик ўт суюқлигини кусади, чақалоқ эммайди. Чақалоққа агар ёрдам кўрсатилмаса, эксикоз ва токсикоз белгилари кучая бориб, қусиш жараёнида аспирацион зотилжамга ёки ичак катталашиб ёрилиши натижасида иккиламчи перитонитга асоратланиб, у ўлиши мумкин.

Беморга ташхис қўйиш учун оралиқ соҳасини профилактик кўздан кечириб текшириш ва мекония чиқишига эътибор бериш керак. Бундай ҳолда атрезиялар биринчи кўришдан кўзга ташланади. Кейинчалик унинг тури, яъни орқа чиқарув тешиги соҳасидами, тўғри ичак соҳасидами ва унинг чуқурлиги, юқори ёки пастлиги (2—2,5 см гача) текширишлар натижасида аниқланади.

Орқа чиқарув тешигиини мембранали атрезияси. Бу атрезияларнинг энг энгил тури бўлиб, бунда орқа чиқарув тешиги соҳасида хирароқ мембрана борлиги, унинг сал деформацияланганлиги аниқланади. Бу мембранали атрезия чақалоқ кучанганда думбайиб мекония хира кўринади. Пайпаслаганда тери остида юмшоқ консистенцияли мекония аниқланади.

Давоси. хирургик йўли билан (қисқич) мембрана очилади, орқа чиқарув тешиги атрезияси кенгайтирилиб анус ҳосил қилинади. Анус атрезияси бу ҳам паст атрезия турига кириб, кўрганда чандикли жойи бўлиб, бир оз торайганроқ бўлади.

Клиникаси. Чақалоқ безовта бўлганда, йиғлаганда бўртмаса-да, пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, кучанганда мекония ва ичак босими сезилади. Шунга қарамасдан Вангестен усули бўйича анус соҳасига танга қўйиб рентген қилиниб, оралиқ масофа аниқланади.

Давоси. Оралиқ проктопластикаси қилиниб, ичак пастга туширилади ва анус ҳосил қилинади.

Тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси. Бу юқори форма атрезияларига кириб, бунда оралиқ соҳасининг яхши ривожланмаганлиги, кичик ҳажмдалиги ва дум суягининг ҳаттоки баъзан думғаза суягининг ҳам ўсмаганлиги қайд қилинади. Анус соҳасида тери силлиқ бўлиб кўринади. Вангестин усули бўйича рентген қилинганда аниқ юқори (2,5 см) атрезиянинг формаси аниқланади. Бундан ташқари аниқ ташхис қўйишда пункция, Пеллер — Ситковский синамаси қўлланади. Бунда бўш шприц нинаси анус соҳасига суқилиб, чамаси 2 см чуқурликда шприц орқали ҳаво сўрилади. Бунда газ ёки мекония бўлиши билан нина белги қилиниб тортиб олинади ва атрезия узунлиги аниқланади. А. И. Лёнюшкин синамаси бўйича шприцга контраст модда олиниб, нина анус соҳасига санчилади, газ ёки мекония пайдо бўлганида контраст модда юборилади ва рентген қилиниб, ичак контури ва атрезия тури аниқланади.

Давоси. Оператив йўл билан қорин-оралиқ проктопластикаси қилинади.

Қизларда жинсий аъзоларга очилган оралиқ атрезиялар. Қин орқадеворига, қинга кириш жойида, дилоқнинг учига ва бачадонга очилиши мумкин. Клиник белгилари оқманинг қай соҳага очилишига, унинг диаметрига ва чақалоқнинг умумий парваришига боғлиқ. Асосий белгилари, агар оқма қисқа ва кенг бўлса, дилоққа кириш жойидан мекония ёки газ чиқиши кузатилади. Кейинчалик чақалоқ сунъий овқатлантирилганда, ахлатнинг чиқиши қийинлашиб, баъзан ҳуқна қилишга тўғри келади.

Агар оқма қинга очилган бўлса, бунда доим мекония ёки ахлат тўғри ичакдан чиқиши ҳисобига, қинда ва сийдик йўлларида яллиғланиш аломатларини пайдо қилиши қорин бўшлиғига инфекция тушиб, яллиғланиш (перитонит) каби оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Бунда тез ахлат тўпланиши ва чақалоқни уйда парвариш қилиш

имконияти йўқлиги сабабли, ахлатли интоксикация тез ривожланиб, беморнинг умумий ахволи оғирлашади. Оқма тешиги кўрилади ва унинг жойига қараб (қизлик пардадан юқорида кинга тегишли, қизлик пардадан пастда қин дахлизига тегишли оқма) ташхис қўйилади. Агар ректостембуляр оқма бўлса, ташки жинсий органларда ўзгариш бўлмайди. Аксарият ректовагинал оқмада эса ташки аъзолар деформацияланиб, инфантилизм белгилари тарикасида кўринади.

Давоси. Ректостембуляр оқмани бартараф қилишда оралик проктопластика (Стоун, Бенсон ва Пеня) усуллари билан оқма бартараф қилиниб, ичак ўз жойига туширилади ва анус шакллантирилади.

Ўғил болаларда ичак оқмаларининг туғма сийдик чиқариш органларига (сийдик пуфаги ва сийдик чиқариш канали) очилиши кам учрайди, уларнинг асосий клиник белгилари сийиш вақтида сийдик билан бирга ҳаво ва ахлатнинг чиқишидир. Агар оқма сийдик пуфаги билан алоқадор бўлса, сийиш жараёнида сийдик доим ахлат билан аралашган ҳолда чиқади (баъзан охирида газ чиқиши мумкин). Оқма уретрага очилган бўлса, дастлаб ахлат аралашган сийдик пайдо бўлиб, кейинчалик тоза сийдик чиқади. Газ уретра орқали баъзан сийиш жараёни бўлмаганда ҳам чиқиши мумкин.

Ташхиси. Бу хил патологиялар кечими анча қийинрок бўлиб, кўпинча жуда ингичка оқма йўли баъзи бир ҳолатларда (ахлат тикилганда ёки шилликлар билан тўлганда) клиник белгисиз кечиши мумкин. Шунинг учун бундай нуқсонларни аниқлашда кўшимча текшириш усулларида фойдаланиш зарур. Чақалоқларни Вангенстин — Какович усули билан рентген қилганимизда газ ичак ва сийдик пуфаги соҳаларида аниқланади. Уретранинг оқмаси кенг бўлса, катетеризация қилганда катетер туғри ичакка оқма орқали тушади. Бундан ташқари, уретроцистография усулини қўллаш ташхис қўйишда катта ўрин тутади.

Давоси. Агар оқма сийдик пуфагига очилган бўлса, вақтинчалик сигмастома ёки радикал операция (корин-оралиқ проктопластикаси) қилиниб оқма бартараф қилинади ва ичак оралик соҳага туширилиб, орқа чиқарув тешиги ҳосил қилинади. Оқма агар уретрага очилган бўлса, бунда оралик проктопластика операцияси қилиниб, атрезия бартараф этилади, ичак оралик соҳага туширилиб, анус ҳосил қилинади

2. ЖИГАР, ЎТ ЙЎЛЛАРИ ВА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИНИ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ ВА АНОМАЛИЯЛАРИ.

Режа:

1. Туғма портал гипертензия сабаблари.
2. Болаларда дарвоза венасининг тромбози.
3. Бадд-Киари синдроми.
4. Фиброхолангиокистоз.
5. Биллиар атрезияни жигар ичи ва ташқи ҳамда мужассам турлари.
6. Умумий ўт йўли ва меъда ости безини кисталари.

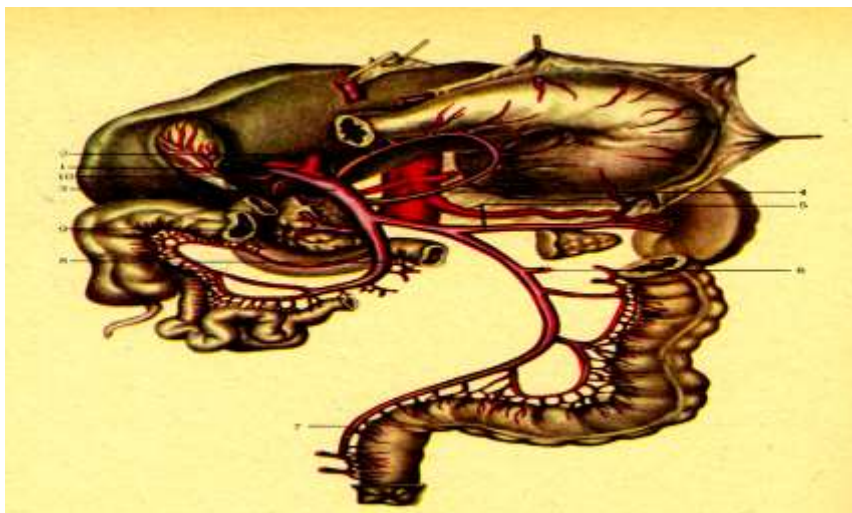
Туғма портал гипертензия синдроми: Замонавий тиббиётнинг долзарб масалаларидан бири портал гипертензия синдроми ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, сўнгги йилларда дунё мамлакатларида портал гипертензия билан асоратланган жигар циррози сонининг тобора ошиб бораётганлиги қайд қилинмоқда.

Портал гипертензиянинг хатарли асоратлари қаторига қизилўнгачдан профуз қон оқиши, асцит (истиско) ва ўткир жигар етишмовчилиги киради. Қизилўнгачдан қон оқишда ўлим 80—90% га, касаллик декомпенсациясида эса 100% га етади. Шундай қилиб, портал гипертензия муаммосини ўрганишнинг долзарблиги шак-шубҳасиздир.

Бу масалаларни фақат жаррохларгина эмас, балки бошқа ҳар қандай ихтисосликдаги мутахассислар ҳам билиши шарт.

«Портал гипертензия» термини клиник амалиётга 20-асрнинг 50-йилларида инглиз жарроҳи Мак Индое томонидан киритилган. Портал гипертензия синдроми замонавий нуқтаи назардан бутун организмнинг — қопка (дарвоза) қон айланиш ҳавзаси (1-расм), юрак қон томир системаси, нафас органлари, жигар, буйраклар ва бошқа органлар касаллигидир.

У портал системада турли касалликлар сабабли қон оқими қийинлашганда пайдо бўладиган клиник ўзгаришлар йиғиндиси (портал босим ортиши, спленомегалия билан гиперспленизм, қизилўнғач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиб улардан қон оқиши, қориннинг олд девори ва геморроидал веналарнинг кенгайиб кетиши, шунингдек истиско) билан таърифланади. Бу синдром болаларда туғма ва орттирилган жигар касалликлари асорати сифатида учрайди (М. М. Алиев, 1990).



1-расм. Портал гипертензияда порто-ковал коллатерал йўллар.

Портал гипертензиянинг таклиф этилган кўп сонли таснифлари орасида М. Д. Пациора (1984) таснифи амалиётда кенг қўлланади.

Портал гипертензия таснифи

1. Портал қон айланишининг жигар усти блокадаси

— юракдан бўладиган жигар циррози;

— Киари касаллиги (жигар веналари тромбози);

— **Бадди — Киари** синдроми (пастки ковак венанинг жигар веналари сатҳидаги тромбози, унинг жигар веналаридан юқоридаги стенози ёки облитерацияси, ўсмалардан, чандиқлардан босилиши)

2. Портал қон айланишининг жигар ичидаги блокадаси:

— турли формадаги жигар циррозлари (портал, постгепатит, билиар, аралаш);

— жигар ўсмалари (томир, паразитар, безсимон);

— жигар фибрози (портал, чандиқли, шикастлар ва маҳаллий яллиғланиш жараёнларидан кейин).

3. Портал қон айланишининг жигар ости блокадаси:

— дарвоза вена ёки тармоқларининг туғма стенози ёхуд атрезияси;

— дарвоза вена ёки тармоқларининг флебосклерози, облитерацияси, тромбози;

— дарвоза вена ёки тармоқларининг чандиқлар, ўсмалар, инфильтратлардан босилиши.

4. Портал қон айланиши блокадасининг аралаш тури:

— жигар циррози дарвоза вена тромбози билан бирга (бирламчи жигар циррози, дарвоза вена тромбози асорати);

— дарвоза вена тромбози жигар циррози билан (дарвоза вена тромбози асорати сифатидаги портал цирроз).

Портал гипертензиянинг жигар ичи тури. 70—80% ҳолларда портал гипертензия жигар циррози (ёки жигар фибрози) заминиди жигар ичи блокадасига боғлиқ бўлади.

Кўпчилик муаллифлар Гавана (1956) таснифи асос қилиб олинган қуйидаги таснифни афзал деб билишади.

Морфологик ўзгаришларга кўра:

А. Портал (септал).

Б. Постгепатит.

В. Билиар: жигардан ташқаридаги обструкция билан ва обструкциясиз.

Г. Аралаш.

Кечиши буйича: фаол, нофаол фаза.

А. Авж олиб борадиган (фаол, инфаол);

Б. Барқарор.

В. Регрессияли.

Касаллик боскичлари буйича:

А. Бошлангач.

Б. Шаклланиб бўлган цирроз;

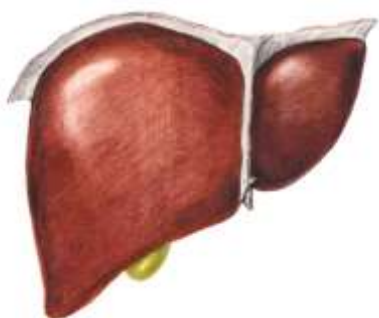
В. Атрофик (ўтиб кетган) цирроз. Жигар функционал ҳолати буйича:

А. Енгил (компенсация).

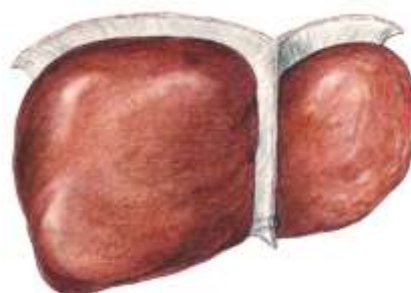
Б. Ўртача оғир (субкомпенсация).

В. Оғир даражали (декомпенсация).

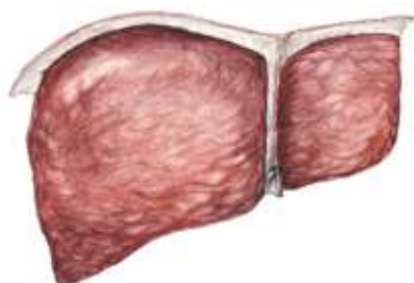
Портал гипертензияда жигар кўриниши:



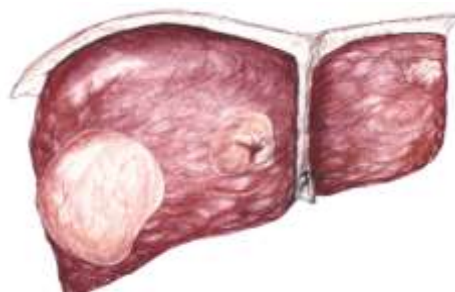
2-расм. соғлом жигар кўриниши.



3-расм. фиброзга учраган жигар кўриниши.



4-расм. циррозга учраган жигар кўриниши.



5-расм. жигар ўсмаси кўриниши.

Портал гипертензиянинг жигардан ташқари тури. Полиэтиологик касаллик, унинг асосида портал система ривожланишининг туғма нуқсонлари, тромбози ёки флебосклерози, томирларнинг бошидан-охиригача турли сатҳлардан ўтказувчанлигининг бузилиши ётади. Ёш болаларда учрайдиган портал гипертензия сабабларидан 80%ини ривожланишдаги туғма нуқсонлар ташкил этади.

Тўсиқдан пастда жойлашган томирларда қон босимининг ортиб бориши, жигар ичидаги томирларда эса нормал босим бўлиши жигар ости портал гипертензиясига

хосдир. Бундай ҳолларда, касалликнинг бошланғич давридаёқ коллатерал томирлар кенг ривож топиб, асосан меъда ва қизилўнғач томирлари орқали портокавал шунтланиш кузатилади. Шу билан бир вақтда порто-портал шунтлар ҳам очилиб, жигарни қисман бўлсада портал қон билан таъминлаб туради. Шунтлар кенгайган сари каверноз конгломератлар ҳосил бўлади ва ҳолат дарвоза венасининг «ангиоматоз трансформацияси» деб аталади. Бу турдаги беморларнинг 85%и қизилўнғач варикоз веналаридан катта қон йўқотиши мумкин.

Клиникаси. Портал гипертензиянинг клиник манзараси турли-туман ва кўп жихатдан бирламчи касаллик ҳамда жигардаги жараёнга қўшилган блокадага боглиқ. Болаларда аксарият жигардан ташқари портал гипертензия кузатилади. Сурункали фаол гепатитнинг клиник кўринишида кўпроқ неврологик ва диспептик ўзгаришлар кўзга ташланади. Бунга секин-аста дармонсизлик, тез ҳолсизланиш, инжиклик, уйқунинг бузилиши ва метеоризм кўшилади. Сурункали гепатит циррозга ўта боргач тери куруклиги, майда томирлардан ҳосил бўлган «юддузча»лар, кафтнинг қизариши, бармоқларининг «ноғора таёқчаси» каби ўзгариши каби белгилар пайдо бўлади. Жигар циррознинг доимий симптомларидан бири гепатоспленомегалия бўлиб, бу ҳолат деярли 90—95% беморларда кузатилади. Жигар четлари думалоқлашиб, қаттиқлашади ва юзасида ғадир-будир бўртмачалар пайпасланади. Кейинчалик қорин девори тери ости томирлари кенгайиб, асцит ва шишлар пайдо бўлади. Жигар ости портал гипертензияси бўлган ҳолларда фақат 2—3 ёшгача бўлган болалардагина гепатомегалия кузатилиши мумкин. Асцит цирроздагига нисбатан кам учраб, одатда мўл қон йўқотишдан кейин пайдо бўлиши мумкин. Анемия ва гипопропротеинемия йўқотилиши билан асцит ҳам сўрилиб кетади.

Ташхиси. Портал гипертензияли беморларда ўтказиладиган ташхислаш тадбирлари 3 босқичга бўлинади:

I босқич — умумий клиник текширишлар босқичи, касаллик анамнезини йиғиш, беморни кўздан кечириш, жигар ва талоқ ўлчамларини пальпатор ҳамда перкутор аниқлаш, қорин айланасини текшириш.

II босқич — ихтисослашган, стационар босқич, лаборатория тахлили (лейкопения, камқонлик, тромбоцитопения аниқланади), биокимёвий текширувлар (гиподиспротеинамия, гипербилирубинемия, ферментлар фаоллигининг ошиши ва б.), ЭКГ, радиоизотоп сканирлаш, жигар, талоқ, қопка вена эхографияси, қизилўнғач, меъда рентгенографияси ва гастрофиброскопияси, жигар пункцион биопсияси, ректороманоскопия, лапароскопия, спленопортография, спленомонометрия билан компьютер томографияси ва х.к.

III босқич — текширишнинг операция ичи босқичи: қорин бўшлиғи органларини тафтиш қилиш, жигарни пайпаслаш, шошилишч биопсия қилиш, портография ва портомонометрия ўтказиш.

Портал гипертензия ташхисини қўйишда жигардаги қон томирларнинг эхографияда камлиги, қопка вена диаметри, талоқ ўлчамларининг катталашгани, эзофагогастрофиброскопияда қизилўнғач ва меъданинг кардиал қисмида веналар варикоз кенгайиши борлиги, эзофагит белгилари аниқланиши, спленомонометрияда портал босимининг 1,86 дан 3,72 кПа қадар баланд бўлиши, спленопортографияда «буталган дарахт» ҳамда портал венанинг букилиб қолганлигини аниқлаш катта аҳамият касб этади.

Болаларда портал гипертензияда жигар функцияси фаолиятини баҳолашда А.Ф.Блюгер (1978) усулидан фойдаланилади ва 3 босқичи фаркланади: **Компенсация** — зўриқтирувчи синамалардан кейин ўзгаришлар аниқланиши; **Субкомпенсация** — холсизлик, диспепсия, ориқлаш, енгил сариқлик, шиш, гиповитаминоз, эндокрин ўзгаришлар;

- Умумий билирубин - 85.5мкмоль/л ;

- АЛТ ва АСТ 200 шартли бирликкача (ед...);
- Тимол синамаси - 40 шартли бирликкача (ед...);
- Альбуминлар 40% гача камайган;
- Сулема синамаси 50% гача камайган;

Декомпенсация – холдан қолиш, диспепсия, ориқлаб кетиш, интенсив сариқлиги, шишлар, асцит, геморрагик диатезлар, субфебрил харорат;

- Умумий билирубин - 85.5мкмоль/л дан кўп;
- АЛТ ва АСТ 200 (ед.)шартли бирликдан кўп;
- Тимол синамаси - 40 (ед.)шартли бирликдан кўп;
- Альбуминлар 40% дан камайган;
- Сулема синамаси 50% дан камайган;
- Қон ивиш факторлари (II+V+VII) 200% дан кам;

Давоси. Сурункали гепатит ва жигар циррозининг фармакотерапияси етарлича яхши ишлаб чиқилган бўлиб, тегишли қўлланмаларда батафсил ёритилган. Бундай беморларни жаррохлик йўли билан даволаш эса ханузгача мураккаб ва долзарб ҳисобланади.

М. Д. Пациора (1984) портал гипертензияда қўлланадиган барча жаррохлик муолажаларини 5 гуруҳга бўлади:

1. Асцит суюқлигини қорин бўшлиғидан чиқаришга қаратилган операциялар (сон тери ости венаси билан анастомоз, перитонеовеноз шунт ва б.)
2. Портал системадан суюқлик оқиб кетадиган янги йўл яратишга қаратилган операциялар (оментопексия — оменто — гепатодиафрагмапексия — Тальм операцияси, портокавал анастомозлар).
3. Портал системага қон оқиб келишини камайтиришга қаратилган операциялар (спленэктомия, талоқ стволи артерияларини боғлаш, артерияларни рентгеноэндоваскуляр усулда окклюзия қилиш).
4. Меъда ва қизилўнғач веналарининг портал система веналари билан алоқасини тўхтатишга қаратилган операциялар (меъданинг проксимал бўлими ва қизилўнғачнинг учдан бир пастки қисми резекцияси, Таннер операцияси, меъда ва қизилўнғач веналарини боғлаш ва б.).
5. Жигар регенерациясини ва жигар ичидаги артериал қон айланишини кучайтиришга қаратилган операциялар (жигарни қисман резекция қилиш, жигар юзасини электродиаатермокоагуляция қилиш, жигар артерияси невротомияси, артериопортал анастомозлар (9-расм). Сўнгги пайтларда олиб борилаётган изланишлар портал гипертензия ҳолларида спленэктомия муолажасини асосиз эканлигини кўрсатмоқда. Бу борада талоқни сақлаб қолувчи хирургик муолажалар (талоқни қисман резекция қилиш, талоқ артериясини боғлаш ёки эндоваскуляр окклюзия қилиш, қон томир анастомозларини қўйишда талоқни сақлаб қолиш — ёнбош спленоренал анастомоз) катта аҳамиятга эга. Айниқса талоқни сақлаган ҳолда дистал спленоренал анастомоз қўйиш, портал босимни камайтириб, жигарнинг артериал қон билан таъминланишини яхшилайти. Шунинг учун ҳам Олмония ва Испания хирурглари бу муолажани - циррознинг олдини олиш мақсадида сурункали гепатитларда ҳам қўллашни тавсия этишади. Цирроз ривожланган беморларда тўғридан-тўғри портокавал ва мезентериокавал анастамоз қўллаш, депортализациянинг кучайишига ва бу ўз навбатида жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳамда энцефалопатияга олиб бориши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Жигар ости блокадасини даволашда спленоренал ва кавамезентериал анастомозлар қўйиш ягона ва радикал усул ҳисобланади (10-расм, а,б). Сўнгги йилларда, ички буйинтуруқ венадан олинган аутоотрансплантант ёрдамида «Н»-симон мезентерикокавал анастомоз қўйиш болаларда яхши натижа бермоқда. Қон томир анастомозлар қўйиш мумкин бўлмаган ҳолларда (кичик диаметр, флебосклероз — фле-

бит ва б.) портал системани гастроэзофагеал тармоқнинг «қонайдиган» нозик жойларидан турли сатҳда ажратиш операцияларини амалга ошириш лозим.

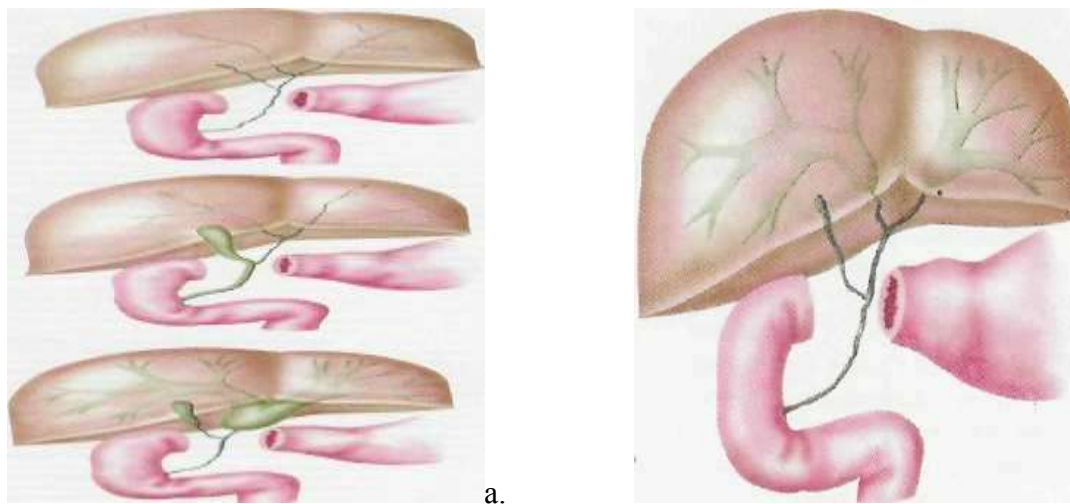
Портал гипертензиянинг хатарли асоратлари

- қизилўнгачдан профуз қон оқиши
- асцит (истиско)
- ўткир жигар етишмовчилиги киради.
- Қизилўнгачдан қон оқишда ўлим 80—90% га,
- касаллик декомпенсациясида эса 100% га етади.

Фиброхолангиокистоз - Ўт йўллари тўқималарининг репаратив жарёни бузилиши натижасида ўт йўлларининг фиброз тўқималар билан қопланиши, кистоз хосилалар хосил бўлиши билан характерланади. Касаллик ирсий, аутосом-рецессив бўлиб, авлоддан авлодга ўтади. Ўт йўлларидаги ўзгаришлар шиллиқ ва ёпишқоқ ўт суюқлиги хосил бўлиши, ўт йўллари обструкцияси, холангиопатияга, жигар фиброзига, жигар ичи портал гипертензиясига олиб келади. Касалликнинг эрта даврида сариклик синдроми устувор бўлиб, кейинчалик жигар ичи портал гипертензия клиник белгиларини намоён қилади. Давоси: эрта даврда симптоматик, кейинчалик эса портал гипертензияни даволашдаги тактика қўлланилади.

Билиар (ўт йўллари) атрезиялари - чақалоқларда сариклик синдроми билан намоён бўладиган ўт йўлларининг обструкциясидир. Этиологияси тўлиқ аниқланмаган бўлсада, лекин ўт йўлларининг турлича узунликдаги обструкция бўлиши таъкидланади. Ўт йўллари атрезияларини келиб чиқишига хар хил генезли вирусли гепатитлар муҳим ўрин тутиб, ўт йўлларини шаклланишига таъсир қилади. Ҳақиқий атрезия – яъни ўт йўллари шаклланиши туғма бузилиши жуда кам учрайди. Чақалоқларда механик сариклик билан кечадиган кўпгина касалликларни “чақалоқлар холангиопатияси” дейишади. Ушбу касалликлар патогенезида ҳомила ривожланиш даврида, онасининг қорнида яллиғланиш жараёни кечганлиги билан изоҳлашади. Яллиғланиш кўпинча вирусли этиологияли бўлади. Гепатоцитлар таъсирланиши – яллиғланиши, ўт йўллари эндотелийси ҳомила ривожланиши даврида таъсирланиши ўт йўлларининг кейинчалик гипоплазиясига, стенозига ёки тўлиқ бекилишига олиб келади. Ўт йўллари тўлиқ бекилиши ёки қисман бекилиши кузатилади. Ўт йўлларининг жигар ичида, жигардан ташқарида ёки тотал атрезияси фарқланади (11-а;б расмлар).

Клиника. Чақалоқ ҳаётининг 3-4 кунидан пайдо бўлувчи ва прогрессив равишда ўсувчи сариклик синдроми билан намоён бўлади. Сариклик интенсив даво чораларига қарамасдан кучайиб, яшил-қўнғир тусга кира бошлайди. Ахлати туғилганидан рангсиз, сийдиги тўқ “пиво” рангли. 4-5 ҳафталикка бориб қорни ва жигари катталашади, сўнгра талоқ катталашини кузатилади. 5-6 ойларда бориб қорин олд девори тери ости веналари кенгайиши кузатилади. Асцит пайдо бўлади, геморрагик ҳолатлар юзага келади, билиар цирроз ривожланиб, беморлар 1 ёшга етмасидан вафот этадилар.



11-расм. Ўт йўллارининг тотал(а-юқоридаги), жигар ичида (а-ўртадаги), жигардан ташқарида (а-пастдаги, б) атрезиялари.

Қиёсий ташхис - асосан чақалоқларда сариклик синдроми билан намоён бўладиган касаллик ва синдромлар билан қилинади. Давомли физиологик сариклик синдроми, гемолитик сариклик, цитомегаловирусли инфекцияда жигар жарохатланиши, токсоплазмоз, туғма сифилис, номаълум сабабли туғма гепатит билан, ўт йўлларининг шиллиқли ва ўтли тикинлар билан бекилиб қолиши ҳолларидан фарқлаш талаб этилади.

Давомли физиологик сариклик синдромида чақалоқларда ахлат ранги интенсив равишда қуюқ савриқ холда бўлиб, сийдик тўқ – сарик рангли бўлади. Қонда билирубин концентрацияси бироз кўтарилган, асосан эркин-боғланмаган фракция ҳисобидан, ўт йўллари атрезиясида эса қонда боғланган-тўғри фракцияси кўп бўлади. Ундан ташқари, давомли физиологик сариклик синдромида сариклик аста-секинлик билан камайиб боради, ўт йўллари атрезиясида эса сариклик интенсив ўсиб боради.

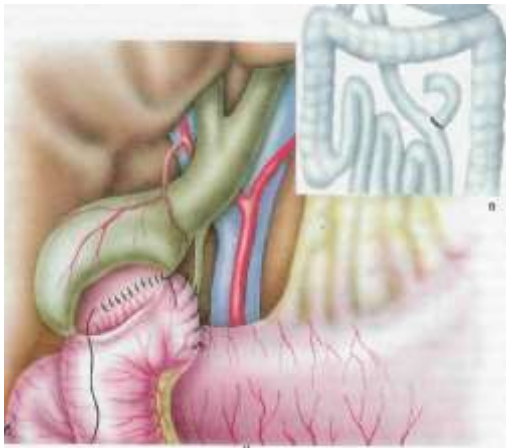
Гемолитик сарикликда худди физиологик сарикликда кузатилганидек қонда билирубин концентрацияси бироз кўтарилган, асосан эркин-боғланмаган фракция ҳисобидан бўлиб, резус конфликт ёки АВО тизимли конфликт борлиги аниқланади. Баъзида интенсив сариклик намоён бўлиб, қон алмашлаб қуйилмаганда ядроли сариклик юзага келиши мумкин.

Цитомегаловирусли инфекцияда жигар жарохатланиши, токсоплазмоз, туғма сифилис, номаълум сабабли туғма гепатит билан қиёсий ташхислашда серологик текширишлар муҳим ўрин тутди.

Ўт йўлларининг шиллиқли ва ўтли тикинлар билан бекилиб қолиши ҳолларидан ўт йўлларининг атрезиясини фарқлаш қийинчилик туғдиради, чунки ушбу ҳолатларнинг клиник белгилари деярли бир бўлиб, ўт йўллари атрезиясидагидек қонда билирубин боғланган-тўғри фракцияси кўп бўлади. Қиёсий ташхислаш учун магний сульфатнинг 25% эритмасидан 5мл дан 3 маҳал ичиш ёки 12 бармоқли ичакка туширилган зонд орқали 2-3 кун юбориш тавсия этилади. Ўт йўлларининг магний сульфат эритмаси таъсирида қисқариши ўт ёки шиллиқли тикинларни чиқишига ва беморнинг аҳволи яхшиланишига олиб келади.

Ўт йўллари атрезияларининг операциядан олдин шаклини аниқлаш жуда мураккаб бўлиб, УТТ, рентгенологик валапороскопик текшириш, биопсия ўтказишни талаб этади.

Даволаш. Ўт йўллари атрезияларини даволаш фақат операция йўли билан бўлиб, оператив давони чақалоқ 1,5-2 ойлик бўлгунча бажариш керак. Ташқи ўт йўллари атрезияларининг умумий ўт ёки жигар йўлларидаги атрезияларида Ру усулида гепатико-, ёки холехоеюноанастамоз бажарилади (12-а;б расмлар).

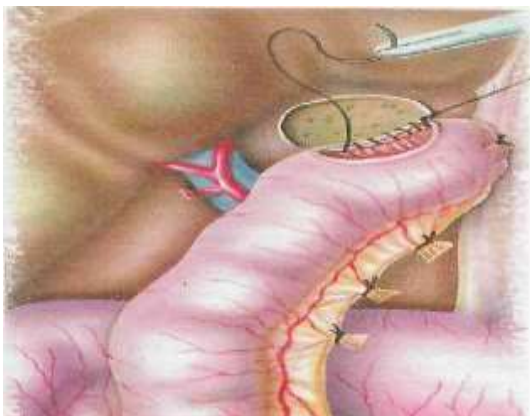


а.



б.

12-расм. Ташқи ўт йўллари атрезияларида ўт қопи ёки жигар йўлларидаги атрезияларида Ру усулида холецисто-,(а), гепатико-, ёки холехоеюноанастомоз (б)



а.



б.

13-расм а; б. Ўт йўларининг тўлиқ гипоплазияси ёки атрезиясида дарвоза соха фиброз пластинкаси шилиниб, Касаи усулида портоэнтеростомия куйиш.

Ўт йўларининг тўлиқ гипоплазияси ёки атрезиясида дарвоза соха фиброз пластинкаси шилиниб, Касаи усулида портоэнтеростомия куйилади (13-расм). **Прогноз.** Касалликни ўзи ва давоси жуда жиддий ҳисобланиб, гепатит ва циррозни давом этиши бемор ҳаётига доимо хавф солиб туради. Ошқозон ости бези туғма касалликлари, халқасимон без, кистофиброз.

Ўт йўллари туғма кисталари – жойлашувига қараб жигардан ташқарида, жигар ичида ва аралаш бўлиши мумкин (10-11 расм). Ўт йўларининг туғма кисталари бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи кисталар ўт йўларининг девори юққалашуви ёки мушак қаватининг бўлмаслиги ва унинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллаши билан характерланади.

ошқозон ости бези туғма касалликлари - халқасимон *pancreas*, кистофиброз - “халқасимон” (*annular pancreas*) ошқозон ости бези ошқозон-ичак тракти аномаллияларининг 3% гача ташкил этади. Ушбу ривожланиш нуқсони эмбрионал ривожланишнинг 4-6 ҳафталарида ушбу аъзонинг вентрал ва дорзал қисмларининг яхши бирикмай қолиши натижасида юзага келади. “Халқасимон” (*annular pancreas*) ошқозон ости безининг бир неча анатомик турини фарқлаш мумкин. Уларнинг асосий моҳияти – ўн икки бармоқли ичак пастга ўрмаловчи қисмини ўраб, унинг ўтказувчанлигини бутунлай ёки қисман бузади.

Клиник жihatдан ушбу ҳолат туғма дуоденал (*юқори ичак тутилиши клиникасига қаралсин*) ичак тутилиши клиник белгиларини намаён этиши билан, ёки катта ёшдаги болалаларда қисман, сурункали ичак тутилиши, дуоденостаз белгиларини

намоён қилиш билан кечади. Юқори ичак тутилиши чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларидан намоён бўлса, сурункали дуоденал ичак тутилишини гумон қилиш мураккаб, қисман рецидивланувчи ичак тутилиш белгилари намоён бўлганда, эндоскопик текшириш йўли билан асослаш мумкин, бунда дуодениум торайган қисми борлиги, унда қизариш белигилари бўлиши кузатилади.

Даволаш оператив дуоденоеюно-, дуоденогастро-, дуоденодуодено- анастамоз қўйиш, сиқувчи халқани кенгайтириш операциялари тавсия этилади. Ошқозон ости беги кистозифбрози *pancreas* туғма касалликларидан бири ҳисобланади, бунда шиллик ишловчи чиқарув йўллари туғма берк бўлиши ёки кситоз кенгайиб кетиши натижасида *pancreas* секретор фаолияти тўлиқ ёки қисман бузилади. Натижада ошқозон-ичак трактига ошқозон ости беги шираси тўлиқ етказиб берилмайди. Чақалоқларда ушбу ҳолат меконий ҳосил бўлишига таъсир қилади меконийнинг ёнбош ичак терминал қисмига тикилиб қолиши кузатилади ва туғма пастки (обтурацион) ичак тутилиши клиникаси юзага келади, адабиётларда “мекониал илеус” номи билан берилган.

3 - М А В 3 У: БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ РИВОЖЛАНИШИ, ҚОРИНПАРДА ВАГИНАЛ ЎСИҒИ ВА ТУХУМЧАЛАР РИВОЖЛАНИШИ НОРАСОЛИКЛАРИ ВА НУҚСОНЛАРИ.

РЕЖА:

1. Юқори сийдик чиқариш йўлларининг туғма нуқсонлари.
2. Болаларда гидронефроз.
3. Супра – ва инфравезикал обструкция.
4. Қовуқ экстрофияси.
5. Эмбрионал чурра.
6. Туғма чов чурралари, мойк ва уруғ тизими парда истисқоси.
7. Тухумчалар ривожланиши норасоликлари ва нуқсонлари.

Юқори сийдик чиқариш йўлларининг туғма нуқсонлари - болаларда учрайдиган туғма нуқсонлар орасида нисбатан кўп учрайди. Статистика маълумотларига қараганда касаллик умумий аномалиялар орасида 37,0% ни ташкил қилади (Н. А. Лопаткин, А. В. Люлько, 1988). Уларнинг келиб чиқишида сийдик чиқариш йўллари системаси эмбриогенезининг хаддан ташқари мураккаблиги асосий роль уйнайди. Маълумки, буйрак ривожланиш вақтида онтофилогенетик нуқтаи назардан уч даврдан ўтади: пронефроз—бошланғич босқич, яъни буйрак пайдо бўлишидан олдинги давр; мезонефроз— бирламчи буйрак даври; метанефроз— шаклланиш даври. Турли экзо- ва эндоген салбий омиллар таъсирида ўз меъёрида кечиши мумкин бўлган эмбриогенез бузилиши туфайли сийдик чиқариш йўллари тизимида туғма нуқсонлар кузатилиши мумкин.

Эмбриология. Эмбрионал ривожланиш даврида буйраклар уч босқичли ривожланиш жараёнини ўтайди: пронефрос (А), мезонефрос (Б) (бирламчи буйрак) ва метанефрос (доимий буйрак -В) (1-расм).

Буйраклар ривожланиши бир-бир томон интилувчи-бирқувчи иккита эмбрионал тўқима дўмбоқларидан ҳосил бўлади. Буйракларнинг экскретор қисми – сийдик йўллари, косачалар, жомча, йиғувчи тўғри каналча-калавачалар – мезонефрос ирмоғидан (Вольфов ирмоғи) ҳосил бўлади. Буйракларнинг секретор қисми – калавачалар, эгри-бугри калавачалар метанефроген-доимий буйрак тўқималаридан ҳосил бўлади.

Доимий-сўнги буйраклар жуфт аъзо ҳисобланиб, promontorium жойлашган бўлиб, кейинги ривожланиш жараёнида чанок соҳасидан краниал йўналишда ўрмалаб, кўкрак-бел соҳасини эгаллайди, секретор ва экскретор қисмларнинг бирлашуви кузатилиб, “пирадимасимон” тузилиш касб этади. Эмбрионал ривожланишнинг бузилиши натижасида турли шаклдаги ривожланиш - аплазия, агенезия, дистопия, бирлашув аномалиялари кузатилади. Эмбрионал ривожланишнинг 4-ҳафтасида нефроген дўмбокнинг пастки қисми дағаллашиб, 2-3 думғаза соҳасида метанефрос ҳосил бўлади. 5-ҳафталарга келиб мезонефрал ирмоқнинг клоака билан бирлашган жойида бирламчи сийдик йўллари ривожлана бошлайди. Ушбу ҳосилалар краниал йўналишда метанефрос томонга ҳаракатланиб, умуртқа поғонасининг XII-кўкрак ва IV бел соҳасига етиб боради ва буйрак усти безлари билан бирлашади (2-расм). Буйракларнинг краниал йўналишдаги миграция вақтида у ёнбош, думғаза ва аорта томирлардан қон билан таъминланади, буйраклар айланиши-ротацияланади ва буйрак дарвазаси медиал йўналиш касб этади.

ГИДРОНЕФРОЗ - Пиелоуретерал сегментда туғма тўсиқ бўлишидан уродинамика бузилиб, буйрак жоми ва косачалари прогрессив кенгайиши ва буйрак функциясининг сусайиб бориши билан кечадиган туғма касалликдир. Агар касаллик вақтида даволанмаса, буйрак паренхимасининг иккиламчи атрофияга учраши муқаррар. Гидронефроз болалар орасида кўп тарқалган. У янги туғилган чақалоқларда ҳам, катта ёшдаги болаларда ҳам учрайди. Унинг бу сифати пиелоуретерал сегментдаги тўсиқнинг ривожланиш даражасига боғлиқ бўлади.

Гидронефрознинг асосий сабаблари қўйидагилардан иборат (*15-расмда кетма-кет берилган*):

- 1) пиелоуретерал сегментда стеноз бўлиши;
- 2) пиелоуретерал сегментнинг аберрант томир билан ташқаридан босилиши;
- 3) сийдик йўлининг буйрак жомининг юқори қисмида буралиб қолиши;
- 4) сийдик йўлининг буйрак жомининг юқори қисмидан бошланиши, буралиб қолиши;
- 5) пиелоуретерал сегментнинг эмбрионал тортмоқ билан ташқаридан босилиб қолиши;
- 6) пиелоуретерал сегментда клапан бўлиши;

Одатда, сийдик йўли буйрак жомининг юқори қисмида бошланган патологиясини экскретор урография ёрдамида аниқласа бўлади. Бошқа турдагиларни эса операция пайтида билиш мумкин. В. С. Карпенко томонидан тавсия қилинган (1980) гидронефрознинг таснифига асосланиб, унинг клиник кечиши 4 босқичга бўлинади.

1. *Бошланғич босқичи.* Буйрак жоми ва косачаларида гиперкинезия ҳолати кузатилиб, унинг фаолияти ҳали бузилмаган бўлади. Буйрак соҳасида сим-сим оғриқ бўлиб, гохи-гохида у кучайиши мумкин. Экскретор урографияда контраст модда буйракда 3—5 дақиқада пайдо бўлади. Косачалар уч қанотли баргга ўхшайди, жом катталашган. Буйрак калавачаларида фильтрация функцияси ҳамда буйракдан қон ўтиш жараёни бироз сустлашган. Бироқ, шуни таъкидлаш лозимки, боланинг ёши қанча кичик бўлса, буйрак жомининг буйрак ичида жойлашган ҳоллари ҳам шунчалик кўп учрайди. Демак, катталардан фарқли ўларок, болаларда гидронефрознинг биринчи босқичида буйрак жоми эмас, балки унинг косачалари кенгайди. Уч ёшгача бўлган болалар қаерида оғриқ бўлаётганини айта олмайдилар. Кўпинча эса буйрак ичидаги босим мунтазам равишда ошиб турганлиги учун, буйрак шу ҳолатга адаптацияланади, яъни мослашади. Бунда оғриқ, бўлмайди. Шунинг учун ёш болаларда оғриқ белгиси катта аҳамиятга эга эмас.

2. *Ривожланган босқич.* Жом ва косачалар сегментида гиперкинезия кузатилади ва буйрак соҳасида вақти-вақти билан оғриқ кучаяди. Буйракнинг чайқатиш белгиси чақирилиши мумкин. Экскретор урографияда контраст модда буйракда 25—30

дақиқаларда пайдо бўлади. Косачалар катталашган, бир-бири билан қўшилган. Уларнинг баргга ўхшашлиги умуман йўқолган. Буйрак жоми ҳам катталашган. Буйрак калавачаларида фильтрация жараёни $32,01 \pm 1,2$ мл/дан пасайган. Буйракнинг сийдикни зичлаш қобиляти ҳам сусайган.

3. Асоратланган босқич. Сийдик йўллари дискинезияси, унинг юқори қисмининг гипокинезияси, пиелонефрит вужудга келиб, буйракнинг фаолияти ўта сустлашади. Косачалар ва жомдан қон оқа бошлаши ҳам мумкин. Экскретор урографияда контраст модда 60—90 дақиқаларда пайдо бўлади. Косачалар катталашган ва юмалоқдашган. Буйрак жоми чўзилган шарга ўхшайди.

4. Терминал босқич. Жом ва косачалар сегментда атония қайд этилади. Буйрак ўз фаолиятини тўла ёки деярли тўла йўқотган. Асептик гидронефрозда (агар у бир томонлама бўлса), ҳеч қандай клиник белги бўлмаслиги ҳам мумкин. Буйрак катталашган, бироқ юзаси текис. Унинг фильтрация ва реабсорбция қобиляти ўта сустлашган.

Клиникаси. Болаларда гидронефрознинг клиникаси хаддан ташқари кўп қиррали. Ўзига хос патогномик симптом йўқ. Клиник белгилари гидронефрознинг шакли ва босқичга боғлиқ. Кўп ҳолларда гидронефроз ўзгаришлар латент бўлиб, кўпинча уни ўз вақтида аниқлаш мушкул. Гидронефрознинг асосий белгилари.

1. *Оғриқ*-у ҳар хил бўлиб, баъзан доимий увишиб турувчи хислатга эга. Айрим ҳолларда санчикқа ҳам айланиши мумкин. Оғриқнинг кучли ёки кучсиз бўлиши буйрак жомининг қанчалик катталашганига боғлиқ эмас. Аксинча, буйрак жоми қанча катталашган бўлса, оғриқ ҳам шунчалик кучсиз бўлади.

2. Буйрак соҳасидаги *иши ёки ўсмасимон ҳосила*. Одатда бехосдан аниқланади. Бунда буйракнинг ташқи қисми силлиқ бўлиб, пайпаслаганда эластиклик мухитига эга, айрим беморларда эса буйракнинг жойидан бироз силжишини, перкуссияда суюқлик борлигини осонлик билан билса бўлади. Бироқ бу белги анча кеч вақтларда аниқланади.

3. *Сийдикдаги ўзгаришлар*. Биринчи навбатда микрогематурия аниқланади. Бу узоқ вақт давом этиши мумкин. Патогенетик механизми ҳали етарлича аниқ эмас. Иккиламчи инфекция қўшилганда эса лейкоцитурия кузатилади.

Таъхиси. Айрим ҳолларда гидронефрозга ташхис қўйиш бир-мунча қийин. Бироқ, синчиклаб йиғилган анамнез, сийдик анализи натижалари, беморни қараб кўриш гидронефрозга гумон туғдиради. Экскретор текширишдан кейин аён бўлади. Тасвирий урограммада фақат буйрак сояси катталашганлигини кўриш мумкин бўлса, экскретор урографияда унинг жом-косачалар системаси қанчалик даражада ўзгаришга учраганлиги аниқланади.

Киёсий таъхиси. Гидронефрозни кўпгина урологик касалликлар: нефролитиаз, нефроптоздан фарқдашга тўғри келади. Нефролитиаздан фарқлаш учун тасвирий урограмма қилиш кифоя. Бунда тош сояси кўринади. Агар рентгеноконтраст тош бўлса, у экскретор урографияда аниқ кўринади. Бунда буйракнинг пиелоуретрал сегменти аниқ билинади, тош бор жойда эса контраст билан тўлмаган «очиқ» юза аниқланади. Нефроптозда эса экскретор урографияда унинг анатомик кўриниши ўзгармасдан қолаверади.

Кўпгина ҳолларда гидронефрозни Вильмс ўсмасидан фарқлашга тўғри келади. Ўсманинг бошланиш даврида буйрак функцияси бузилмагани бўлади. Шу туфайли экскретор урограммада гидронефрозга хос бўлган жом ва косачаларнинг катталашгани кузатилмайди, аксинча, буйрак косачалари қисилиб, сурилиб, ўзининг топографиясини ўзгартирган бўлади. Буйрак ўсмасида буйрак қаттиқ консистенцияга эга ва унинг юзаси нотекис бўлади.

Давоси. Гидронефроз асосан Политан—Ледбеттер усулида даволанади. Болаларда реконструктив-пластик операция усуллари қўлланади. Хозирги пайтда

Андерсен-Ян Кучер реконструктив-пластик операцияси қўлланилмоқда. Бунда гидронефрозга сабаб бўлган жой (склероз, стеноз, клапан ва б.) кесиб олиб ташланади ва сийдик йўли кесилган учидан узунасига 1,0 см атрофида қирқилиб, кейин буйрак жомига анастомоз қилинади. Ҳатто радиоизотоп ренографияда ҳам буйрак функцияси аниқланмаган тақдирда пластик операция усулини қўлламоқ лозим. Чунки болалар буйрагининг компенсатор механизми анча кучли бўлади. Бироқ буйрак паренхимаси хаддан ташқари нозиклашиб, буйрак сув тўлдирилган халтачага ўхшаб қолган ҳолларда нефрэктомия бажарилади.

УРЕТРОГИДРОНЕФРОЗ. Сийдик найи, везико-уретерал, уретра сохаларида туғма ёки ортирилган тўсиқ натижасида уродинамиканинг бузилиши, сийдикнинг дамланиб бориши, уретери ва буйрак касача-жомчаларининг кенгайиб кетишига уретерогидронефроз дейилади. Уродинамикага тўсиқ сийдик қопидан юқорида бўлса, “супра-” сийдик қопидан пастда бўлса “инфравезикал” обструкция дейилади. Экскретор урография, компьютер томография ва ультратовуш текшириш натижаларида аниқланади.

Инфравезикал обструкция - қовуқ бўйни ёки сийдик чиқариш каналидаги тўсиқ бўлиши инфравезикал обструкция дейилади. Унинг натижасида уродинамика бузилиши, қовуқ-сийдик найи рефлюкси ва икки томонлама уретерогидронефроз ривожланиши тушунилади. Ушбу термин йиғма бўлиб, кўп касалликлар, шу жумладан: қовуқ бўйни контрактураси (Марион касаллиги), уретра орқа қисмининг клапани, уруғ дўмбоқчасининг гипертрофияси, сийдик чиқариш канали стенози ва облитерациясини инфравезикал обструкцияни ўзида акс эттиради.

Клиникаси: Бу касалликларнинг клиник белгилари деярли бир хил. Асосий белгиси қийналиб сийиш бўлиб, баъзан у бола туғилган кунидан бошлаб, тобора кучаяверади ва сийдик тутилиб, кейин эса парадоксал ишурияга олиб келади. Дастлаб детрузор кучи билан обструкция участкасидан сийдик ташқарига чиқарилади. Кейинчалик эса детрузор гипертрофияси унинг гипотонияси билан алмашинади ва, ниҳоят, атония ривожланади. Қовуқда сийдик димланганидан сўнг сийдик қовуқдан чиқиши учун бола қорин мускулларини таранглаштириб, хаддан ташқари кўп кучанади ёки қовуқ усти соҳасини қўли билан босади. Қовуқда сийдикнинг димланиши цистит, пиелонефрит, қовуқ-сийдик йўли рефлюкси, уретерогидронефроз ёки сохта дивертикуллар бўлишига олиб келади. Боланинг ранги оқариб, ўсишдан орқада қолади. Пайпаслаб қўрганда эса унинг қовуғи катта бўлиб, бемалол қўлга уннайди. Парадоксал ишурия кўринишида сийдик тутилиши қайд этилади. Сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланади, рентгенда икки томонлама уретерогидронефроз аниқланади.

Уретра стриктуралари (стенозлари) шиллик қават гипертрофияси ёки уретра девори тўқималари бириктирувчи – фиброз тўқима ҳосил қилиши натижасида юзага келади.

Сийдик чиқарув канали стенозлари

Ташхиси. Қовуқ бўйни контрактурасида қўлланган усуллардан фойдаланилади. Уретра стенозлари даражасига қараб найчалар ҳам, металл катетерлар ҳам, бужлар ҳам қовуққа ўтишига маълум қийинчилик туғдиради. Агар учи тўмтоқ бошли буж билан уретрадан қовуққа кирилганда ва уни қайта чиқариш пайтида уретранинг орқа қисмида қаршилик ёки тўсиқ борлигини пайқаш мумкин.

Давоси. Операция йўли билан даволанади. Катта ёшдаги болаларда стеноз трансуретрал электрорезекцияси қилинади. Кичик ёшдагиларда эса операция йўли билан стеноз олиб ташланади ёки ораликдан борилиб, уретра стенози билан биргаликда кесиб олиб ташланади.

Сийдик чиқарув канали қопқалари (клапанлари)

Уретранинг туғма клапанлари. Икки томони ҳам шиллик қават билан қопланган ва уретра ичида жойлашган ҳосилалардир. Уч хили фарқ қилинади:

1. Косачасимон кўринишга эга ва уруғ бўртиқчасидан пастда жойлашган хили.
2. Уруғ бўртиқчасидан қовуқ бўйнига қадар тортилган ва даҳанасимон хили.
3. Уруғ бўртиқчасидан пастда ёки юқорида жойлашган ҳамда кўндаланг диафрагма кўринишидаги хили.

Клиникаси. Инфравезикал обструкциядаги каби бўлади.

Ташхиси. Ковуқ бўйни контрактурасида қўлланган усуллардан фойдаланилади Уретра клапанларида найчалар ҳам, металл катетерлар ҳам, бужлар ҳам қовуққа бемалол ўтаверади. Агар учи тўмтоқ бошли буж билан уретрадан қовуққа кирилганда ва уни қайта чиқариш пайтида уретранинг орқа қисмида қаршилиқ ёки тўсиқ борлигини пайқаш мумкин.

Давоси. Операция йўли билан даволанади. Катта ёшдаги болаларда клапан трансуретрал электрорезекцияси қилинади. Кичик ёшдагиларда эса операция йўли билан клапан олиб ташланади ёки ораликдан борилиб, уретра клапан билан биргаликда кесиб олиб ташланади.

Инфравезикал обструкция: уруғ дўнгчаси гипертрофияси - шиллик қават гипертрофияси ёки уретра девори тўқималари бириктирувчи – фиброз тўқима ҳосил қилиши натижасида юзага келади

Клиникаси. Инфравезикал обструкциядагидек бўлади.

Ташхиси. Ковуқ бўйни контрактурасида қўлланган усуллардан фойдаланилади. Уретра стенозлари даражасига қараб найчалар ҳам, металл катетерлар ҳам, бужлар ҳам қовуққа ўтишига маълум қийинчилик туғдиради. Агар учи тўмтоқ бошли буж билан уретрадан қовуққа кирилганда ва уни қайта чиқариш пайтида уретранинг орқа қисмида қаршилиқ ёки тўсиқ борлигини пайқаш мумкин.

Инфравезикал обструкция: льето учбурчаклигининг шиллик парда гипертрофияси, мегатригонум.

Льето учбурчаклигининг шиллик парда ҳосил қилувчи ҳосилалар гиперплазия сифатида намоён бўлади. Баъзан у, ҳатто уретранинг ичини тўлиқ ёпиб қўйиши мумкин.

Клиникаси. Худди инфравезикал обструкцияда бўлгани каби намоён бўлади. Бундан ташқари, эрекция пайтида оғриқ сезилади.

Ташхиси. Цистоуретрография ва уретрографияда уретранинг орқа қисмида нуқсон аниқланади. Шунингдек, қовуқ катетеризация қилинаётганда уретранинг орқа қисмида тўсиқ борлиги сезилади ва катетерлаш ёки бужлашдан кейин оз ёки кўпроқ қон кетиши кузатилади.

Давоси. Эндоуретрал ёки оралик билан льето учбурчаклигининг шиллик пардаси резекция қилинади.

Қовуқ бўйни контрактураси, Марион касаллиги, қовуқ бўйни фиброэластоzi.

Қовуқ бўйни шиллик ости ва мускул қаватларида фиброз тўқимаси ривожланишидан келиб чиқади. Касалликнинг кечишида уч давр фарқ қилинади:

1. Сийишнинг қийинлиги оз-моз билинади, қолдиқ сийдик йўқ, буйрак функциялари бузилмаган, вақти-вақти билан лейкоцитурия кузатилади.
2. Сийиш жараёни анча қийин кечади, бола кучанади, қолдиқ сийдик пайдо бўлади, пиелонефрит белгилари кузатилиб, буйрак функциялари ҳам издан чиқа бошлайди.

Ташхиси. Ўзига хос қийин тарафлари бор. Урофлоуметрия цистоманометрия билан биргаликда бажарилса, ташхисни аниқлаш осон бўлади. Цистоуретрографияда эса қовуқ таг қисмининг юқorigа кўтарилганлиги ва деворларнинг трабекулалари бўлиши ҳамда сийдик чиқариш каналининг етарли равишда контраст билан тўлмаслиги қайд этилади. Кўпинча аниқ ташхис операция пайтида қўйилади.

Давоси. Енгил ҳолларда уретрани бужлаш ва антибактериал дорилар бериш ўз таъсирини кўрсатади. Оғир ҳолларда эса қовуқ бўйнида У- ёки У-симон пластика бажарилади.

ҚОВУҚ ЭКСТРОФИЯСИ - қовуқолд девори ҳамда унинг устини қоплаб турувчи қорин олд деворининг бўлмаслиги қовуқ экстрофияси деб аталади. Бу нуқсон нисбатан кам учрайди (ҳар 4000 та туғилган болага 1 экстрофия), бироқ энг оғир туғма нуқсонлардан ҳисобланади. Ўғил болаларда қизларга нисбатан 3 баравар кўп кузатилади. Қовуқ экстрофияси ҳар доим тотал эписпадия билан биргаликда қайд этилади. Ушбу хасталикнинг патогенези шу вақтгача тўлиқ аниқланмаган

Клиникаси. Қовуқ усти соҳасида у ёки бу катталиқда бўлган ўсмасимон ҳосилани кўриш мумкин. Бу ҳосиланинг ранги қип-қизил бўлиб, у қовуқ орқа деворининг бўртиб чиқишидан ҳосил бўлади (21-22 расмлар). Озгина шикастланишда ҳам унинг шиллиқ қаватидан капилляр қон кетиши кузатилади. Ҳосиланинг пастки қисмида иккита кичкина тешиқ бўлиб, у одатда сийдик найининг тешиқларидир. Бу тешиқлардан ҳар доим сийдик ажралиб туради. Вақт ўтган сайин ҳосила деворида кўшимча тўқима ўсавериб, унинг эластиклиги тобора йўқолаверади. Шиллиқ қават юзасида папилломатоз шиш аниқланади. Беморлар кучанганда, йиғлаганда қовуқ девори яна ҳам кўпроқ бўртиб чиқади, бу ҳолда сийдик найлари тешигидан сийдик чиқариш ҳам кучаяди. Ҳосила атроф териси чақаланади. Кўпинча, экстрофия билан бир қаторда туғма чов чурраси, крипторхизм, сийдик чиқариш системасида ҳар хил нуқсонлар, қов симфизи битмаслиги, туғма сон чиқиши кузатилади.

Давоси. Чақалоқ туғилган заҳоти экстрофияланган қовуқнинг шиллиқ қавати антисептик суюқлик билан обдон ювилади ва стерилланган салфетка билан ёпилиб, жарроҳлик бўлимига ўтказилиши зарур. Агар унда операцияга бошқа монеликлар бўлмаса, кичик чилласи чиқмасдан туриб, операция қилинади. Бунда шиллиқ қавати теридан ажратиб қирқилган (қовуқ девори), сийдик найлари катетерланган ҳолда бир-бирига олир келиниб тикилади. Симфизи келтириб тикиш қовуқ деворларининг таранглашувисиз бир-бирига тикилишини таъминлайди. Қовуқ шиллиқ қаватининг папилломатоз ўзгариши бу операцияни бажаришга бўлган катта монелиқдир. Агар боланинг кичик чилласи чиқмасдан туриб, бу операция бажарилмаса, у вақтда бажарилажак операциялар 4 гуруҳга бўлинади.

1. **Реконструктив-пластик операциялар.** Қовуқ олд девори ва қорин девори нуқсонини маҳаллий тўқима ёки пластик материаллар ёрдамида тиклашни кўзда тутади.

2. **Цистосигмоанастомоз,** яъни қовуқ билан сигмасимон нчак ўртасида туташма ҳосил қилиш (24-расм). Бу операциядан кейин сийдик анал тешиқ орқали ажралади.

3. **Янгидан қовуқ пайдо қилиш.** Бунинг учун тўғри ичакдан қовуқ шакллантирилади. Ҳозирги пайтда асоратлари кўплигидан бу операция деярли қўлланилмайди.

4. **Сийдик йўллари сигмасимон ичакка антирефлюкс механизм воситасида улаш.** Чақалоқлик пайтида операция қилинса ва имкон борича касалнинг ўз қовуғидан нуқсонни тиклаш операцияси бажарилса, натижа анча яхши бўлади.

Агар цистосигмоанастомоз бажарилса, ичакка сийдик тушишидан ва унинг қайта организмга сўрилишидан гиперхлоремик ацидоз ривожланади. Бу эса сув-туз алмашинувини созлашни тақозо этади. Вақт ўтиши билан сийдик таъсиридан ичак шиллиқ қавати ортиқча шилимшиқ ишлаб чиқарувчи қават билан қопланишидан сийдикнинг қайта сўрилиши камаяди ва натижада электролитлар алмашинувини созлашга ҳожат қолмайди. Цистосигмоанастомоз бўлган болаларни вақти-вақти билан экскретор урография қилиб турмоқ ҳамда пиелонефритнинг олдини олувчи чоратadbирларни ўз вақтида кўрмоқ зарур.

“Эмбрионал” – киндик тизимчаси чурралари ёки омфалоцеле.

Эмбрионал ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичида ичаклар қорин бўшлиғидан ташқарига қисман ёки тўлиқ қолиши натижасида ҳар ўлчамли “эмбрионал” – “киндик тизимчаси чурралари” (“омфалоцеле”) пайдо бўлади.

Ташхислаш: Қийинчилик туғдирмайди, амнион, вартон қуйқасига ўралган ичак қовузлоқлари киндик халқасидан ташқарида турганлиги кўринади (1-2 расмлар). Киндик халқаси кенглиги ва чурра халси катталигига қараб эмбрионал чурралар қуйидагиларга бўлинади:

- Кичик – 5 см гача
- Ўрта – 10 см гача
- Катта 10 см дан катта

Даволаш – оператив, кичик ўлчамли, асоратланмаган эмбрионал чурралар бемор хаётининг биринчи кунларидаёқ операция қилинади.

Асоратланган, катта хажмли эмбрионал чурралар чурра халтаси антисептиклар билан ишлов берилиб, эмбрионал чурраларни вентрал чуррага айланишига, яъни эмбрионал тўқималарнинг эпителизацияланишига эришилади, оператив даво имкони бўлмаса, маълум муддатга консерватив муолажалар олиб борилиб, ва: катта хажмли эмбрионал чурралар бемор ёши каттароқ бўлганида, 1 босқичда ёки бир неча босқичда (Гросс-Шустер босқичли усули) операция қилиниб, ичак қовузлоқлари қорин бўшлиғига тўғриланади.

Чов ва чов-ёрғоқ чурралари

Чурра (*hernia*) – қорин бўшлиғи аъзоларининг қорин пардага ўралиб қорин олд деворидаги табиий ёки ортирилган тешиқлар орқали чиқишига айтилади.

Чов канали орқали чурра маҳсулотларининг чов, чов-ёрғоқ соҳа тери остига чиқишига чов ва чов-ёрғоқ чурралари деб айтилади. Болаларда энг кўп тарқалган хирургик касалликлардан бири ҳисобланади. Ўнг томонлама чурра кўпроқ учрайди, ўғил болаларда, қиз болаларга нисбатан 2-3 бора кўпроқ кузатилади. Чурра кўпинча туғма бўлиб, қорин бўшлиғидан тухумчани ёрғоққа тушиш жараёнида ҳосил бўладиган қоринпарда вагинал ўсиғи битмаслиги сабабли ҳосил бўлади, вагинал ўсиғ 75% ҳолларда бола туғилган вақтда тўлиқ облитерацияга учрайди. Қолган ҳолларда ўсиғнинг тўлиқ ёки қисман битиши кузатилади. Чурра халтаси чов канали ичидан ўтганлиги сабабли туғма чурралар қийшиқ ҳисобланади. Ортирилган чов чурралари болаларда нисбатан кам учрайди. Жисмоний зўриқиш ёки қорин олд девори суст ривожланган болаларда ортирилган чурралар ҳосил бўлиши мумкин. Шунинг учун болаларда учрайдиган ҳамма чурралар туғма бўлиб, чов канали буйлаб тушади ва доимо қийшиқ бўлади. Болаларда тўғри чурралар жуда кам, истисно тариқасида бўлиши мумкин. Чурралар асосан икки—чов ва чов-ёрғоқ турида бўлади. Шундан чов-ёрғоқ чурралар чов йўлига фуникуляр ва тухумга тестикуляр бўлади. Чов қин ўсимтасининг юқори ва ўрта қисмининг очилиши ҳисобига фуникуляр чурра кўп учрайди. Тестикуляр чуррада қорин парда ўсимтаси бутунлигича очилиши ҳисобига пайдо бўлади ва у тухум чурра қопида бирга деб, баъзан хато баҳоланади, холбуки у сероз парда билан ажралган бўлиб унинг ичига такалиб туради. Болаларда чурра ҳосиласи ингичка ичак қовузлоғини, катта ёшларда эса чарвини ташкил қилади. Қиз болаларда эса у кўпинча тухумдон ва унинг найи, баъзан сигмасимон ичакда бўлиши мумкин. Баъзан йўғон ичак чарвиси узун бўлганлиги учун кўр ичак чиқиб қолиши мумкин. Бу ҳолат чурра қопи орқа деворининг йўқлиги учун сирпанувчи чурра бўлиб кечади.

ТУҒМА ЧОВ ЧУРРАЛАРИ

Қорипарда вагинал варақасининг битмаслиги ва чов канали кенгайганлиги туфайли қорин бўшлиғи аъзолари (ичак қовузлоқлари, чарви қисми) чов соҳасида бўртиб чиқади. Икки хил: чов (фуникуляр чурра) ва чов-ёрғоқ (тестикуляр чурра) турлари мавжуд. Туғма чов, чов-ёрғоқ чурралари “қийшиқ” чурра ҳисобланади. чурраҳосил бўлиши асосий сабаби, қорин ичи ва қорин девори орасидаги динамик босимнинг бузилишидир. Чурралар қуйидаги элементлардан иборат: Чурра дарвозаси, чурра

халтаси, чурра махсулоти (ичак, чарви ёки қорин бўшлиғидаги ҳар қандай аъзо бўлиши мумкин)

Қисилмаган чов чурра клиникаси: Беморни чурра безовта қилмайди, чов сахасида шиш, пальпацияда юмшоқ консистенцияли ҳосила пайпасланади. Чов канали ташқи дарвозаси кенглиги аниқланади. Қорин бўшлиғига тўғрилаганда ичакларни “жуқурлаб” товуш чиқариб, қорин бўшлиғига кетиши кузатилади. “Йўталда кўлга урилиш” симптоми мусбат бўлади.

Чов, чов-ёрғоқ чурралари клиник белгиларига қараб:

- Тўғриланадиган (чурра махсулоти енгил чиқиб - кирадиган)
- Тўғриланмайдиган (чурра халтаси деворига чурра махсулоти чандикли ёпишган)
- Қисилган (чурра махсулоти чурра дарвозаси соҳасида қисилиб, қон ва лимфа айланиши бузилиб, тўқималар некрози хавфи ортиб боради) чурраларга бўлинади.

Чов, чов-ёрғоқ чурралари қисилиш механизмига қараб:

Эластик, ахлатли, қисман (ичак девори, сийдик қопи девори -Рихтер қисилиш) Ретроград қисилиш (*hernia Maydl*) ёки W-симон қисилиш. Бунда ичак қовузлоғи тутқичи билан бирга қорин бўшлиғи ичида қисилиб, некрозланади. Меккел дивертикули қисилиши – Литтре чурраси дейилади

Даволаш принциплари: Чурраларни даволаш – оператив, яни радикал равишда чурра халтасини олиб ташлаш ҳисобланади. Чов канали олд деворини мустаҳкамлашга қаратилган пластик муолажалар, болаларда унчалик муҳим аҳамиятга эга эмас. Болаларда чов канали олд деворини мустаҳкамлаш учун Ру-Краснобаев, Мартинов усуллари қўлланилади.

ҚОРИН ПАРДАСИ ВАГИНАЛ ЎСИҒИ БЕКИЛИШ АНОМАЛИЯЛАРИ

Вагинал ўсимтасининг облитерацияланмаганлиги бу нуқсоннинг асосий сабабчисидир. Агар вагинал ўсимтасининг терминал қисми облитерация бўлмай қолса, гидроцеле - истисқо келиб чиқади. Проксимал қисмининг бекилиб кетмаслигидан эса уруғ тизимчасининг юқори қисмида суюқлик тўпланиши “фуникоцеле” ёки уруғ тизимчаси истисқоси деб айтилади. Агар облитерация уруғдон ва уруғ тизимчасининг бор бўйича рўй бермаган бўлса, бундай ҳолат қорин бўшлиғи билан боғланган, яъни туташган бўлади. Бу туташган уруғдон истисқоси ёки гидрофуникулоцеле деб аталади. Вагинал ўсимтасининг ўртасида облитерация кузатилмаслигидан уруғ тизимчаси кистаси вужудга келади . Гидроцеле ва фуникулоцеленинг келиб чиқишига қин ўсимтаси пардаси сўриш қобилятининг пасайиши ҳамда чов канади соҳасидаги лимфа томирларининг яхши ривожланмаганлиги сабаб бўлади. Катта ёшдаги болаларда гидроцеле уруғдон шикастланишидан ҳам келиб чиқади. **Клиникаси.** Гидроцеле бир томонлама бўлса, ёрғоқнинг шу тарафи катталашади. У овал шаклда катталашган бўлиб, юзаси силлиқ бўлади. Ёрғоқ териси таранглаштирилиб қаралса, ҳосиланинг бироз кўкимтир рангга эга эканлиги кўринади. Гидроцеленинг пастки кутбида уруғдонни пайпаслаш мумкин.

Гидроцеленинг яна таранглашган ва таранглашмаган хиллари тафовут этилади. Таранглашган хилида ҳосила ичида мойкни пайпаслаб бўлмайди ва ҳосиланинг муҳити анча қаттиқ. Бу эса уруғдоннинг тезда атрофияланишига сабаб бўлади. Унинг таранглашмаган хилида эса ҳосиланинг муҳити эластик бўлиб, унинг ичида жойлашган уруғдонни бемалол пайпаслаш мумкин. Гидроцеленинг туташган хилида ҳосила жуда эластик бўлиб, у бармоқлар орасига олинса, суюқлик юқорига кўтарилиб, қорин бўшлиғига кетади ва ўсмасимон ҳосилдан асар ҳам қолмайди. Фақат ёрғоқ териси озгина шалвираб қолади, холос. Агар ёрғоқ қўйиб юборилса, юқоридан суюқлик аста-секин оқиб тушиши ҳисобига ҳосила яна пайдо бўлади. Уруғ тизимчаси кистасида чов каналининг пасткида қаттиқ муҳитли ўсмасимон ҳосила кўлга уннайди. У одатда оғримайди ва ён томонларга кўпроқ силжийди.

Қиёсий ташхиси. Гидроцелени чуррадан фарқлаш керак. Чуррада кўкимтир рангли ҳосила кузатилмайди, қўл билан пайпаслаганда ичак муҳитини пайкаш мумкин. Қўлни қорин бўшлиғига киритилганда эса ичак ичидаги ҳавонинг қуриллаши аниқланади. Агар чурра ичида чарви бўлса, диққат билан қаралса қуйидаги манзарани кузатиш мумкин: ҳосила қорин бўшлиғига киритилганидан кейин чов соҳаси аввал дўппаяди ва ҳосила аста-секинлик билан ёрғоққа тушади; агарда туташувчи гидроцеле бўлса, бундай дўппайиш ёрғоқ тубидан бошланади, чунки суюқлик юқориданоқиб тушиб, ёрғоқ пастида тўпланади. Гоҳида сиқилган чов чурраси билан уруғ тизимчаси кистасини фарқлаш ниҳоятда қийин бўлади. Чунки уруғ тизимчаси кистаси чов каналининг ички тешиги тўғрисида бўлса, бола йиғлаганида, кучанганида қорин бўшлиғи-да босим ошиши ҳисобига уруғ тизимчаси кистаси чов каналидан ташқарига чиқади ва худди сиқилиб қолган чуррани эслатади. У ҳолда фарқлашнинг иложи бўлмаса, ташхис сиқилган чурра фойдасига ҳал қилинади ва операция ўтказилади.

Давоси. Хирургик усул билан даволанади. Бола 3 ёшдан ошгандан сўнг бажарилади. Туташмаган гидроцеледа Винкельман усулидаги операция қилинади. Бунда уруғдон қин ўсимтаси пардасини кесиб, пардани уруғдон атрофидан ажратган ҳолда ағдарилади ва чокланади. Фуникулоцеледа эса кистани атроф тўқимадан ажратиб, кесиб олиб ташланади. Туташган гидроцеледа Росс операцияси бажарилади. Нукка кистаси – қиз болаларда чов каналига бачадон бойлами туташган, агар шу ерда қорин парда қисми суюқлик билан чиқса, у Нукки кистаси дейилади. Клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари уруғ йўли кистасидан деярли фарқ қилмайди.

КРИПТОРХИЗМ

- юнон сўзидан олинган бўлиб, яширинган уруғдон деган маънони англатади. Бу касалликда бир ёки иккала уруғдон антенатал даврда ёрғоққа тушмай, қорин бўшлиғи ёки чов каналда тутилиб қолади. Кўпроқ уруғдоннинг чов каналда тутилиб қолиш ҳоллари учрайди. Крипторхизмнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

- 1) бел соҳаси крипторхизми;
- 2) қорин соҳаси крипторхизми;
- 3) чов канали крипторхизми;
- 4) чов крипторхизми (3-расм).

Этиопатогенези. Бу нуқсоннинг келиб чиқиши тўғрисида кўпгина назариялар мавжуд. Уларнинг орасида кўпчилик томонидан тан олингани қуйидагилардир:

1. Механик назария. Уруғдоннинг ушланиб қолиши унинг ривожланишидаги жараёнида атроф тўқималар билан бўлган ўзаро алоқанинг бузилишига боғлиқ. Унинг ёрғоққа тушиш йўли чандиқлар билан бекилиб қолиши мумкин.

2. Эндокрин назария. Бу назарияга биноан, гипофиз стимуляциясига уруғдонлар тўғри жавоб бера олмайди.

3. Генетик назария. Айрим олимлар томонидан генетик омилларнинг крипторхизмнинг келиб чиқишидаги ахамияти тан олинган. Юқоридагилардан келиб чиқиб шуни айтиш мумкинки, крипторхизм полиэтиологик хусусиятга эга.

Клиникаси. Бир ва икки томонлама крипторхизм фарқ қилинади. Бир томонлама крипторхизмда тегишли томоннинг ёрғоғи етарли равишда ривожланмаган ва унинг ичида уруғдон қўлга уннамайди. Икки томонлама крипторхизмда эса ёрғоқнинг икки тарафи ҳам ривожланмаган. Уруғдон (уруғдонлар) чов каналда ёки чов канали ташқи тешиги тўғрисида қўлга уннаши мумкин. Агар уруғдонлар қорин соҳасида жойлашган бўлса, пальпацияда умуман ҳеч нарса сезилмайди. Чов каналда жойлашган уруғдон кам-харакат бўлиб, озгина тортиши мумкин бўлган ҳосила тарикасида қўлга уннайди. 5—10 фоиз беморларда крипторхизм билан бирга эндокрин функция ҳам издан чиқади. Бу айниқса икки томонлама крипторхизмда кўпроқ кузатилади. 25 фоиз беморларда эса чов чурраси учрайди.

Давоси. Крипторхизм патогенезининг эндокрин назарияси тарафдорлари бу хасталикни илк бор консерватив усул—гормонлар ёрдамида даволаш лозим, деб айтадилар. Аммо кўпчилик клиницистлар хар бир беморга хусусий ёндошиш лозимлигини уқтирадилар. Умуман, крипторхизмнинг икки томонлама бўлиши, бир томонлама бўлган ҳолда ҳам эндокрин бузилишлар билан биргаликда учраши гормонал терапия учун кўрсатма ҳисобланади. Бундай ҳолларда беморларга гонадотропин хориогенинни 10 ёшгача бўлган болаларга 500-1000 ДБ (доза бирлиги), 10 ёшдан катталарга эса 1500 ДБ да, ҳафтада икки марта ва бир ой давомида буюрилади. Бу даволашдан ижобий натижа олинса, муолажа курси 3 ойдан кейин яна такрорланади. Агар ижобий ўзгариш бўлмаса, операция қилиш лозим.

Операция икки босқичда ўтказилади: биринчи босқичда уруғдон пастга туширилиб, ёрғоқ деворчасига фиксацияланади. Иккинчи босқичда сон фасциясига маҳкамлаб қўйилади. Икки босқичлик операцияга Байл—Китл операцияси мисол бўлади. 1-босқичда уруғдон ёрғоққа туширилади ва сон соҳасидаги фасцияга маҳкамланади. 2-босқичда эса уни сон соҳасидан ажратиб, ёрғоққа жойлаб, сон ва ёрғоқдаги тери жароҳатларига чок қўйилади. Соколов усулида орхидопексия усули амалиётда кенг қўлланилади, ушбу усулда уруғдон ёрғоққа туширилгач, ипак ип билан сонга вақтинча лейкопластир ёрдамида фиксация қилинади. Крипторхизмни операция йўли билан даволашда уруғдоннинг шикастланишларга жуда ҳам сезгир эканлигини инобатга олиш лозим. Операция пайтида кўпол ҳаракатлар қилиш натижасида уруғ йули, қон томирлари жароҳатланиши мумкин.

МОЯК ЭКТОПИЯЛАРИ

- Тухумча қорин ортидан ёрғоққа тушиш жараёнида ўз йўлидан “адашиб”, ёрғоққа тушмаса, қов, сон, чов ёки оралик соҳаларида аниқланса тухумча эктопияси дейилади (2-расм). Давоси: оператив-тухумчани ёрғоққа тушириш.

АНОРХИЗМ

-жинсий тухумчаларнинг эмбрионал ривожланиш давридан бўлмаслиги. Чақалоқ туғилганидан сўнг ҳам тухумчаларнинг ёрғоқда, тушиш йўлларида умуман бўлмаслиги анорхизм дейилади. Анорхизм кўпинча икки ёки бир томонлама буйрақлар агенезияси ёки аплазияси билан келади. Ёрғоқда тухумчалар аниқланмайди, беморда эндокрин ўзгаришлар бўлиши мумкин, эндокрин гармонлар билан даволашга ҳаракат қилинади.

МОНОРХИЗМ

ёрғоқда ягона тухумчанинг бўлиши, бир томонлама тухумча аплазияси, агенезияси, даволанмаган крипторхизмда кузатилади. Ягона тухумча кўп ҳоларда “викар” гиперторфияга учрайди. Монорхизм ҳосил бўлишига буйрақлар ва жинсий безларнинг бирламчи эмбрионал шакллани давридаги ўзгаришлар сабаб бўлади. Полиорхизм - Ёрғоқда иккидан ортиқ тухумча аниқланади. Беморни базовта қилмайди.

ТУХУМЧА ГИПОПАЗИЯСИ

Крипторхизм билан биргаликда учрайди. Икки томонлама гипоплазия ҳолатларида эндокрин ўзгаришлар кузатилади. Беморлар адипозогенитал семиришдан азият чекишади, жинсий ривожланишдан орқада қолишади. Эндокринолог билан биргаликда даволанади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати Асосий адабиётлар

1. Баиров Г.А «Срочная хирургия детей», дарслик 1997, С-П.
2. Исаков Ю.Ф «Детская хирургия». дарслик 2004, в 2-т, М.
3. Исаков Ю.Ф. ва ҳам муалл «Руководство по торакальной хирургии детей», .Шифокорлар учун қўлланма. 1978, М
4. Сулейманов А.С ва ҳам муал. Болалар хирургияси. дарслик 2000 йил Тошкент, Ибн Сино нашриёти..

Қўшимча адабиётлар

1. Ахмеджанов И.А. ва б. “Болалар урологияси”. Қўлланма 2003 й. Тошкент Ибн Сино нашриёти.
2. Баиров . Г.А «Абдоминальная хирургия детей», дарслик 1994, С-П
3. Лопаткин Н.А, Пугачев А.Г. «Детская урология», 1986, М.дарслик
4. Кудрявцев В.А, «Детская хирургия в лекциях». дарслик 2000, Арх-ск.
5. Михельсон В.А. «Основы детской анестезиологии и реанимации», дарслик. 1984, М.
6. Холдер Т.Н, Ашкрафт К.У, «Детская хирургия», Қўлланма 1997, в 3-х т., перевод с англ.
7. Интернет материаллари: www/Murm./det_hir.; www.college/ru; www.Med/surg/child/
www.tma.uzsi.net.

**«БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ» ФАНИДАН 5-КУРС
ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИГА
МЎЛЖАЛЛАНГАН АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР:**

**АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ № 1
ҚИЗИЛЎНГАЧ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, таркатма материаллар.

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида қизилўнганч туғма ривожланиш нуқсонларини ўқитишнинг асосий принциплари касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

- а) қизилўнганч туғма касалликлари ва нуқсонлари патогенезини;
- б) классификациясини;
- в) клиник хос белгиларини;
- г) диагностика ва дифференциал диагностикасини;
- д) хирургик даво принципларини;

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши;
- б) кўриқдан ўткази олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши;
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши;
- г) қизилўнганч туғма нуқсонлари рентгенограммаларини фарқлаб, ўқий олиши;

Талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

- а) қизилўнганч туғма нуқсонлари асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилишини ўрганиш.
- б) қизилўнганч туғма нуқсонлари рентгенологик кўринишларини ўрганиш.

Машғулотни мустақил ўрганиши учун топшириқ:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш.
- б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш.
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш.
- г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш.

д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш.

Уйга вазифа:

- а) кизилўнгач туғма нуқсонлари патогенези.
- б) классификацияси.
- в) клиник хос белгилари.
- г) диагностика ва дифференциал диагностикаси.
- д) хирургик даво принциплари.

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик - “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, педиатрия, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

Машғулотнинг мазмуни

1. Кизилунгач атрезияси, клиникаси, ташхиси, давоси, операциядан кейинги реабилитация.
2. қизилунгач-трахея окмалари, клиникаси, ташхиси, давоси, операциядан кейинги реабилитация.
3. Кардия халазияси ва ахлазияси, клиникаси, ташхиси, давоси, операциядан кейинги реабилитация.
4. туғма калта кизилунгач, клиникаси, ташхиси, давоси, операциядан кейинги реабилитация.

Назарий қисм

Қизилўнгач анатомияси ва физиологиясини бола ёшига боғлиқлиги - хар 3000-4000 чақалокнинг 1 тасида учрайдиган туғма нуқсон ҳисобланади. Ўғил ва қиз болаларда 1:1 нисбатда учрайди. *VATER, VACTER* синдомлари (*инглизча – Vertebra defects, Anal atresia, Tracheoesophageal fistula, Esophageal atresia, Cardiac malformationis сўзларининг бош ҳарфларидан тузилган бўлиб, ушбу аъзолар туғма нуқсони биргалликда келиши – “ассоциациялари” кўзга тўтилган*) ассоциациялари таркибига киради.

Эмбрионал ривожланишнинг дастлабки босқичларида (гестация даврининг 19-кунлари) кизилўнгач ва трахея бирламчи ичакнинг проксимал қисмидан ривожланиб, краниал йўналишда алоҳидаланиб боради. Бирламчи ичак найининг “дорзал” қисмидан кизилўнгач, “вентрал” қисмидан эса трахея ҳосил бўлиб, гестация даврининг 26-кунига келиб қизилўнгач ва трахея тўлиқ алоҳидаланади. Ушбу эмбрионал ривожланишнинг бузилиши натижасида қизилўнгач – трахея окмалари ҳосил бўлади. Қизилўнгач атрезияларининг шаклланиши ҳам гестация даврининг ушбу муддатларига тўғри келиб, “эмбриогенезнинг мураккаб жараёнлари (эпителизация, вакуолизация, реканализация, формация) нинг бузилиши натижасида юзага келади” деган ғоялар мавжуд бўлиб, қизилўнгач атрезияларининг ҳосил бўлиши тўғрисида аниқ теория мавжуд эмас. Ушбу нуқсонлар ҳомиладорлик қоғаноқ суви кўплиги, ҳомиладорликнинг 1-триместрида ҳомила тушиш хавфи бўлган оналар фарзандларида кўпроқ кузатилади.

Қизилўнгач ички томондан шиллиқ қават – эпителиал қобик билан қопланган бўлиб, шиллиқ ишлаб чиқарувчи безлари бор. Мушак қавати – ички циркуляр, ташқи продол қаватлардан иборат. Қизилўнгачнинг сероз қобиғи бўлмайди. Қизилўнгач юқори $\frac{1}{3}$ қисми кўндаланг – тарғил мушаклардан иборат, пастки $\frac{2}{3}$ қисми эса силлиқ мушаклардан ташкил топган бўлиб, унинг бўйин, кўкрак ва абдоминаль қисмлари тавофут қилинади. Бўйин қисми ҳиқилдоқ билан бириккан бўлиб, қалқонсимон без ва унинг қон томирлари, торакал қисми аорта ёйи, аорта, трахея, перикард билан туташган, абдоминал қисми эса диафрагманинг қизилўнгач тешигидан ўтиб, ошқозон кардиал қисми билан туташади. Қизилўнгачнинг шакли янги туғилган ва

эмизикли болаларда воронкасимон бўлиб, унинг шиллик пардаси нозик, серконтотмирли, мушак қатламлари, эластик тўқималар ва шиллик безлари етарлича ривожланмагандир. Янги туғилган болаларда қизилўнгачнинг узунлиги 10 см гача, биринчи йилнинг охирида — 12 см, 5 ёшда — 16 см, 10 ёшда — 18 см ва 15 ёшда эса 19 см бўлади. Қизилўнгачнинг вазифаси – оғиз бўлиғидаги луқмани ошқозонга етказиб бериш.

Меъданинг сиғими анатомик сиғимдан кичкина бўлиб, туғилган чақалоқда бор-йўғи 7 мл ни ташкил қилади, 4 кунга бориб овқатланиш бошлангандан кейин физиологик сиғим 40—50 мл гача кўпаяди. 10 кунга бориб эса 80 мл га, кейинчалик ҳар ойда кўпайиб боради. Шунга асосланиб Н. Ф. Филатов 1 ёшгача бўлган болалар учун бир марталик овқат сиғимини топиш мақсадида қуйидаги формулани таклиф қилади:

$$V=30 \text{ мл}+30 \text{ мл хп},$$

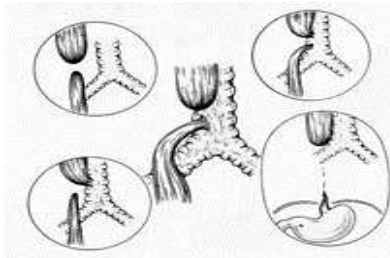
бунда: V — шу ойдаги овқат сиғими, п — ойлар сони. Бола ёшининг охириги ойларида меъданинг ўртача физиологик сиғими 250 мл ни, 3 ёшга бориб 400—600 мл гача, 4 ёшдан 7 ёшгача аста-секинлашади, 7 ёшдан бошлаб яна тез катталаша бошлайди ҳамда 10—12 ёшда меъда сиғими 1300—1500 мл ни ташкил қилади.

Меъда кардия қисмининг шаклланиши 8 ёшда тугалланади. Меъда туби етарлича ривожланмаган, шиллик пардаси бирмунча қалин, мушакларнинг ривожланиши ўртача бўлиб, меъдага кириш жойи (кардия) бошланғич ҳолатда сфинктери қаттиқ ёпилмайди. Қадаҳсимон хужайра ва безлар сони катталарникига қараганда бирмунча камдир. Мана шундай гистологик тузилишнинг етарлича даражаларга ажралмаганлиги иккинчи йилнинг охиригача сақланади. Меъда чап қовурга остида жойлашган бўлиб, пилорус ўрта чизиги яқинлигидадир. Бир ёшгача бўлган болада меъда ётиқ ҳолда жойлашган бўлиб, кичик ботиқлиги орқага қаратилгандир. Бола юра бошлагач меъда тикка (вертикал) вазиятни қабул қилади. Эмадиган боланинг меъда мушаклари етарлича ривожланмаганлиги сабабли, у овқат тўлдирилиши ва у ерга ҳаво кириши таъсирида енгиллик билан шаклини ўзгартиради. Сўриш пайтида онанинг сути ботиқ ва таранг енгиллик билан ютилади. Мана шундай ҳавонинг ютилиши «физиологик аэрофагия» деб аталади. Эмадиган бола меъдасига кириш жойи сфинктерининг етарлича ривожланмаган ва меъда мушакларининг бўшлиғи туфайли бу ёшда тез-тез қайт қилиш кузатилади. Катта болаларда ҳам шунингдек меъда шакли катта-кичиклиги ва вазияти қорин бўшлиғи органларининг ҳолатига, умумий трофиканинг ривожланишига ва вегетатив нерв системасининг куч-қувват даражасига (тонусига) қараб енгил ўзгаради.

Болада меъданинг ҳаракатлантирувчи вазифаси:

- 1) чувалчангисимонҳаракатдан(перистальтикадан);
- 2) меъда чиқиш қисмининг вақт-вақтида очилиб ёпилишидан иборат. Меъда ҳаракатлантирувчи вазифасининг бузилиши гипотония (тонусининг сусайиши) кўпинча астеникларда, айниқса қиз болаларда балоғатга етиш даврида кўринади.

Меъда мушаклари тонусининг ортиб таранглашиши, нерв системаси кўзгалувчанлиги юқори кўтариладиган болаларда меъдага кириш жойининг тортишиб қолиши шаклида учрайди ва ўқтин-ўқтин оғриқлар бўлиб туради, эмизикли болаларда эса меъда мушаклари тонусининг кўтариллиши кўпинча пилороспазм кўринишида бўлади. Боланинг умумий безовталанишидан ташқари, фонтанга ўхшаб қайт қилиш ва тана вазни ортишининг тўхтаб қолиши рўй беради. Меъда мушакларининг қисқарилиши қисман адашган нерв ва қисман мушаклар қаватининг орасида кистирилган нерв боғларининг таъсирига боғлиқ. Кўкрак ёшидаги болаларда овқатнинг хилига қараб, меъданинг бўшалиш муддати турлича: она сути билан боқилса — 2—3



соатдан кейин, сигир сути билан боқилса, 3—4 соатдан сўнг меъда бўшалади, меъдадан 1—1,5 соатдан кейин ўтиб кетади.

Қизилўнғач атрезияси – қизилўнғачнинг туғма етишмовчилиги бўлиб, унинг туғма берклиги натижасида ютилган лукманинг меъдага етиб бормаслиги билан таърифланади. Кўпинча қизилўнғачнинг юқори қисми кўр тугаб, пастки қисми трахеяга очилган бўлади.

Қизилўнғач атрезиясининг бошқа анатомик вариантлари ҳам учрайди (1-расм). Қизилўнғач атрезияси вариантлари:

- юқори берк, пастки қисми трахеяга очилган;
- иккала учи берк;
- иккала учи трахеяга (трахея бифуркациясига) очилган;
- юқориси трахеяга очилган, пастки қисми берк;
- юқориси берк, пастки қисми “ипсимон”.

1-расм. Қизилўнғач атрезияси вариантлари

Патофизиология: Қизилўнғач атрезиясида сўлак ёки лукма (агар аниқланмасидан чақалоқ озиклантирилган бўлса) ошқозонга ўтмайди, юқори нафас йўлларига тушиб, аспирация кузатилади. Натижада нафас олиш жарёни бузилиб, ўпка ателектази, аспирацион пневмония кузатилади. Дистал қизилўнғач - трахея оқмаси орқали ҳаво ва суюқлик иккала йўналиш бўйича ҳаракат қилиши мумкин, яъни бемор йиғлаганда, йўталганда интратрахеал босим ошиб, дистал оқма орқали ҳаво қизилўнғачга, ошқозон ва ичакларга ўтиб қолиши кузатилади. Қорин бўшлиғида босим ошганда эса ошқозондаги шира фистула орқали нафас йўлларига ўтиши, трахеобронхит, кейинчалик эса ўпка ателектазига, аспирацион пневмонияга олиб келиши мумкин.

Клиникаси ва диагностикаси. Қизилўнғач атрезияси клиник белгилари чақалоқ ҳаётининг 1-соатларидан намоён бўла бошлайди, беморнинг қизилўнғачи юқори қисми, тамоқ-бурун шилликка тўлади, нафас ҳаракати туфайли нафас йўлларидаги шиллқ ва ҳаво аралашиб, оғиз ва бурун орқали кўпик тоша бошлайди. Кўпикни тозалаб олгандан сўнг бироз ўтгач яна кўпик тоша бошлайди, бемор кўкариб қолиши мумкин. Агар бемор озиклантирилган (эмизилган) бўлса, чақалоқ ўқчиб, кўкариб қолади. Қизилўнғач атрезияси шаклига қараб, клиник белгилар ҳам ўзига хос кечиши мумкин. Энг кўп учрайдиган қизилўнғач атрезияси - юқориси кўр, пастки дистал оқма турида эпигастрал соха, қорин дамлиги кузатилиши мумкин. Қизилўнғач атрезияси пастки проксимал оқмасиз турида эса қорин нисбатан пучлиги кузатилади.

Касалликни аниқлаш учун, учи тўмтоқ, юмшоқ резина катетер билан қизилўнғачни катетеризация қилиш лозим. Катетер бурун орқали 6-8 см узунликда юборилади, у қизилўнғач тугаган жойида туриб қолиши ёки оғиз бўшлиғига қайтиб чиқиши мумкин. Катетердаги шиллқ сўриб олиниб, ҳаво юборилади, ҳаво шовқин билан ташқарига қайтиб чиқса, қизилўнғач атрезияси борлиги тасдиқланади (“**Элефант**” синамаси мусбат). Қизилўнғач атрезиясини эрта диагностикаси муҳимлигини ҳисобга олиб, “нафас олишни бузилиши” синдроми кузатиладиган чақалоқларни ошқозонини зондлаш тавсия этилади (2-расмга қаранг).



2-расм.

Қизилўнғач атрезияси, юқори кўр, дистал оқма тури.
Катетер орқали текшириш.

Қизилўнғач атрезиясини аниқлашда рентгенологик текшириш муҳим аҳамият касб этади. Рентгенологик текширганда 5мл йодолипол эритмаси катетер орқали қизилўнғачга юборилади, қизилўнғач атрезияси юқори қисми кўр тугаганда контраст модданинг қизилўнғачда туриб қолганлиги (3-расм), юқори қисми трахеяга очилган бўлса, контраст модданинг нафас йўлларига ўтиб кетганлиги кузатилади (4-расм). Ундан ташқари қизилўнғач атрезиясида қорин бўшлиғида ҳаво борлиги пастки - дистал оқма тури борлигини (3-расм), қорин бўшлиғи “гўнг” бўлиши эса пастки дистал қисми нафас йўлларига очилмаганлигидан дарак беради. Ундан ташқари, чақалоқда *VATER*, *ёки VACTER* ассоциациялари бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, юрак ва нафас олиш аъзолари сояларига ҳам эътибор бериш лозим.



3-расм. Қизилўнғач атрезияси, юқори кўр, дистал оқма тури. (схема)

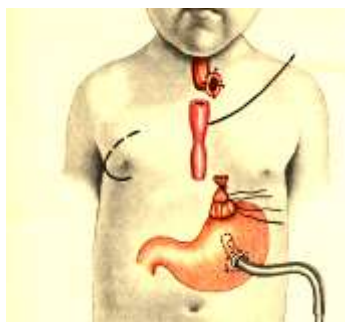


4-расм. Қизилўнғач атрезияси, иккала учи кўр, Катетер орқали текшириш (рентгенография).

Даволаш. Қизилўнғач атрезияси билан туғилган чақалоқ ҳаётини фақат оператив муолажагина сақлаб қолиши мумкин. Туғруқхонадаёқ чақалоқни операцияга тайёрлаш жараёнини бошлаш лозим. Оғиз – бурнини тез – тез (ҳар 15-20 дақиқада) аспирация қилиб туриш, эмирмаслик керак. Махсус бригада кузатуви остида беморни зудлик билан махсуслашган марказга кўчириш лозим. Операция олд тайёргарлиги умумий вақти гемодинамика, гомеостаз, нафас олишни бузилиши ва дегидратация даражасига боғлиқ. Аспирация бўлганда, нафас етишмовчилиги, аспирацион пневмония белгилари кўзга яққол ташланганда ларингоскопия қилиниб, нафас йўллари тозаланиши, лозим бўлганда эса наркоз остида трахеяни интубация қилиш, бронхоскопия қилиб, нафас йўллари тозалаш лозим. Чақалоқни кювезда сақлаш, антибактериал, инфузион, симптоматик терапия ўтказиш лозим.

Беморни оператив даволаш усули ва вақти қизилўнғач атрезиясини шакли, бемор умумий аҳволига қараб белгиланади. Қизилўнғач атрезиясининг энг кўп учрайдиган юқори кўр, дистал оқма турида умумий интубацион наркоз остида торакотомия қилиниб, оқма бартараф этилади. Диастаз 1.5-2.0 смгача бўлганда қизилўнғач учлари бир-бирига уланади (5-расм), масофа узокроқ бўлганда эса юқори қисми бўйин олдидан чиқарилади – бўйин эзофагостомияси қилинади, ошқозонга **Кадер** усулида гастростома қўйилади (6-расм). Чала туғилган, умумий аҳволи оғир баҳоланган беморларга олдин гастростома қўйилиб, аҳволи стабиллашгач, иккинчи босқич билан эзофагостома қўйилади. Интенсив даво давом эттирилади, анастамоз қўйилган тақдирда – ошқозонга

анастомоз орқали туширилган зонд орқали, гастростома қўйилганда эса – гастростома орқали озиклантирилади.



5-расм. қизилўнғач учлари бир-бирига уланиши (схема).

6-расм. Эзофогостома. Гастростома (схема).

Операциядан сўнг 6-7 куни анастомоз ҳолини аниқлаш учун 1-2 мл контраст модда оғиз орқали ичирилади, анастомоз ўтказувчанлиги, контраст модда анастомоз атрофига тарқалиши кузатилади. Асоратлар кузатилмаса эмишга рухсат этилади, 2-3 ҳафтадан сўнг эзофагоскопия қилиш тавсия этилади. Анастомоз соҳасида торайиш кузатилса, №22-24 бужлар билан бужлаш лозим. Операциядан сўнг 1-йилгача бемор диспансер назоратида бўлади. Беморда кардиал жом, қизилўнғач-ошқозон етишмовчилиги, тунги регургитация, қайт қилиш, қайталанувчи пневмония, баъзан эса бемор товуши хириллаши (*n. rekkurens vagus* жарохати туфайли) кузатилиши мумкин.

Агар беморга эзофаго-, гастростома қўйилган бўлса, 2-3 ойлигидан 3 ёшгача операциянинг иккинчи, радикал босқичи – қизилўнғач йўғон ичак ҳисобидан пластика қилиш тавсия этилади. Қизилўнғач пластикасида трансплантат сифатида чамбар ичак қисмидан (7-расм) ташқари, ингичка ичакдан (8-расм), ошқозондан “цилиндр” яшаш, ошқозон қисмини юқорига кўтариш усуллари ҳам мавжуд.



7-расм. қизилўнғачни йўғон ичак ҳисобидан пластика қилиш (схема).

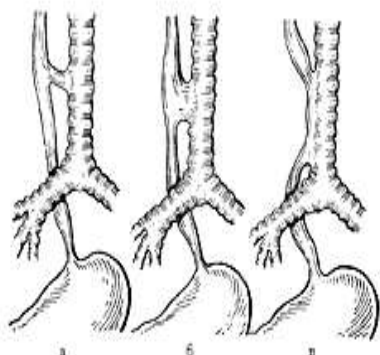


8-расм. Қизилўнғач пластикасида трансплантат сифатида ингичка ичакдан фойдаланиш (схема).

Қизилўнғач атрезиясини пластикасида бир қатор асоратлар ҳам кузатилади, улардан энг жиддийси – трансплантатда қон айланишининг бузилиши ҳисобланади. Ошқозон – қизилўнғач рефлюкси натижасида яллиғланиш, яра ҳосил бўлиши кузатилади. Анастомоз стенози, чоклар ситилиши ҳам кузатилади.

Тузма қизилўнғач-трахея окмалари

- қизилўнғачнинг кам учрайдиган нуқсони бўлиб, 3-4% ташкил этади. Оқма кўпинча юқорида - VI I бўйин ёки I-кўкрак умуртқаси соҳасида бўлади. Оқма диаметри кўпинча 2-4 мм бўлиб, қийшиқ йўналишда, қизилўнғач олд қисмидан трахеянинг мембраналиқисмига қараб йўналган бўлади. Оқма ҳиқилдоқдан бошлаб, трахея бифиркациясигача бўлиши мумкин (9-расм).



9-расм.

Туғма қизилунгач-трахея окмалари - 3 хил турини фарқлашади:

- а) тор ва узун;
- б) қисқа ва кенг;
- в) жуда кенг, яъни трахея ва қизилўнгач ораси катта қисмида девор йўқлиги кузатилади (схема).

Клиника ва диагностика

Туғма қизилунгач-трахея окмалари клиник белгиларининг намоён бўлиши окма диаметри ва очилиш бурчагига боғлиқ бўлиб, кўпинча озиклантирилаётган беморда йўталиш ва цианоз кузатилади. Ушбу клиник белгилар бемор горизонтал ҳолатда бўлганлигида яққол намоён бўлади. Тор ва қисқа окмали беморларда вертикал ҳолатида ушбу клиник белгилар кўриниши сусаяди. Кенг ва калта окмалар клиник белгилари бемор вертикал ҳолатида ҳам яққолроқ намоён бўлиб, нафас йўллари, ўпка ателектази, пневмония асоратлари кузатилади.

Туғма қизилунгач-трахея окмалари - диагностикаси мураккаб бўлиб ҳисобланади, хусусан тор ва узун шаклларида. Беморни текшириш рентгеноскопия ва трахеоскопиядан фойдаланилади. Бемор рентгенологик текшириш вақтида горизонтал, тепага қараган ҳолатда экран остига ётқизилади. Қизилўнгач бошланғич қисмига зонд юборилиб, зонд орқали сувда эрувчи контраст модда юборилади, контрастнинг трахеяда бўлиши окмадан дарак беради. Ушбу усул ёрдам бермаса, трахеобронхоскопиядан фойдаланилади, окма ёриғи трахеянинг орқа деворида аниқланади.

Туғма қизилунгач-трахея окмалари - дифференциал диагностикаси қизилўнгач атрезияси, кардиоахалазия, қизилўнгач – ошқозон рефлюкси, қизилўнгач торайиши, чақалоқ туғруқ ичидан олган бош мия жарохатидан сўнги дисфагия, марказий нерв тизими билан боғлиқ дисфагия билан қиёсланади.

Даволаш – фақат оператив. Операция олд тайёргарлиги –трахеобронхиал дарахт санацияси ва аспирацион пневмонияни даволашдан иборат. Бемор фақат ошқозонга туширилган зонд орқали озикланиши лозим. Умумий оғриқсизлантириш остида, ўнг бўйин, ёки орқа-ён торакотомия йўли билан медиастинумга кирилиб, окма йўли топилиб, ажратилиб, кесиб тикилиб бартараф этилади (10-расм).



10-расм. Қизилунгач-трахея окмаларини бартараф этиш (схема).

Қизилўнгач стенози - туғма ёки ортирилган бўлиши мумкин. Туғма қизилўнгач стенозлари бирламчи ичак эмбриогенези жараёнида вакуолизация ва реканализация жараёнларининг бузилиши натижасида юзага келади. Ортирилган қизилўнгач стенозлари қизилўнгач куйиши, жарохатланишларида чандикланиш жараёнининг нотўғри даволаниши натижасида келиб чиқади.

Клиника: клиник белгилар намаён бўлиши стеноз даражасига боғлиқ. Шунинг учун чақалоқ она сути ёки она сугига яқинлаштирилган аралашмалар билан

озиклантирилганда муаммо бўлмаслиги мумкин. Қўшимча овқат, дағал аралшмалар берилиши билан қуйидаги клиник белгилар намоён бўла бошлайди:

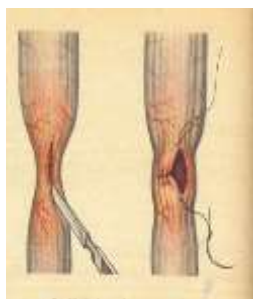
- Дисфагия; - вазн йўқотиш-ориклаш; - дағал овқат ўтиши қийинлашади; - стеноз даражаси кучайганда - бемор суюқликни ҳам юта олмаслиги мумкин

диагностика: эзофагоскопия ва ошқозон-ичак трактини контрастли текшириш натижасида аниқланади (11-расм).

Даволаш: - Бужлаш, ёрдам бермаса; - Оператив – бўйламасига кесилиб, кўндалангига тикилади, зонд ошқозонга ўтказалади (12-расм).



11-расм. Кизилўнгач стенозида торайган соха ва “колбасимон” кенгайиш. Контрастли рентгенография.



12-расм. Кизилўнгач стенозида торайган соха бўйламасига кесилиб, кўндалангига тикилиши (схема).

Қизилўнгач ахалазияси - грекча сўздан олинган бўлиб, “а”- инкор, “халазио” – бўшалиш маъносини англатади, қизилўнгачдан луқмани ошқозонга ўтиши бузилиб, туриб қолиши натижасида қизилўнгач дилатацияси (кенгайиши) кузатилади. “Кардиоспазм”, “қизилўнгач идиопатик кенгайиши”, “мезозофагус” номи билан ҳам юритилади. Касаллик асосан 8-9 ёшдаги болаларда кузатилади, лекин эрта ёшдаги болаларда ҳам кузатилиши мумкин.

Морфологик текширишлар натижасида, ушбу касаллик асосида

қизилўнгач мускуллари орасидаги нерв ганглиялари етишмовчилиги ётиши аниқланди. Нуқсон кўпроқ кардиал жом атрофида сезиларли бўлади, лекин қизилўнгачнинг ҳамма қисмида ҳам кузатилиши мумкин. Натижада қизилўнгач юқори қисмлари мушак қавати тонуси ва моторикаси ўзгаради.

Клиника ва диагностика

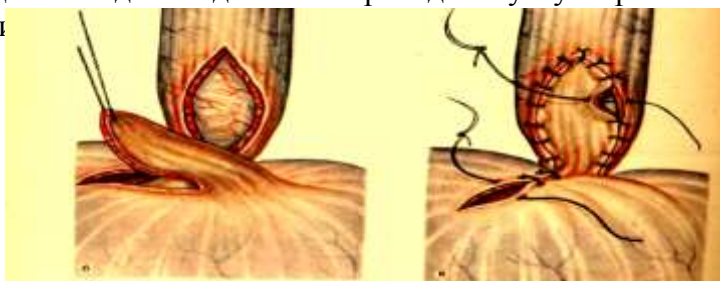
Касалликнинг асосий белгилари – регургитация ва дисфагия. Бемор дағал овқат еганда тикилиш ҳисси ва қусиш юзага келади. Тўш соҳасида оғриқ, босим ҳисси, безовталиқ каби ҳолларни болалар аниқ айта олмасликлари маълум бир қийинчиликлар туғдиради. Қусиқ массаларида асосан чайнаб ютилган овқат қолдиқлари бўлиб, ошқозон шираси аниқланмайди. Бемор овқатланганда тикилиб қолмаслик учун кўп овқат емасдан, кўп чайнаб ютади, овқат устидан кўп суюқлик ичади, тез-тез ютинади. Баъзида бемор ушбу ҳолатини нотўғри талқин қилиб, руҳий касаллик билан ҳам боғлайдилар. Бемор яхши озиқланмаслиги сабабли озиб кетади, уйқусида регургитация бўлиши натижасида аспирация, аспирацион пневмония кузатилади.

Қизилўнгач ахалазиясини диагностикасида рентгенологик текшириш, эзофагоскопия қўлланилади. Контраст модда билан текшириш асосий восита ҳисобланади, барий қизилўнгачни маълум даражада тўлдириб туради, меъдага ўтмаслиги, ёки худди қизилўнгачдан сиқиб чиқарилаётгандек из ҳосил қилиши мумкин. Нормада ҳам кардиал жом торайгандек кўринади, лекин ушбу ҳол динамик характерга эга бўлади. Ахалазиянинг муҳим белгилари дан бири – бу қизилўнгачнинг кенгайиб кетганлигидир. Луқма ютилгандан кейин ҳам жом очимайди, ёки қисман торайиши кузатилади. Рентгенкимографияда қизилўнгач ахалазиси белгила аниқ ва тасвирли кўринади. Эзофагоскопияда қизилўнгач кенгайганлиги, бурмалар кўплиги, оч қоринда кўрилганда ҳам овқат қолдиқлари борлиги кўринади. Эзофагоскоп найчаси, буж қаршилиқсиз ошқозонга ўтиб кетади.

Қизилўнгач ахалазиясини - дифференциал диагностикаси қизилўнгач туғма ёки ортирилган стенози, калта қизилўнгач, туғма ва ортирилган ўсмалар билан қиёсланади.

Даволаш. Ахалазияда хар хил дори-дармонлар билан даволаш ҳеч қандай натижа бермайди, кардиодилататорларни болаларда қўллаш рухий ва техник қийинчилик билан кечиши, тез-тез такрорлаб туриш кераклиги туфайли қўлланилмайди. Эластик бужлар билан бужлаш ҳам вақтинчалик самара беради, шунинг учун ҳам кенг қўлланилмайди.

Хеллер операцияси энг яхши хирургик даволаш усули хисобланади ва чап плевра бўшлиғи орқали ўтиб бажарилади. Бунда шиллик қаватдан ташқарида кардиомиотомия қилинади. Кардиомиотомия қизилўнгачнинг кенгайган жойидан кесишдан бошланиб, кардия орқали меъдагача давом этирилади. Мускуллар кесилгандан кейин томонларга ажратилади.



13-расм. а. Хеллер операцияси. б. қўшимча эзофагокардиофундопликация (схема).

Операциядан кейин патологик аломатлар йўқолиб, бемор бемалол овқатлана бошлайди.

Охирги пайтларда Хеллер операцияси қўшимча эзофагокардиофундопликация қилинмоқда, яъни кесилган жойга меъда девори олиб келиб тикилади (13-расм б). Бу кардиянинг чандиқланишини олдини олиб, операция натижаларини яхшиланишига олиб келади.

Туғма кардия халазияси - ёки кардиянинг очилиб туриши биринчи маротаба алохида касаллик сифатида Вечепвеч томонидан 1947 йилда ёзилган. Маълумки, нормада кардия ёпиқ ҳолда бўлади, унинг очилиши рефлекс равишда овқат лўқмаси ютилиб ўтаётганда бўлади. Кардия фаолиятининг етишмовчилиги чақалоқ ҳаётининг 5-7 ҳафтасигача физиологик ҳисобланиб, кейинчалик бартараф бўлади. Чақалоқларда меъда-қизилўнгач рефлюксининг бўлиши анатомио-физиологик етишмовчилик деб қаралади. Кардия етишмовчилигида бола йиғлаганда, кучанганда қоринда босим ошиб, меъдадан овқатнинг бемалол орқага қайтиши кузатилади. Доимий бўлиб турадиган меъда-қизилўнгач рефлюкси, меъдадаги кислотали овқатнинг қизилўнгач шиллик қаватига емирувчи таъсир қилиб, пептик эзофагит ҳосил бўлишига олиб келади. Қизилўнгач тешиги чурраси, калта қизилўнгачда учрайдиган кардия халазияси белгилари кардхиал жом анатомияси бузилиши ҳисобидан бўлади.

Клиника ва диагностика. Халазия тез-тез қусиш билан кечади. Бола ҳаётининг биринчи кунларидан овқатлантирилганда, овқатлантирилгандан сўнг қусади. Қусиқ таркиби асосан ивиган сут бўлади. Дарров қусса сут ўзгармаган ҳам бўлиши мумкин. Қусиқ таркибида қон бўлиши мумкин, натижада болада камқонлик кузатилади. Қусиш бир-неча ой давом этса, бола озиб кетиши, аспирация бўлиши, аспирацион пневмония ривожланиши мумкин.

Текширишда рентгенологик ва эзофагоскопия муҳим роль ўйнайди. Рентгенологик текширганда беморга контраст ичирилиб, Тределенбург (тизза-тирсак) холатида ён томондан рентгенография қилинади. Эзофагияда асосан пептик эзофагит белгилари аниқланади.

Халазияни - дифференциал диагностикаси туғма калта қизилўнгач, қизилўнгач стенози, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, пилоростеноз, пилороспазм, чақалоқ туғруқ вақтида олган бош мия жарохатидан сўнги қусиш билан қиёсланади.



14-расм. Каншин усулида фундопликация ва пилороластика (схема).

Даволаш. Болаларда кардия халазияси асосан консерватив даволанади. Бунинг учун бола овқатланганда, овқатлангандан сўнг доимо вертикал ҳолатда, кўтариб туриш керак. Консерватив даво самарасиз бўлганда оператив даво қўланилади (14-расм).

Ошқозон кардиал қисмидан манжета ҳосил қилиш натижасида антирефлюкс механизм ҳосил қилинади.

Тугма калта қизилўнгач - касаллик туғма нуқсон ҳисобланади, морфологик жихатдан қизилўнгачнинг дистал қисми меъда шиллик қавати билан қопланган бўлади. Касаллик ошқозон-қизилўнгач рефлюкси билан кечади, касаллик “брахоэзофагус”, “кўкракдаги меъда”, “жойига тушмаган меъда” номи билан ҳам юритилади. Икки хил асоратланади: - ярали эзофагит натижасида структура бериши; - пептик ярали эзофагит натижасида иккиламчи қисмнинг бўлмаслиги.



15-расм. ошқозон кардиал қисми диафрагмадан юқорида (схема).

Касаллик келиб чиқишининг сабаби эмбрионал ривожланиш даврининг биринчи ойининг охирида меъда кўкрак қафасида жойлашган, иккинчи ойнинг охирида қорин бўшлиғига тушиши лозим, жараённинг бузилиши, қизилўнгач дистал қисми шиллик

каватининг меъда шиллик қавати билан қопланиши касалликка сабаб бўлади (15-расм).

Клиника ва диагностика. Бемор анамнезидан қусиш синдроми кузатилади. Қусиш синдроми бемор ҳаётининг биринчи кунларидаёқ ёки бир ойлик бўлгунча бошланади. Кейинчалик касаллик клиник белгилари иккиламчи торайиш бор ёки йўқлигига боғлиқ бўлади. Қусиш бемор овқатланганда, йиғлаганда, горизонтал ҳолатда ётганда бошланади. Қусуқ таркибида нон ушоқларини кўриш мумкин. Пептик ярали эзофагитдан кейин иккиламчи торайиш кузатилади. Касалликни аниқлаш учун ошқозон-қизилўнгач рефлюкси борлигини аниқлаш керак. Бунинг учун беморни контраст модда бериб Тределенбург (тицца-тирсак) ҳолатида текшириш талаб этилади. Рефлюкс бўлса контраст модда қизилўнгачга ўтиши кузатилади (16-расм). Эзофагоскопияда шиллик каватда фибрин қопламалари, яралар, эрозиялар кўринади. Пептик яраларнинг чандиқланиши натижасида ҳосил бўлган стенозлар аниқланади.





16-расм. Тределенбург ҳолатида текшириш ошқозон-қизилўнғач рефлюкси аниқланиши.

17-расм. Ниссен усулида фундопластика ва пилоропластика.

Даволаш – хирургик муолажани талаб қилади, Каншин ёки Ниссен усулида фундопластика қилинади (17-расм). Пептик стеноз бўлганда эса фундопластика гастростома билан биргаликда қилиниб, стеноз соҳаси бужланади.

Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни қўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинико-лаборатор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.
8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ №2

БОЛАЛАРДА ЎПКА ВА БРОНХЛАР РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, тарқатма материаллар.

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида болаларда ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонларини ўқитишнинг асосий принципи касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

- а) Ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонлари патогенезини
- б) классификациясини
- в) клиник хос белгиларини
- г) диагностика ва дифференциал диагностикасини
- д) хирургик даво принципларини

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши
- б) кўриқдан ўткази олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши
- г) ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари рентгенограммаларини фарқлаб, ўқий олиши

1. талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

- а) ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилини ўрганиш
- б) ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари рентгенологик кўринишларини ўрганиш

машғулотни мустақил ўрганиши учун топшириқ:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш
- б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш

- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш
- г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш
- д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш

Уйга вазифа:

- а) ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонлари патогенези
- б) классификацияси
- в) клиник хос белгилари

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик - “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

Машғулотнинг мазмуни

1. Ўпка ривожланиш эмбриогенези. Аномалиялар ривожланиш этиопатогенези.
2. Ўпкалар агенезияси, аплазияси ва гипоплазияси.
3. Трахея ва бронхлар туғма норасоликлари.
4. Лобар эмфезима. Клиникаси, ташхиси, давоси.
5. Ўпка кисталари, секвестрацияси. Клиникаси, ташхиси, давоси
6. Бронхоэктазия. Клиникаси, ташхиси, давоси, операциядан кейинги реабилитация.
7. Диафрагма туғма чурралари. Ёлғон ва Хақиқий чурралар: Диафрагма чуррасида “асфиксик сиқилиши” синдроми.

Назарий қисм

Болаларда ўпка ва бронхлар ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари – эмбрионал ривожланиш даврининг икки босқичида нотўғри шаклланиши натижасида юзага келади, яъни гестация даврининг 3-6 ҳафтаси оралиғида бирламчи ичакдан трахея дивертикули ажралиши ва шаклланишининг бузилиши; ва гестация даврининг 6-16 ҳафтаси оралиғида дистал бронхларнинг ҳосил бўлиши ва шаклланишининг бузилиши натижасида ўпка-бронх тизимида туғма нуқсон ва аномалиялар вужудга келади. Чақолоқ ва катталар нафас олиш аъзоларининг анатомияси ва физиологиясида ўзига хос бўлган фарқлар мавжуд. Нафас йўлларининг липилловчи эпителий билан қопланиши гестация даврининг 6-16 ҳафтасига тўғри келади. Туғилган чақалоқда ҳаво алмашинуви респиратор бронхиолаларнинг шингилсимон халтачасида кечади. Нафас олиш аъзоларининг анатомик структураси шаклланиши (бронхиолалар, алвеолар, йўлакчалар, алвелар дарахт) бола ҳаётининг 18-ойигача давом этади. Постнатал ривожланиши давомида 20 млн. алвеола билан туғилган чақалоқнинг алвеолалари сони 8-ёшлигида 300 млн атрофида бўлади. Чақалоқ трахеяси бола вазни ва ўпка ҳажмига нисбатан непропорционал бўлиб, қисқа ва кенг бўлади. Ривожланишнинг кейинги босқичларида ўпка ҳажми қарийб 30 мартага катталашади. Шунинг учун болаларда нафас йўлларининг яллиғланиши, хусусан дистал қисмларинг яллиғланиши – бронхиолит ва ўпка шиши тез ривожланади.

Чақалоқ кўкрак қафаси катталар кўкрак қафасидан шакли билан фарқ қилади, катталарнинг овалсимон шакли кўкрак қафасига нисбатан уларнинг кўкрак қафаси доира шаклини эслатади, бу эса кўкрак экскурсиясини имкониятларини чегаралайди. Уларда қовурға икки, яъни тоғай ва суяк қисмдан иборат. Қовурғалар горизонтал жойлашган бўлиб, қовурға тоғайлари тўш суяги билан бир текисликда ётади. Қовурғалар нисбатан эластиклиги, қовурғалараро мушакларнинг функционал имкониятлари чегараланганлиги нафас олганда ва нафас чиқарганда нафс ҳажмини тўлиқлигини таъминлай олмайди. Нафас олиш, нафас ҳажми асосан диафрагманинг экскурсион фаолияти билан боғлиқ бўлади. Шунинг учун чақалоқларда абдоминал

хирургик муолажалар, ичаклар парези нафас олиш фаолиятига тез ва ножўя таъсир қилади.

Агенезия ва аплазия. Ўпканинг ёки бир вақтнинг ўзида бош ёки дренажловчи бронхнинг йўқлиги *агенезия* дейилади.

Аплазия деганда шаклланган ёки рудиментар ”бош“ бронх борлиги бутун ўпканинг ёки унинг бир қисми йўқлиги тушунилади. Икки томонлама ўпка агенезияси ёки аплазияси билан туғилган болалар ҳаёт кечира олмайди. Бу нуқсонлар бошқа ривожланиш норасоликлари билан бирга (юракнинг туғма нуқсонлари, қизилўнғач атрезияси, диафрагма чурраси, Боталлов йўлининг битмай қолиши) учрайди. Агенезия билан касалланган беморларда ўлимнинг сабаби ўпка инфекцияси ҳисобланади. Ўнг ўпкасида агенезия ривожланган болалар ўлими кўпроқ кузатилади, чунки битта чап ўпкада яллиғланиш жараёни тез ривожланади. Баъзи кузатишларга кўра ўпка агенезияси билан туғилган беморлар узок умр кўриши ҳам мумкин. Ўпка нуқсонининг клиник кўриниши бирламчи пневмомерлар бўлинишининг тўхташ даражаси билан аниқланади. Ўпка агенезиясининг клиникасида кўкс аъзоларининг сурилиши натижасида юрак ва нафас фаолиятининг бузилишлари кузатилади. Бемор ҳансирашдан шикоят қилади. Кўздан кечирилганда кўкрак қафасида асимметрия (нафас олганда шу ярмининг орқада қолиши кузатилади), кўкс аъзолари ўпканинг нуқсони ривожланган томонга сурилади. Юрак бу ҳолатда вертикал ўқи атрофида буралган бўлади.

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

Ташхиси. Клиник, рентгенологик ва бронхоскопик натижаларга асосланиб қўйилади. Уларнинг ичида бронхоскопия, бронхография ва ангиопульмонография ва компьютер томография (КТ) ва магнит-резонансли томографияси (МРТ) муҳим ўрин тутуди. Рентгенологик текширилганда (ковурғалараро) касалланган томонда ковурағалар оралиғининг торайиши, диафрагма пардаси юқори жойлашгани, кўкрак қафасининг шу соҳаси қоронғилашгани кузатилади. Рентгенологик текширишда клиник белги соғлом ўпкани кўкрак қафасининг иккинчи ярмида тасдиқланади (1-расм).

Ўпка агенезиясини бронхоскопия қилганда бош бронх ва трахея бифуркацияси йўқлиги кўрилади. Ўпка аплазиясида бифуркация ва диаметри торайган бош бронх аниқланади (бронхоскопияда). Бронхография текширувида ўпка агенезиясига хос ҳамма белгилар аниқланади. Ўпка агенезияси ёки аплазияси деб ташхис қўйилган беморлар узок вақт диспансер кузатувида бўлишлари керак.

ЎПКА ГИПОПАЗИЯСИ

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

Бутун ўпка гипоплазияси. Беморни кўрганда кўкрак қафасида асимметрия, айниқса орқадан қараганда аниқ ифодаланган бўлади. Бу орқа ассиметрик симптоми дейилади. Бу симптом фақат бутун ўпка гипоплазиясида эмас, балки ўпка агенезиясида, туғма ёки ортирилган массив ўпка аплазиясида ўтказилган пульмонэктомиядан кейин ҳам учрайди. Перкуссияда гипоплазияга учраган ўпкада перкутор товуш қисқарганлиги аниқланади. Кўкс оралиғи бунда касал ўпка томонга сурилган бўлади. Нафас

етишмовчилиги аломатлари ташки томонда тинч турганда ва кўп бўлмаган физик зўрайишда ўзгармаслиги мумкин. Нафас олиш фаолиятини чуқурроқ текширилганда юрак қон томир етишмовчилиги ва нафас етишмовчилиги борлиги аниқланади. Шунинг учун бундай болаларни биз соғлом болалар деб айта олмаймиз. Юқорида ўпка гипоплазиясининг куруқ тури ҳақида фикр юритилди. Клиник кечишининг бошқа тури яхши ривожланмаган бронх ва улардаги йиринг билан боғлиқ. Бундай беморларда касалликнинг клиник кечиши бронхоэктатик касалликнинг клиник кўринишидан фарқ қилмайди. Балғам билан йўтал даврий хусусиятга эга.

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

Рентгенографияда гипоплазияга учраган ўпка томонда ўпка майдонининг бир хил қорайиши, юрак ва диафрагма соясининг кўшилиши билан бирга кузатилади. Зарарланган томонда кўкс ораллигининг сурилиши, қовурғалар орасининг торайиши аниқланади. Баъзан медиастинал чурра аниқ кўринади (1-рasm).

Бронхоскопияда асосий бўлак устунидан ёки сегментар бронхлардан нормал ёки аномал кетувчи бронхларнинг бирдай торайиши ва тўмтоқ тамом бўлиши аниқланади. Яллиғланиш бўлса, эндобронхитга хос кўриниш кузатилади.



1-рasm. Ўнг ўпка гипоплазияси.



2-

рasm. ўпка кистоз гипоплазияси

Бронхографиядаги кўриниш бош бўлақлар ва сегментар бронхлар гипоплазиясининг даражасига боғлиқ бўлади. Ўпка гипоплазиясида деформацияланган ва қисқарган бўлак, сегментар бронхлар аниқланади. Бронхлар сони нормага тўғри келмайди.

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

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

ТРАХЕАЛ БРОНХ - бронхларнинг ажралиш нормасига киради. Бўлак ёки сегментар бронх тўғридан тўғри трахеядан ажралади. Трахеал бронхнинг бир қанча таснифи қабул қилинган. Кўпроқ қўлланадиган аралаш ва юқори комплект трахеал бронхга бўлиниши ҳисобланади. Аралаш деганда нормал бронх ажралиш жойининг атипиклиги тушунилади. Масалан, ўнг юқори бўлак тўғридан тўғри трахеядан ажралади, бунда ўпкадаги бронхлар сони нормал қолади. Юқори комплектли трахеал бронхда бутун ўпкада, бўлакда ёки сегментда кўшимча бронх бўлади. Бу ҳам тўғридан-тўғри трахеядан ажралади. Трахеал бронх типик клиникага эга эмас. Клиник кўриниши асосан ўпка тўқимасидаги ўзгаришларга боғлиқ. Трахеал бронхда бронхологик текширишга асосланиб ташҳис қўйилади. Бронхоскопияда тўғридан-тўғри трахеядан

ажралувчи қўшимча бронх равоғи аниқланади. Бронхоскопияда трахеал бронхни аниқлагандан кейин топилган нуқсонни тўлиқ исботлаш учун бронхография ва ангиопульмонография ўтказиш зарур.

ТРАХЕОБРОНХОМАЛЯЦИЯ (Мунье-Кун синдроми)

Трахеобронхомалаяция (трахеобронхомегалия) — трахея ва бронхларнинг мускул ва эластик элементлари тўлиқ ривожланмаслиги натижасида бронх ва трахеяларнинг улкан кенгайиши. У кам учрайдиган туғма ривожланиш нуқсони ҳисобланади. Нуқсон яна трахея кенгайишисиз, бош ва бўлақлар бронхи кенгайиши билан кузатилиши мумкин. Баъзан майда бронхларнинг киста туридаги кенгайиши ҳам кузатилади.

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

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

ЛОБАР ЭМФЕЗИМА – ўпканинг туғма бўлак эмфиземаси

- ўпка гистологик нормал ривожланган паренхимаси бир ёки бир неча бўлагининг трхеобронхиал дарахт тоғайлари ривожланмаслиги натижасида трахеомалаяцияга (пучайиши, бужмайиши) учраши, нафас чиқаришнинг бузилиши натижасида соғлом бўлакда ҳаво туриб қолиши (компенсация шакли), ёки прогрессив равишда интралобуляр ҳаво босими ошиб бориши (суб-, декомпенсация турларида) кузатилади. Бирдан шишган зарарланган ўпка бўлаги соғлом қисмини сиқиб туради. Кўкрак ичи таранглашишига, кўкс оралиғининг сурилишига сабаб бўлади. Туғма лобар эмфиземанинг келиб чиқиши тоғай халқаларининг тўлиқ ривожланмаслиги ва агенезияси ҳисобига, бронхта клапан борлиги, бронх шиллик қаватининг гипертрофияси, стенозига бағлиқ. Патоморфологик текширишлар шуни кўрсатадики, бу касалликка кўпроқ, қуйидагилар сабаб бўлади:

- Терминал ва респиратор бронхиал шиллик, мускул аплазияси.
- Майда бўлақлар ва респиратор бронх кисталарининг оралиқ генерацияси йўқлиги.
- Бутун респиратор бўлакнинг агенезиясида кўпгина микроскопик бўшлиқлар борлиги.

Туғма бўлак (лобар) эмфиземасининг 3 та клиник тури фарқланади:

1. Ўткир - декомпенсацияланган тури
2. Ўткир ости - субкомпенсацияланган тури
3. Сурункали - компенсацияланган тури

Туғма бўлак эмфиземасининг декомпенсацияланган тури бола туғилганда аниқланади ва кўп қайталанувчи асфиксия хуружи билан кузатилади. Нафас олиш тез, кўкрак қафасида асимметрия, зарарланган томон бир оз бўртиб туради. Рентгенда ўпка майдони тиниклиги ошгани аниқланади. Соғлом ўпка қисилган, кўкс оралиғининг

карама-қарши томонга сурилган (3-расм). Ангиопулмонографияда қон томирлар билан зарарланган соҳада деярли йўқлиги кузатилади (4-расм).

Субкомпенсацияланган турида клиник белгилар янги тугилган чақалокнинг сўнгги даврларига тўғри келади. Ўзгаришлар секин-аста ривожланади. 1-ойдан 3 ойгача цианоз хуружлари қисқа бўлади. Рентген тасвирида ўпка тиниқлигининг пасайганлиги ва ўпка тасвирининг бутунлай йўқлиги кузатилиши мумкин.



3-расм. Лобар эмфизема (схема)



4-расм. Лобар эмфиземада ангиография

Касалликнинг компенсацияланган тури асосан каттароқ болаларда учрайди ва рентген тасвирида ўпка майдони тиниқлигининг ошиши, кўкс ораллигининг сурилиши кучсиз ифодаланганлиги аниқланади. Солиштирма ташхис таранглашган пневмоторакс, таранглашган ўпка кистаси, диафрагма чурраси, бронх ёт таначалар эмфиземаси, пневмониядаги компенсатор эмфизема билан ўтказилади.

Пневмотораксни инкор қилиш учун баъзи ҳолларда плеврал бўшлиқни пункция қилинади. Таранглашган пневмотораксда кўп миқдорда босим остида ҳаво олинади (лобар эмфиземада бир неча миллилитр ҳаво олинади). Бронхоскопия ва бронхографияни кўпинча текшириш усули сифатида компенсацияланган, баъзан субкомпенсацияланган турларида қўллаш мумкин.

Давоси. Туғма бўлак эмфиземаси даволаш усули радикал операция, яъни зарарланган бўлакни олиб ташлашдан иборат. Декомпенсацияланган турида хирургик аралашувни кечиктириб булмайди. Субкомпенсацияланган турда операция муддати бемор ахволига қараб белгиланади. Компенсацияланган турларида операция режали равишда қилинади.

Ўпка кисталари. Болалар ўпкасида киста ва кистасимон ҳосилалар кам учрайди, лекин туғма кисталар учраши сонини айтиш қийин. Чунки туғма ва орттирилган ҳосилаларнинг клиник ва рентгенологик кўриниши ўхшаш бўлади (5-расм). Туғма кисталарнинг келиб чиқиши эмбрионал даврида бронх ва альвеолалар ривожланишининг бузилиши билан боғлиқ. Эмбриогенезнинг бошланғич даврларида ривожланишининг бузилиши ҳисобига кўпроқ битта катта киста ҳосил бўлади. Кеч даврлардаги бузилиш кўплаб майда кисталар (поликистозлар) пайдо қилади. Кисталарга йиғилган шиллик моддалар ҳисобига унинг катталашиши атроф бронхлар қисилишига, деформациясига, бронх куртакларининг нотўғри ривожланишига олиб келади. Туғма кисталар аниқ қобикга эга бўлиб, кўпинча бронх билан туташган бўлади. Бу туташ жой минимал бўлиши мумкин, кириш жойи тор, эгри-бугри ёки тор, қийшиқ. Унинг ўтказувчанлиги доимий эмас ва осон бекилиши мумкин. Туғма киста деворини рентгенологик текширганда бронх элементларининг силлиқ мускул толалари аниқланади. Кистанинг ички юзаси эпителий билан қопланган. Орттирилган кисталар учун бу белгилар характерли эмас.



5-расм. Ўнг ўпка туғма кистаси.

Клиник нуқтаи назардан кисталар асоратсиз ва асоратли бўлади. Асоратсиз туғма кисталар кам учрайди. Уларнинг кечиши симптомсиз, фақат тасодифан рентгенологик текширувда аниқланади. Болаларда симптомсиз туғма кистани орттирилган ҳаво кисталари (булла) билан кўп солиштиришга тўғри келади.

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

Кистанинг йиринглаши ҳар қандай ёшда кузатилиши мумкин. Шу билан бирга туғилгандан кейин ҳам йирингли жараёнга хос клиник симптомлар бўлади: юқори ҳарорат, интоксикация. Лейкоцитоз ва рентгенологик тасвирда баъзан бир нечта суюқлик сатҳи билан юмшоқ шаклдаги бўшлиқлар аниқланади. Рентгенографияда ва айниқса томографияда киста капсуласи аниқ кўриниб туради. Туғма йиринглаган кисталарни ҳамма вақт ўпка стафилококкли деструкциясининг ҳар хил турлари билан солиштирма ташхис ўтказилади (биринчи навбатда абсцесс ва пневмоторакс билан). Клиник кўринишдаги фарқи: ўткир стафилококкли деструкцияда нафас етишмовчилиги белгилари кучлироқ ифодаланган бўлади. Ўпка туқимасида жараённинг тез тарқалиши кучли ҳансирашга олиб келади. Туғма йиринглаган кисталарда узоқ вақт ривожланиш нуксони билан бирга ёрдамчи механизмлар ва ташқи нафас фаолиятининг компенсацияси ишга тушади. Рентгенда капсула борлиги ва перифокал реакция йўқлиги туғма кистани стафилококкли абсцесдан фарқ қилишга имкон беради. Пневмотораксда синусда экссудат аниқланади. Туғма йиринглаган кистада синус бўш бўлади, агар киста плеврал бўшлиқка ёрилмаган бўлса, кўкс оралиғининг сурилиши кам ифодаланади. Туғма йиринглаган кистани даволашнинг тўғри усули операция ҳисобланиб, у ўпканинг киста бор соҳасини резекция қилишдан иборат.

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

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

Давоси. Таранглашган кисталар фақат оператив усул билан даволанади. Операция олдидан кўкрак қафасининг таранглашишини камайтириш мақсадида

кистани дренажлаш ёки пункция қилиш жойи аниқланади. Операциянинг хажми киста капсуласини бирга олиб ташлаш билан белгиланади. Жароҳат юзаси атравматик нина билан тикилади. Баъзан лобэктомия ёки сегментар резекция қилишга тўғри келади. Операциядан кейин плеврал бўшлиқ дренажланади.

Ўпка секвестрацияси. Ушбу ривожланиш нуксони кам учрайди. Бунда ўпканинг бирор сегменти ёки ўлчами *аорта ва унинг шохларидан қон* билан таъминланиб, веноз қонининг кичик қон айланиши доирасига қуйилиши кузатилади ва бунга *секвестрация* дейилади. Интралобар ва экстралобар шаклларига ажратилади, интралобар шакли асосан ўпка паренхимасининг ичида, орасида жойлашган бўлса, экстралобар шакли ўпка паренхимасидан ташқарида жойлашади. Бунда қўшилмаган ўпка паренхимаси кистасимон ҳосилага ўхшайди, у ҳам ривожланган, алоҳида плевра билан ўралган бўлади ва кўпинча пастки бўлақларда жойлашади. Клиник белгилар ўпканинг секвестрланган соҳаси йиринглаганда юзага келади. Ўпка абсцесси, кистаси билан, диафрагмани қизилўнгач тешигининг чурраси билан солиштирма ташхис ўтказилади. Нуксонли ривожланган ўпка соҳаси айнан қон томирлар орқали қон билан таъминланади. Бу қон томир аортадан чиқади. Операция пайтида шу томирга тасодифан шикаст етказилса, қон кетишига сабаб бўлади. Диагностикасида тасвирий рентгенографиядан ташқари ангиопулмонография муҳим ўрин тутаяди, бунда бевосита кўкрак аортасидан чиққан қон томирни кўриш мумкин.

Давоси. Умумий интубацин наркоз остида торакотомия қилинади. Олдиндан аномал қон томирни боғлаб, секвестрланган ўпка соҳаси олиб ташланади.

Бронхоэктазия. Бронхоэктазия бронхларнинг патологик кенгайиши билан кечадиган сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўпка паренхимасини пневмосклерозга олиб келади. У хар хил даражада, кам цилиндрик деформациядан тарқалган дағал халтасимон (қопсимон) эктазиягача бўлади. Патологик кенгайган бронхлар дренаж функциясининг бузилиши инфекцияланган балғамнинг туриб қолишига шароит яратади. Йирингли жараён асосан зарарланган бронхларда ифодаланган бўлади. Бронхитлар эса тарқоқ равишда деформацияланган бронхларга ҳам тарқалиши мумкин. Ўпка тўқимасида ҳам ўзгаришлар бўлади, бу кейинчалик склерозга ва шу зарарланган соҳанинг газ алмашинувида иштирок этмаслигига олиб келади.

Бронхоэктазиянинг учраши 0,5—1,7% гача ташкил этади. У кўпроқ ёш болаларда, жумладан 5 ёшгача бўлган болаларда 50%, 10 ёшгача бўлган болаларда 70—75% ни (ҳамма касаллар сонидан), 20 ёшдан ошганларда 8% ни ташкил қилади. Касалликнинг асосий қисмини ортирилган бронхоэктазия ташкил қилиб, кўпроқ улар ёшлиқда ўтказилган сурункали зотилжам натижаси ҳисобланади. Ўткир зотилжамнинг сурункали зотилжамга ўтишига қуйидаги омиллар мойиллик қилади:

-кеч бошланган ёки тугалланмаган даволаш;

-антибиотикларни тўғри қабул қилмаслик; ёмон овқатланиш;

-қўшимча йўлдош касалликлар (бронхит, гипотрофия) ва баъзан қизамиқ, кўк йўтал ва грипп билан боғлиқлик. Бундай вирусли зотилжам кўпроқ ўпканинг ателектази билан кечиб, сурункали яллиғланишнинг келиб чиқишида маълум ўринни эгаллайди. Бронхоэктазия билан касалланган кўпгина болаларда буруннинг ёндош бушлиқларида (гайморит, фронтит, этмоидит) ёки бурун - халқумда (тонзиллит, аденоид) касалликлар аниқланади. Бу инфекция ўчоқлари касалликни узоқ ва сурункали давом этишида ва бронх-ўпка тўқимасида сурункали жараённинг келиб чиқишида муҳим ўринни эгаллайди. Баъзи ҳолларда бронхоэктазиялар пайдо бўлишининг дастлабки босқичи сурункали бронхит ҳисобланади. У бронхларда деформация, перибронхиал ва интерстициал тўқималарда яллиғланиш ривожланишига олиб келади. Баъзи ҳолларда ўпка тўқимасидаги яллиғланиш жараёни склероз ва бронхларда иккиламчи деформацияга сабаб бўлади. Ортирилган бронхоэктазия бронхларнинг ёт таначалари ҳисобига бўлиши мумкин (айниқса олиб ташланмаган

органик ёт жисм бўлса). Бундан ташқари орттирилган бронхоэктазия ўпка сили ва специфик лимфаденит билан боғлиқ бўлади. Сўнгги пайтларда бронхоэктазиянинг келиб чиқишида меъда ости безининг кистозли фибрози (*муковисцидоз*) катта ўрин тутуди деб хисобланади. Бунда наслий касаллик натижасида овқат хазм қилиш, нафас йўллари безларининг секрецияси бузилади. Безлар шиллиқ ишлаб чиқаради. Бу шиллиқ безлари чиқарув йўлини беркитиб қолмасдан, балки аъзолар бўшлиғини тўлдириб қўяди (ичак, бронх).

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши ва инфекцияланиши ателектаз ва бронхоэктазияга олиб келади. Баъзи ҳолларда касаллик бронх-ўпка тўқимасининг туғма нуқсонлари натижасида ҳам келиб чиқади. Бронхоэктазияга олиб келувчи ривожланиш нуқсонларининг 2 та тури фарқланади:

1) бронхларнинг дистал ва респиратор қисми агенезияси, бирламчи бронхлар тутами ампутацияси, эмбриогенезнинг дастлабки босқичларида шохланишдан тўхтаб қолиши;

2) бронхиолалар катта бронхлардан ажралган, ўрта бронхлар генерациясининг катта қисми бўлмади: альвеоляр паренхима миқдори редукцияланган, бундай ривожланиш нуқсони қуйи табақали умуртқалилар ўпкасини эслатади (амфибия, кушлар).

Туғма бронхоэктазиялар кўпроқ дағал халтасимон ёки кистасимон кенгайган турда бўлади (ўпка поликистоз). Туғма ривожланиш нуқсонига Картогенер синдроми ҳам киради, у учлик симптоми билан характерланади: бронхоэктазия, сурункали синусит ва аъзоларнинг ногўғри жойлашиши. Постнатал ривожланиш нуқсони натижасида ёки дизонтогенетик келиб чиқувчи бронхоэктазиялар фарқланади. Дизонтогенетик бронхоэктазлар кўпинча туғма ателектаз натижасида келиб чиқади.

Ўпка тўқимаси ателектаз соҳасида дифференциялашмайди, қаттиқлашади, ҳамма жараёнлар тўхтайдди. Бронхлар найсимон без шаклида ўса бошлайди ва дизонтогенетик бронхоэктаз кўринишида юзага келади. Клиник-морфологик текширишларига кўра, болаларда

- орттирилган бронхоэктазиялар 58%,
- дезонтогенетик — 18%,
- туғма — 24% учрайди.

Болаларда бронхоэктазиянинг патогенезида унинг келиб чиқишига боғлиқ бўлмаган ҳолда қўйидаги умумий ҳолатларни кўрсатиш мумкин: туғма нуқсон ёки орттирилган ўзгаришлар натижасида патологик кенгайган бронхлар дренаж функциясининг бузилиши, балғам йиғилиб қолиши, бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши. Доимий инфекцияланиш бронх-ўпка тўқимасидаги яллиғланиш жараёни янада чуқурлашишига олиб келади. Болаларда кўпроқ учрайдиган тури ателектазик бронхоэктазия бўлиб, у 30—50% ни ташкил қилади. Бунда макроскопик кўрганда ўпка ёки унинг бўлаклари кичрайган, ушлаб кўрганда қаттиқ, ҳавосиз, нафас олганда кенгаймайди, кўмир пигменти йўқ, кесилганда ателектазлашган ва фиброзлашган тўқима орасидаги жойда киста, ғалвирсимон ўпка туридаги бронхоэктазлар аниқланади.

Туғма бронхоэктазларда бўшлиқ бироз каттароқ бўлади. Бундай ҳолларда морфологик томондан дезэмбриогенез белгиларини аниқлаш мумкин. Баъзи ҳолларда макроскопик бўлак нормал кўриниши мумкин, лекин кўпроқ пигмент камайган, нафас олганда кенгайиши чегараланган бўлади. Қўл билан кўрганда эмфиземаланган соҳалар билан алмашинувчи, қаттиқлашган ва кенг деформацияланган бронхлар аниқланади. Баъзан бутун бўлак эмфизема ҳолида бўлиб кўринади. Сегментар, субсегментар ва бўлак бронхларини кесиб кўрганда цилиндрик, қопсимон ёки шохсимон бронхоэктазлар борлигини ва бронх деворида ўпка тўқимасида сурункали йирингли

яллиғланиш белгилари аниқланади. Зарарланган ўпка соҳасининг нерв тўқималарида, қон ва лимфатик томирларда ҳам патологик ўзгаришлар бўлади.

Бронхоэктазиянинг куйидаги таснифи мақсадга мувофиқ:

- 1) келиб чиқишига қараб — орттирилган, дезонтогенетик, туғма;
- 2) бронх кенгайиш шаклига қараб — цилиндрсимон, халтасимон, кистасимон;
- 3) тарқалиши буйича — бир томонлама, икки томонлама, кенг (9—10 сегментдан кўп), камроқ — бўлак ва сегментни кўрсатган ҳолда;
- 4) жараённинг фазасига қараб — зўрайиш, ремиссия.

Ташхисда албатта юрак ва нафас етишмовчилиги борлиги, даражаси, кўшимча касалликлар ва асорати кўрсатилиши керак.

Клиникаси. Болаларда бронхоэктаз касаллигининг клиникаси биринчи навбатда зарарланиш кенглиги ва юрак қон-томир системаси, нафас функциясининг бузилиши, компенсация даражаси билан аниқланади. Агар бронхит зарарланган соҳадан ташқарига чиқмаса, у маҳаллий, ўпканинг қўшни бўлақлар бронхларига тарқалган бўлса, диффуз ҳисобланади. Диффуз бронхит маълум даражада касаллик кечишини оғирлаштиради. Кўпгина болалар анемнезида эмизикли ёки илк ёшида бошланган зотилжамнинг қайталаниши қайд қилинади.

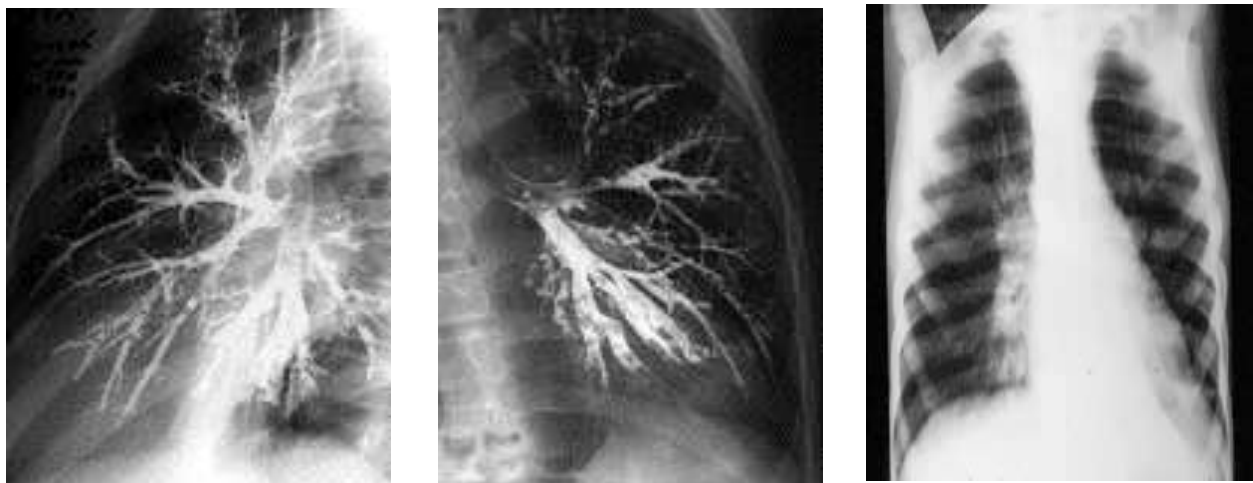
Барча ёшидаги болалар кўпроқ юқори нафас йўллариининг катарал яллиғланиши, бронхит, зотилжам билан кўп касалланадилар. Баъзи беморларда эса иштаҳа пасайиши, тез чарчаш, терлаш, жисмоний иш қилганда хансираш белгилари намоён бўлади. *Болаларда ажралаётган балғам микдорига қараб ўпкадаги жараённинг оғирлашишини аниқлаб бўлмайди, чунки болалар балғамни ютади.*

Ремиссия даврида тана харорати нормал ёки субфебрил, баъзи ҳолларда бирдан кўтарилиши мумкин.

Зурайиш даврида харорат реакцияси кучли ифодаланган бўлади. Болаларда ҳозирги пайтда оғир асоратланган турлари: қон туфлаш, қон кетиши, сассиқ балғам ажралаши кам учрайди. Агар жараён битта ёки баъзан иккита бўлақда жойлашган бўлса, болаларнинг жисмоний ривожланишига қараб сурункали йирингли жараён борлигини гумон қилиш қийин, аммо бунда фақат тери қопламлари бир оз оқарганлигини аниқлаш мумкин. Икки томонлама ўпканинг сурункали яллиғланиши оғир кечади ва бу 25—30% ни ташкил қилади. Касалликнинг кенг зарарланиш тури бўлса, бемор жисмоний ривожланишдан анча орқада қолади, иштаҳаси пасаяди. Тирноқ фалангалари деформацияланган, «ноғора таёқчалари» кўринишида, тирноқ юзаси «соат ойнасига» ўхшаб қолади. Касаллик қанча узоқ давом этса, кўрсатилган белгилар шунча ифодаланган бўлади. Уларнинг ривожланиши сурункали гипоксия билан боғлиқ. Битта ўпканинг тотал зарарланиши ҳисобига шу томони нафас олишдан орқада қолиши ва кўкрак қафасининг ассимметрияси кузатилади. Бронхоэктазияга хос перкуссия натижалари кўпинча ўпканинг зарарланган соҳаси пневмосклероз ва ателектаз ҳолатда бўлганида, ўпканинг орқа пастки қисмларида эса перкутор товушнинг тўмтоқланиши аниқланади. Аускультацион текшириш орқали ўпканинг зарарланган қисмларида ҳар хил калибри куруқ ва нам хириллашлар, айниқса йўтал пайтида кучли эшитилади. Бронхоэктазиянинг туғри ва ишончли рентгенологик белгилари кенгайган бронхларга туғри келувчи ателектаз ёки ячейкасимон оқариш ва халкали-ғалвирсимон соя ҳисобланади (6-расм).

Бронхоэктазияда бундай рентгенологик ўзгаришлар 1/3 беморларда аниқланиб, кўпроқ ўпканинг пастки, камроқ ўрта бўлақлари ва тилсимон сегментлар зарарланади. Одатда ателектазлар бир томони кўкс оралиғига қараган учбурчаксимон соя сифатида кўринади. Ўпканинг тотал касалланишида кўкрак қафасининг шу қисми кичрайиши қовурғалар оралиғининг торайиши, шу ўпка майдонининг кўп ёки кам қоронғилашиши, кўкс оралиғининг зарарланган томонга сурилиши кузатилади. Рентгенографияда бошқа белгилар бронхоэктазия учун ҳам аҳамиятли. Уларга ўпка илдизининг кенгайиши,

зарарланган сохада ўпка тасвирининг деформацияси, бўлакларо плевранинг калинлашиши, синуслар облитерацияси киради.



6-расм. тасвирий рентгенография. 7-расм бронхография. 8-расм бронхография.

Диагностикада контраст усул билан текшириш муҳим аҳамиятга эга (бронхография 5-6 расмлар). Диагностик бронхоскопия ёрдамида бронхографик текшириш ўтказишга кўрсатма аниқланади. Болаларда бронхоскопиянинг қисқа таъсирли миорелаксант усули қўлланиб, наркоз остида ўтказилади. Бронхоскопия қилишда бола ёшига қараб тубусни тўғри танлаш зарур. Ёшига қараб най диаметри аниқланади. Бундан ташқари, тубус танлашда ўзига хос ҳар хил овоз ёриғи ва патологик жараёнлар хусусиятини ҳисобга олиш лозим.

ёши 1 ёшгача	1-3	3-5	5-8	8-11	11-14	104
диаметри (мм)	5	6-7	7-8	8-9	9-11	12

Бронхоскопия ўтказишдан олдин бронхлар шаклланишини яхши билиш керак. Текшириш наркоз пайтида ва релаксантлар орқали аспирациянинг олдини олиш учун ҳам ўтказилади. Миорелаксантлар вена ичига ёки венаси яхши ифодаланмаган янги туғилган чақалокдарда тил остига юборилади. Бола орқаси билан ётқизилади. Бронхоскопия ўтказишнинг асосий шарти тулиқ релаксацияга эришиб, олдиндан сунъий вентиляция ўтказишдан иборат. Болаларда бронхоскопия ларингоскоп ёрдамида ўтказилади. Трахеяга бронхоскопия тубуси киритилгандан бошлаб, у орқали кислород наркотик аралашма билан кучли вентиляция ўтказиш бошланади. Тубус мустақил нафас олиш тиклангандан кейин тортиб олинади.

Бронхоскопия ўтказилгандан кейин 6—12 соат давомида овоз боғлами остида бўшлиқ шиши асорати бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, муолажадан кейин беморни кузатиб туриш керак. Бронхиал дарахтнинг шохланишини визуал текшириш, балғамни бактериологик текшириш зарур. Бронхоскопияда маълум бронхлардан йирингли ажралмалар кўп миқдорда ажралади ва улар электросургич билан тортиб олиниб, бронхлар антисептик эритмалар, антибиотик ва муколитик воситалар билан ювилади. Болаларда бронхоэктазия ташхисини қўйишда бронхография асосий усул ҳисобланади. Бронхография наркоз остида бажарилади. Муолажа олдиндан 1—2 ҳафта давомида бемордаги яллиғланиш жараёни жадал даволанади. Трахеобронхиал дарахтни максимал санация қилинади. Баъзи ҳолларда йирингли ажралма миқдори кўп бўлганлиги учун бронхография олдиндан мақсадга мувофиқ бронхоскопия ўтказилади, балғам бронхлардан тортиб олинади. Болаларда бронхография сувда эрувчи контраст модда ёрдамида ўтказилади. Масалан, пропилюдол тез сўрилади ва тез организмдан чиқарилади.

Ёғли контраст моддалар (йодолипол) ўпка туқимасида узоқ ушланади, фақат зарарланган ўпкада эмас, балки соғлом ўпка соҳасида ҳам. Рентгеноскопик контролсиз наркоз остида бронхография усулида вена ичига релаксанти юборилгандан сўнг 1 — 1,5 дақиқа давомида ниқоб орқали гипервентиляция ўтказилади, кейин бемор интубацияланади. Апноэ вақтида интубацион най орқали трахеяга катетер юборилади. Катетерни ўнг ёки чап бронхта эканлигини аниқлаш учун катетерга Ричардсон баллони бириктирилади ва ҳаво юборилади. Апноэ пайтида фонендоскоп билан ўпка эшитилади ва юборилаётган ҳаво шовқини кўкрак қафасининг ўнг ёки чап қисмида эшитилади. Катетерга шприц бириктирилиб контраст модда юборила бошланади. Тўлдириш пастки бўлақлардан бошланади, кейин катетер орқага тортилади, контраст модда юбориш давом эттирилади. Бу модда юборилаётган вақтда беморни текширилатган томони билан ётқизилади ва шу ҳолатда биринчи рентгенграмма қилинади. Иккинчи рентгенограмма ётган ҳолда олинади. Апноэ вақтида наркоз аппаратининг ҳалтасига кўп миқдорда кислород юборилади. Диффуз нафас олиш апоэни 3-5 мин узайтириш имконини беради. Бир ўпкани текширишга 2-3 дақиқа вақт кетади. Контраст модда олингандан сўнг, вентиляция ўтказилиб, кейин нормал ўпка текширилади. Контраст модда ёшига 4мл ҳисобидан юборилади.

Бронхграммада бронх дарахтининг деформацияси, цилиндрсимон, ҳалтасимон ўзгариши аниқланади (7-8 расмлар). Бронхография ўтказишнинг асорати наркознинг нотўғри ўтказилиши, узоқ этган апоэ ва контраст модданинг тўлиқ сўриб олинмаганлиги натижасида келиб чиқади. Ўпка паренхимасининг ҳолатини, қон айланиши ҳолатини, операция ҳажмини аниқлаш учун ангиопульмонография, сцинтипневмография қўлланилади. Чап ўпка пастки бўлаги дренаж ва вентиляция шароити ёмонлиги сабабли кўпроқ ушбу бўлақда бронхоэктаз кузатилади. Ўнг ўпканинг базал сегментида эса кўпроқ ўпка ёт жисмидан кейин келиб чиққан бронхоэктазия кузатилади. Бу ўнг бронхнинг кичкина бурчак остида ажралиши билан боғлиқ, шунинг учун ёт жисмлар осон базал сегментларга тушади ва шу соҳада патологик жараённинг ривожланиши кузатилади. Ётжисмнинг ўз ўрини ўзгартириб туриши ҳисобига ўпканинг бошқа соҳалари, ҳатто иккинчи томони ҳам зараланиши мумкин.

Даволаш. Бронхоэктаз касаллиги йирингли интоксикация билан кечадиган касаллик ҳисобланганлиги учун, унинг даволашда ҳам 3 та асосий принцип: (**МММ**) ни қўллаш жоиздир яъни,

- **Макроорганизмга** таъсир қилиш;
- **Микроорганизмга** таъсир қилиш;
- **Маҳаллий** ўчоққа таъсир қилишдан иборат.

Операция олди тайёргарлигининг ҳажми ва хусусияти ўпка паренхимасининг зараланиш даражасига, интоксикациянинг ифодаланганлигига, бронхларда ва бошқа аъзоларда, системаларда патологик ўзгариш ва уларнинг даражасига боғлиқ.

Макроорганизмга таъсир қилиш – организмнинг умумий қувватини оширишга қаратилган муолажалар қилинади. Витаминотерапия, кўрсатмага қараб қон, қон компонентлари, плазма, гамма глобулин юбориш, дезинтоксикацион, инфузион терапия ўтказилади. Организм умумий ҳолатига қараб симптоматик терапия белгиланади.

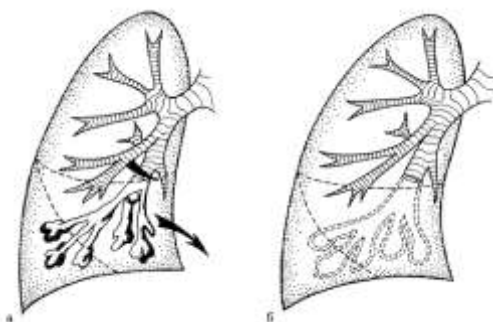
Микроорганизмга таъсир қилиш – трахеобронхиал дарахтдаги патоген микрофлора тури, унинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланади ва кенг доирали, патологик жараён кўзготувчисига бевосита таъсир қиладиган антибактериал препарат мушак орасига, вена ичига юбориш усулида қўлланилади. Ундан ташқари бронх микрофлорасига тўғридан-тўғри таъсир қилиши учун ишқорли ва антибиотиклар ингаляцияси муолажалари ҳам қўлланилади.

Маҳаллий ўчоққа таъсир қилиш – кенг кўламда олиб бориладиган муолажалар комплексидан иборат. Ушбу жараён юқорида кўрсатиб ўтилган жараёнларни

тўлдиради, улар билан комплекс равишда олиб борилади ва уларни шартли равишда **консерватив** ва **радикал** муолажаларга бўлиш мумкин. Консерватив муолажалар бир вақтнинг ўзида радикал муолажага –оператив давога тайёргарлик ҳам бўлиб ҳисобланади. Асосий мақсад маҳаллий ўчоққа таъсир этиб, трахеобронхиал дарахтни тозалаш ва интоксикацияни камайтиришдан иборат. Улар қуйидагилар:

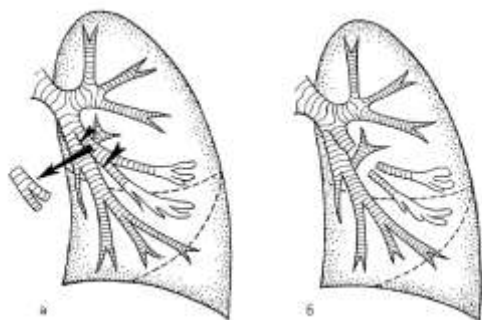
Постурал дренаж: бемор танасининг юқори қисми пастга қаратилиб, юзтубан кунига бир неча бор ётқизилади, лозим бўлганда кўкрак қафаси орқа томонига вибромассаж ўтказилади. Ушбу муолажа маҳаллий санацияга қисман бўлсада ёрдам беради. Санациянинг энг самарали усули бу Бронхоскопиядир. Бронхоскопияда бронх дарахтини аспирация йўли билан тозалаш мумкин, бронхларга антисептиклар, муколитик воситалар (химопсин, химотрипсин) ва ишқор эритмалар билан ювиш мумкин. Микрофлора сезгирлигига қараб антибиотик юборилади. Ушбу муолажалар сони ва ҳажми патологик жараён тарқалганлиги, ҳажми ва бронхоскопиянинг самарадорлиги билан белгиланади. Ушбу муолажа умумий наркоз остида ўтказилиши муносабати билан беморга ва унинг ота-онасига муолажанинг муҳимлигини тушунтириш лозим. Трахеобронхиал дарахтдаги патоген ўчоқни санация қилишда тери орқали трахеяни катетерлаш ҳам қўлланилади. У қуйидагича амалга оширилади: диагностик бронхоскопия вақтида буйинтуриқ чуқурчаси узуксимон тоғай орасидан Дюфо игнаси билан трахея пункция қилинади. Кўз назорати остида трахея бўшлиғи ва пастга юборилади. Игна орқали полиэтилен найча ўтказилади, трхея бифуркацияси устида қолдирилади. Игна тортиб олиниб, катетер терига маҳкамланади. Катетер орқали физиологик эритма, сезгирлиги бўйича антибиотикларБ антисептик, муколитик препаратлар юборилади. Катетерни қолдириш муддати 1-3 ҳафта, у олиб ташлангандан кейин теридаги жароҳат ўзи битиб кетади. Бронхоэктазияни консерватив даволаш вақтинча ёрдам беради.

Бронхоэктазия касаллигини радикал давоси – бу оператив даво ҳисобланади, сегментоэктомия, лобэктомия, пулмонэктомия қилинади. Ушбу операция умумий наркоз, бошқарилувчи нафас остида олиб борилади. Халтасимон, кистасимон ва цилиндрик бронхоэктазларни хирургик даволаш самарали ҳисобланади (9-а; б; расмлар).



9-расм.

Операция жараёнида ўпка илдизига ишлов берилиб, қон томирлар бирин кетин боғланади ва кесилади. Зарарланган бронх соҳасида ўпка паренхимасини олиб ташламасдан ва қон томирларни боғламасдан экстирпация ёки резекция қилиш тавсия қилинади (10- а; б; расмлар).

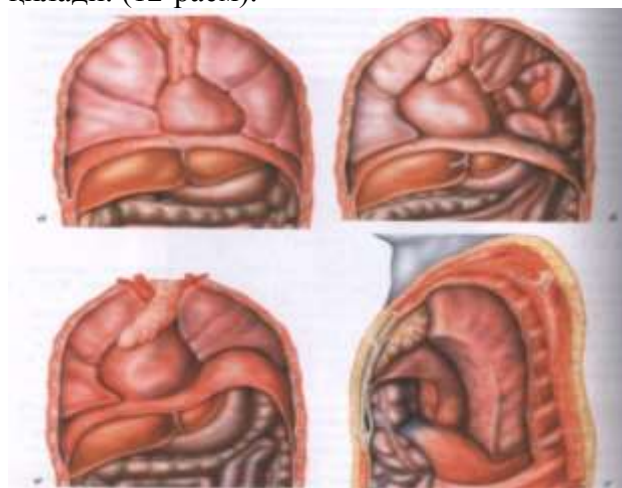


10-расм.

Бронхларни экстирпация ёки резекция қилиш операцияси патогенетик ҳисобланади, яллиғланиш асосан бронхларда ривожланади, ўпка паренхимасидаги ўзгаришлар иккиламчи пневмосклероздан иборат. Ўпканинг яллиғланган соҳаси аста-секин йўқолади. Кўрсатилган операциянинг резекциядан афзаллиги: қон-томирни сақлаш яъни, қон айланишида зўрайиш бўлмаса у ерда қон айланиши минимал, агар ўпка артериясида қон босими ошса, енгиллаштирувчи шунт механизми ҳосил бўлади. Натижада юрак, ўпка етишмовчилиги, кичик қон айланиш доирасида гипертензияни ва ундан келиб чиқадиган асоратларни олдинин олади. Операциядан кейин специфик интенсив терапия, оғриқсизлантириш ва реабилитация муоралалари ўтказилади. Ўтказилган операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган асоратлар: ўпка ателектази, пневмония, чегаралаган эмпиема ва бронхиал оқмалар. Беморлар доимо диспансер назоратда бўлишлари, санатория – курортларда даволаниб туришлари керак.

Диафрагма чурраси. Диафрагмал чурра деб, қорин бўшлиғида жойлашган органларнинг диафрагма пардасининг туғма ёйинки сунъий ҳосил бўлган тешиклардан кўкрак бўшлиғига силжишига айтилади. Диафрагмал чурранинг бошқа чурралардан фарқи шуки, бу ерда ҳамма вақт ҳам чурра қопи, чурра дарвозаси мавжуд бўлмайди.

Жароҳатланиш натижасида ҳосил бўлган чурраларнинг келиб чиқишини тушунтириш қийин эмас. Чаноқ, қорин, кўкрак қафаси бўшлиғи шикастланганда босим кучайиб, диафрагма ёрилишига олиб келади. Чурра ўнг томонга камрок, бунга сабаб жигарнинг ўнг бўлмаси пастки томондан келаётган зарбни ўзига олади, чап томонда кўпроқ учрайди. Адабиётларда ҳозиргача диафрагма чуррасининг 50 га яқин таснифи бўлиб, болаларда биринчи бўлиб С. Я. Долецкий ўзининг қуйидаги таснифини таклиф қилади. (12-расм).



12-расм. а-норма; б- диафрагма-плевра чурраси (сохта); в-диафрагма-плевра чурраси (чин); г-френикоперикардиял

1. ТУҒМА ДИАФРАГМА ЧУРРАСИ.

-**Чин** диафрагма чурраси: диафрагма юққалашган қисмининг чурраси

-Сохта чурра: Диафрагма маълум қисмининг бўлмаслиги -орқа кичик тешик, катта тешик, бир бўлагининг бўлмаслиги (аплазия).

Ю. Ф. Исаков 2004 йилда ўз таснифини таклиф қилди.

I. Туғма диафрагма чурраси:

Диафрагма-плевра чурраси.

Қизилўнгач тешиги чурраси.

Парастернал чурра.

Френикоперикардиал

II. Орттирилган диафрагма чурраси:

Жароҳатлананиш чурраси. Жароҳатланиш билан боғлиқ бўлмаган чурра.

Диафрагма чурраси клиникаси -диафрагма чуррасида куйидаги тизимлар фаолияти ўзгаришлар кузатилади:

1. Ошқозон-ичак тракти фаолияти

2. Нафас олиш аъзолари вазифасининг бузилиши.

3. Юрак-қон томир фаолияти бузилиши.

Ошқозон-ичак аъзоларининг вазифаси маълум даражада бузилади. Натижада ҳар хил асоратлар ривожланади. Қизилўнгач тешиги чуррасида Гисс бурчаги бузилиб (ўтмас бўлади), ошқозон-қизилўнгач рефлюкси пайдо бўлиши натижасида қизилўнгачнинг кардиал қисмида яралар (эзофагит) ҳосил бўлади. Кейинчалик қизилўнгачдан овқат ўтмай қолади (стриктура). Бундай ҳолатларда касалликнинг бошланиш даврида беморда қон аралаш қусиш пайдо бўлади. Аста-секинлик билан қизилўнгачдан овқат ўтиши қийинлашади. Диафрагма чурраси қисилиб қолганда ичак тутилиши белгилари пайдо бўлади. Беморда кўп марта қусиш пайдо бўлади, лекин қусиш енгиллик келтирмайди.

Нафас олиш аъзолари вазифасининг бузилиши - бунда қорин бўшлиғидаги органлар кўкрак бўшлиғидан чиқиб, ўпкани қисиб қўяди. Натижада кўкрак қафасида жойлашган органлар (юрак, қон томирлар) соғлом томонга қараб (қарама-қарши томонга) силжийди. Оқибатда беморнинг нафас олиши қийинлашади. Гипоксия ривожлана боради. Беморнинг лаблари кўкаради, нафас олиши тезлашади. Ўпка қисилганда унинг оғирлиги 3—12,5 г камаяди (нормада 20—25 г). Кўкрак эшитиб кўрилганда ўпка товушлари пасайган бўлиб, ичак ҳаракатлари эшитилади. Тукиллатиб уриб кўрилганда тимпаник ёки бўғиқ товуш борлиги аниқланади.

Юрак-қон томир фаолияти бузилиши - чурра юракни босиб, қарама-қарши томонга силжити. Натижада юрак иши қийинлашади. Беморнинг умумий аҳволи кескин оғирлаша боради. Нафас олиш юзаки бўлиб, юрак уриши тезлашади. С. Я. Долецкий (1958) маълумотларига қараганда диафрагма чурраси билан туғилган болалар орасида 5,5% га яқин қўшимча туғма касалликлар аниқданган. Шулар ичида 2% га яқин болаларнинг ўлимига асосан шу туғма касалликлар сабаб бўлади.

Патогенези. Чурра асосан қорин ва кўкрак бўшлиғи орасидаги парда (диафрагма), бола она қорнидалиги пайтида шу орган ривожланишининг бузилиши, яъни унинг бир қисмида мускуллар тараққий қилмай қўйиши ёки ўрнида жуда юпка парда ҳосил бўлиши, ёйинки бутунлай бўшлиқ (тешик) пайдо бўлиши натижасида келиб чиқади. Бунда чурралар диафрагманинг ўрта қисмидан, тўш суяги орқасидан перикард ҳамда тўш суяги оралиғи (Лоррея тешиги), тўш суяги орқасидан ўнг қовурға ҳамда тўш суяги оралиғи (Морган тешиги), қовурға ва умуртқа поғонаси орасидаги бўшлиқдан (Бохдалека тешиги) қорин бўшлиғидаги органлар кўкрак бўшлиғига чиқиши билан намоён бўлади.

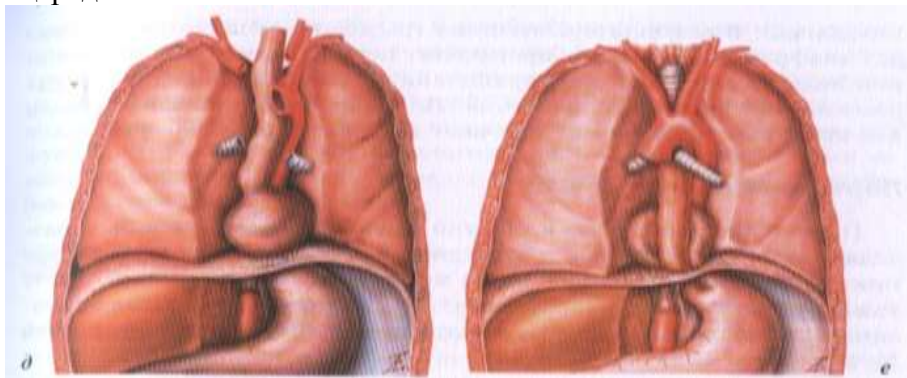
Қачон чурра қопи пардадан иборат бўлса, бундай ҳолатда чин, агар кўрсатилган парда бўлмаса, сохта диафрагмал чурра деб аталади.

Бола эмбрионал тараққиётининг бхафтасида ошқозон шакллана боради ва у қорин бўшлиғига тушиб, ўз ўрнини эгаллаши керак. Шу давр ичида ошқозоннинг икки ён

томонида ҳаволи чўнтаклар ҳосил бўлиб, тараққиёт давомида улар облитерация бўлиб кетиши керак. Аммо ошқозоннинг ўз ўрнига тушиши секинлашиши натижасида, ҳаволи чўнтаклар облитерация бўлмай қолади. Бу чўнтаклар эса чурра қопи вазифасини ўтайди. Қизилўнгач тешиги атрофидаги мускуллар ривожланмай, тешик катталашади. Тайёр чурра қопига эса шу тешик орқали ошқозон силжийди. Натижада қизилўнгач тешиги чурраси ҳосил бўлади.

Қизилўнгач тешиги чурраси деб, меъданинг маълум бир қисми ёки бутун меъданинг кенгайган қизилўнгач тешигидан кўкрак бўшлиғига силжишига айтилади. Кўкрак бўшлиғига силжиган аъзолар қорин пардаси билан қопланган бўлади (чин чурра). 1950 нафар чақалоқлардан биттаси қизилўнгач тешиги чурраси билан туғилади.

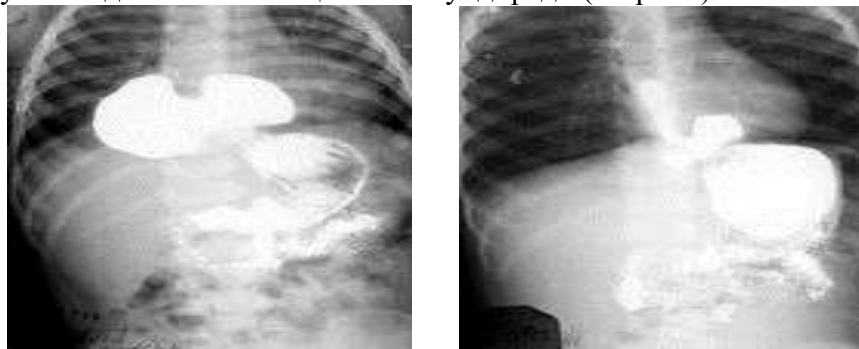
Клиникаси. Касаллик асосан чақалоқнинг 2—3 кунлигидан бошланади. Беморнинг умумий аҳволи кундан кунга оғирлаша боради, қусиш пайдо бўлади. Қусиш «фавворага» ўхшаган бўлиб, она болага кўкрак бериши билан қайта-қайта такрорланиб туради. Натижада қусиқ ҳаво йўлига тушиб аспирацияли зотилжам ривожлана боради. Қусиқ қизил қон аралаш бўлади. Чақалоқона кўкрагини эммай қўяди. Нафас юзаки бўлиб, нафас олишда қовурғалараро мушаклар фаол иштирок қилади. Тери қоплами оқаради.



13-расм: д-эзофагал; е-параэзофагал.

Дифференциал ташхис асосан ўпка кистаси, лобар эмфизема билан ўтказилади. Ташхис КТ, МРТ, рентген текшируви орқали тасдиқланади.

Ташхиси. Кўкрак қафасининг рентген сурати олинганда ўнг ёки чап плеврал чегараланган бўшлиқ борлиги аниқланади. Беморга контраст модда (йодолипол) берилса, у олдин меъданинг кўкрак қафасига жойлашган қисмини тўлдириб, сўнг қорин бўшлиғида жойлашган қисмини тўлдиради (14-расм).



14-расм. контрастли Р-графия. Контрастни кўкрак бўшлиғида аниқланиши.

Давоси. Касаллик асосан хирургик йўл билан даволанади. Беморда қон аралаш қусиш, аспирацияли пневмония кузатилганда, режалишошилинич операция ўтказилади. Бошқа ҳолатларда чақалоқ бир ёшга тўлганидан сўнг режали равишда операция қилинади.

Фақат операция орқали даво қилинади.

Операция усули. Қорин деворининг оқ чизиғи бўйлаб киндикдан юқорида қорин бўшлиғи очилади. Қорин бўшлиғи аъзолари текшириб кўрилганда кўкрак

бўшлиғига асосан кўндаланг чамбар ичакнинг силжиганлиги аниқланади. У қорин бўшлиғига секинлик билан тортиб туширилади. Сўнгра диафрагманинг олдинги — медиал қисмида жойлашган чурра дарвозаси кўрингандан сўнг, чурра қопа пастга туширилиб, қисман кесиб олинади. Диафрагма тўшнинг ханжарсимон ўсимтаси ёки яқинда жойлашган қовурға тикилади. Қорин олди девори бекитилади. Операциядан кейин бемор (5—7 кун давомида) реанимация бўлимига ўтказилади. Чок иплари 10—11 кундан кейин сўкилади.

Френикоперикардиал чурранинг клиник кўриниши. Френикоперикардиал диафрагма чурраси жуда кам учрайди. Касалликнинг клиник кечиши асосан чақалоқнинг тери қопами кўкаришидан бошланиб, нафас етишмаслик аломатлари яққол кўзга ташланади, вақтивақти билан қайт қилиш кузатилади. Бу ҳолат асосан қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг перикард бўшлиғига силжиши натижасида юзага келади (12-расм, г).

Ташхиси. Ташхис учун кўкрак қафаси рентгенологик текширилади. Бунда юрак сояси атрофида ҳаво бўшлиқлари борлиги аниқланади.

Давоси. Касалликка асосан хирургик йўл билан даво қилинади. Бунда перикард бўшлиғига силжиган аъзолар қорин бўшлиғига туширилгандан кейин чурра дарвозаси ва перикард бир қаторли ип билан тикилади. Баъзи ҳолларда муаллифлар чурра қайтарилмаслиги учун унинг дарвозасини катта қорин пардасидан олиб беркитишни тавсия қиладилар. Бунинг учун трансректал кесиш йўли билан қорин бўшлиғи очилади. Диафрагма деворидаги тешик ва кўкрак бўшлиғига силжиган аъзолар аниқланади. Сўнгра диафрагма тешиги орқали қовурға томонидан кўкрак бўшлиғига катетер юбориб, у орқали шприц ёрдамида ҳаво юборилади ва сунъий пневмоторакс чиқарилади. Силжиган аъзоларни қорин бўшлиғига тушириш ингичка ичакдан бошланиб бирин кетин ҳамма аъзолар ўз ўрнига туширилади. Диафрагма тешиги атрофига ип тутқичлар қўйилади. Сўнгра диафрагмани қовурғага келтириб тикилади. Қорин олди девори қаватмақават тикилиб, плевра бўшлиғи ҳавоси пункция қилиш билан сўриб олинади.

ДИАФРАГМАНИНГ ОЛД ҚИСМИ ЧУРРАСИ

Қорин бўшлиғи аъзолари Ларрей ёки Морган тешиги орқали тўш суяги ханжарсимон ўсимтасининг орқасига чиқиши диафрагма олд қисми чурраси деб юритилади. Чурранинг икки хилдаги кўриниши: парастернал ва френоперикардиал турлари мавжуд (12-расм, г).

Парастернал чурранинг клиник кечиши. Касаллик белгилари чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб кузатилади. Нафас олиш тезлашиб юзаки бўлади, лаблар кўкариб, бола йиғлаганда бу аломатлар **яққол** кўзга ташланади.

Объектив қараганда кўкрак қафасининг олдинги — пастки қисми бўртиб чиққан бўлади. Перкуссияда эса ўша ерда тимпанит товуш аниқланади. Аускультацияда нафас товушлари жуда пасаяди. Баъзи бир ҳолатларда кўкрак бўшлиғида ичак ҳаракати товушлари аниқ эшитилади. Кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга қараб кучли силжиши камданкам кузатилади.

Ташхис қўйиш учун асосан қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси бир вақтда рентгенологик текширилади. Бунда чап ёки ўнг плевра бўшлиғида ҳаво пуфакчалари ва бўшлиқлари борлиги аниқланади. Диафрагма девори чурра томонида аниқ кўринмайди. Ташхис қўйиш қийин бўлган ҳолларда ирригография ўтказилади. Диафрагманинг икки томонлама туғма бўлмаслиги жуда кам учрайдиган нуқсонлар турига кириб, одатда чақалоқ ўлик туғилади ёки ҳаётининг дастлабки соатларида ўлади. Жуда ўткир кечадиган нафас олиш ва юрак қон-томир системасининг иш фаолияти бузилиши қисқа вақт ичида ниҳоятда оғирлашиши ҳисобига ташхис қўйиш мумкин бўлмай қолади.

Дифференциал ташхиси. Чақалоқлардаги диафрагма чурраларида фарқлаш асосан антенатал пневмония, лобар эмфизема, юрак нуқсонлари ҳамда туғруқ пайтида содир бўладиган жароҳатлар билан ўтказилади.

Ташхиси. Якуний ташхис асосан кўкрак ва қорин бўшлиғини бир вақтда умумий рентген тасвирини олганда қўйилади. Бу ҳолатларда чап ёки ўнг кўкрак қафасида жуда кўплаб бир-бирига қадалиб турган ҳаво бўшлиқлари борлиги, кўкс оралиғи аъзоларининг (юрак қон-томирлари) соғлом томонга қараб силжиганлиги аниқланади. Қорин бўшлиғида эса ҳаво фақат пастга тушувчи ичак соҳасида учрайди. Ташхис қўйиш қийин бўлган ҳолларда контраст моддаси бериб, рентген қилинади.

Давоси. Беморни муваффақиятли даволаш асосан операциядан олдин ва кейин ўтказиладиган даволаш тадбирларининг қай даражада тўғри ва зудлик билан ўтказилишига боғлиқдир.

Операциягача ва ундан кейинги даврда меъдага доимий зонд қўйилади. Чақалоқ кювезга жойлаштирилиши, ундаги микроклим ҳарорати 28—30°C, намлиги эса 70—90% бўлиши керак. Периферик қон томирлар иш фаолиятини яхшилаш буюрилади. Касалликнинг ўткир турида бемор 3—4 соат давомида операцияга тайёрланади. Ярим ўткир турида эса беморнинг умумий аҳволига қараб 12—24 соат операцияга тайёрланади.

Касалликнинг **ўткир** турида беморнинг тери қоплами кўкаради, нафас ҳаракатлари тезлашиб, минутига 80—90 мартага етади, юзаки бўлади. Нафас етишмаслик аломатлари бола эмаётганида ёки уни йўргаклаганда кучаяди, шунингдек, юрак фаолиятидаги ўзгаришлар ҳисобига чақалоқларнинг умумий аҳволи жуда ҳам оғирлашади, мустақил нафас ололмайди.

Объектив текширганда кўкрак қафаси деформацияга учраган бўлиб, чурра томони анча бўртиб туради. Нафас олиш жараёнида қовурғалараро мушаклар ўта фаол иштирок этади. Чақалоқ нафас олганда эпигастрал соҳада воронкасимон чуқурлик пайдо бўлади. Перкуссияда бўғиқ товуш аниқланади. Касалликнинг бундай оғир кечишида кўкрак бўшлиғига силжиган аъзоларнинг сиқилиши ва кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга силжиши эмас, балки ўша артериолаларининг ривожланмаслигидан юзага келувчи ўпка гипертензияси сабаб бўлади.

Ярим ўткир клиник кечиши кўпинча чин чурраларда диафрагма релаксациясида юзага келади. Касаллик белгилари чақалоқҳаётининг 2—3 кунидан намоён бўлиб, асосан компенсацияланган нафас етишмовчилиги билан бошланади. Чақалоқнинг лабларида кўкариш белгилари пайдо бўлади. Беморни чурра томонга ёнбошлаб ётқизилганда (чап томонлама чуррада чап томонга бемор ётқизилса) кўкаришдломатлари камайиб, беморнинг умумий аҳволи бир мунча яхшиланади. Кўпчилик ҳолларда ўпка аускультациясида чурра жойлашган томонда нафас олишнинг бузилиши, фақат шу ўпканинг юқори қисми нафас олишда иштирок қилиши кузатилади.

Аускультацияда кўкрак қафасининг соғлом томонида ўпкада нафас олиш жуда пасайган бўлади. Чақалоқ туғилганидан кейин 2—3 кун ўтгач кўкрак қафасида ичак перистальтикасини аниқлаш мумкин. Юрак тонлари эса, қарама-қарши томонда эшитилади. Қоринда асимметрия ҳолати кузатилиб, ичкарига тортилганлиги аниқланади, жигар эса қорин олди деворига ёпишиб туради.

Диафрагма деворини бир томонлама бутунлай бўлмаслиги **аплазия** деб юритилади. Диафрагма ўрнида қорин пардаси ёки юпқалашган диафрагма девори бўлса, бу ҳолат кўкрак диафрагма релаксацияси деб юритилади.

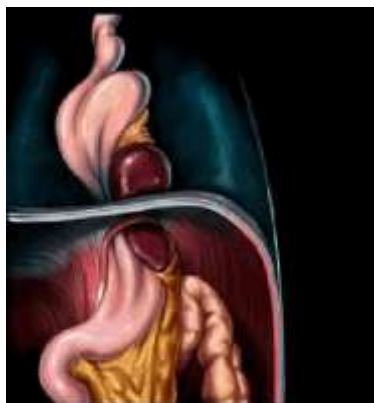
Қизилўнгач тешиги чурраси чин чурра ҳисобланиб, у қуйидаги кўринишларда учрайди:

1) кўтарилган қизилўнгач чурраси. Бу ҳолатда меъданинг кардиал қисми қизилўнгач тешиги орқали кўкрак бўшлиғига чиқиши натижасида қизилўнгач узунлиги қисқаргандай кўринсада, аксинча у нормал узунликда бўлади (13-расм, д; 15-расмлар).

2) параэзофагеал чурра. Бунда одатдагидек ривожланган ва жойлашган қизилўнгачни ўзгартирмасдан, чап ёки ўнг томонидан меъданинг кардиал қисми кўкрак бўшлиғига чиқади (13-расм, е; 16-расмлар).



15-расм. эзофагал чурра.



16-расм. параэзофагал чурра.

Чақалокларда диафрагма чурралари ўзининг анатомик кўринишига қараб клиник кечиши ҳам бир-биридан фарқ қилади.

Диафрагма девори чурраси

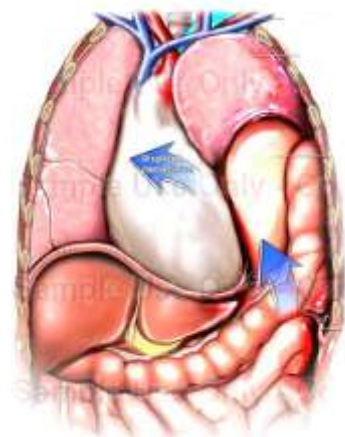
Чақалокларда 80% ҳолларда сохта чурралар учраса, фақат 20% ни чин чурралар ташкил қилади. Чурра асосан чап томонлама бўлади, ўнг томонлама чурра ҳар бир беморнинг бир-иккитасида кузатилади.

Сохта чурралар асосан икки хил клиник кечишда намоён бўлади:

- ўткир тури, - ярим ўткир.

Ўткир тури. Бу ҳолатда ўпка ҳамда юрак қонтомир системаси фаолиятида кучли ўзгаришлар юзага келади. Бундай ҳолатни С. Я. Долецкий (1958) «**асфиксияли сиқилиш**» деб таърифлаган. Касалликнинг ўткир кечиш тури фақат сохта чуррада юзага келиб, чақалок туғилиши биланок бошланади (кўпинча чақалок туғилганидан сўнг 12 соатдан кейин ёки биринчи кун охирида). Беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб бориб, нафас олиш қийинлашиши билан кечади.

“Асфиксик қисилиш” синдроми. Асфиксия сабабли юз берган сиқилиш асорати билан кечадиган диафрагма чуррасидаги клиник кўринишлар, қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг плевра бўшлиғига силжиши ўпканинг калибрланиш даражасига, кўкс оралиғининг нақадар сиқилишига ва силжишига шох қон томирларнинг нечоғлик букилиб қолишига боғлиқдир (17-расм). Чақалокларда ўткир нафас етишмовчилиги, одатда сохта диафрагма чурраларида кузатилади.



Объектив кузатувда нафас олганда қовурғалар оралиғи ва эпигастрал соҳанинг ичига тортилиши, нафас олиш актида чурра томонда кўкрак қафасининг туртиб чиқиши ва ортда қолиши аниқланади. Перкуссияда кўкс оралиғи аъзоларининг чурранинг қарама-қарши томонига силжиши кузатилади. Вертикал ҳолатдаги кўкрак қафасининг рентгенографияси аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Чап плевра бўшлиғида кўп оқ доғлар ва «ноксимон» оқариш диафрагма чуррага хосдир. Баъзи ҳолларда меъда ва ичакларга контраст моддалар юбориш мумкин.

17-расм. чақалоқларда “асфиксик қисилиш” синдроми (схема).

Даволаш хирургик усулда олиб борилади. Операцияни абдоминал ёки торакал усулда қилиб, чурра таркиби қорин бўшлиғига қайтарилади. Диафрагма пластикаси бажарилади. Операциядан кейин чап ўпкада аэрациянинг чекланишига эътибор бериш керак. Баъзан диафрагма чуррасида чап ўпканинг гипоплазияси кузатилади.

Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни кўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинко-лаборатор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.
8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ № 3 -4 ТУҒМА ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ (ЮҚОРИ ВА ҚУЙИ)

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, тарқатма материаллар.

машғулот ўтказиш режаси:

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида туғмаичак тутилишларини ўқитишнинг асосий принципи касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

Вазифалар:

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

- а) Ҳазм найи ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари патогенезини
- б) классификациясини
- в) клиник хос белгиларини
- г) диагностика ва дифференциал диагностикасини
- д) хирургик даво принципларини

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши
- б) кўриқдан ўтказа олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши
- г) туғма ичак тутилиши билан туғилган беморлар рентгенограммаларини фарқлаб, ўқий олиши.

талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

- а) туғма ичак тутилиши асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилишини ўрганиш

б) туғма ичак тутилиши билан туғилган беморлар рентгенологик кўринишларини ўрганиш

машғулоти мустақил ўрганиши учун топширик:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш
- б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш
- г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш
- д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш

Уйга вазифа:

- а) хазм найи ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари патогенези
- б) классификацияси
- в) клиник хос белгилари

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик - “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, педиатрия, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади..

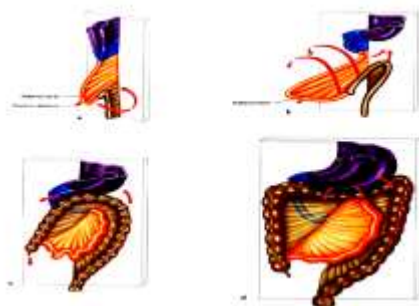
Туғма ичак тутилишлари – ошқозон ичак трактида туғма тўсиқ бўлиши натижасида овқат (она кўкрак сути) махсулотларининг пассажи бузилиши ва ўтмай қолишидир. Туғма ичак тутилишлари келтириб чиқарувчи сабаблари турлича бўлиб, уларни қуйидагича таснифлаш мумкин:

1. мальротация синдроми – ичак буралиш жараёнининг бузилиши натижасида;
2. мальформация синдроми – ичак найи ва девори шаклланишининг бузилиши;
3. мальфиксация синдроми – тутқичлар хосил бўлиши жараёни бузилиши натижасида;
4. қорин бўшлиғи бошқа аъзолари туғма нуқсонлари – мекониал илеус - ошқозон ости беши кистофибрози, аберант қон томир, халқасимон ошқозон ости беши, қорин бўшлиғида киста, хазм найи иккиланиши.

Туғма ичак тутилишлари тутилиш сатхига кўра **юқори** ва **пастки** ичак тутилишларига бўлинади, уларнинг анатомик чегараси – **Трейц** боғламидир. Келиб чиқиши, анатомияси қанақа бўлишидан қатъий назар Трейц боғламидан юқоридаги ва пасткидаги ичак тутилишлари деярли бир хил клинко – рентгенологик кўриниш беришига қараб туғма ичак тутилишлари юқори ва пастки ичак тутилишларига бўлинади. Клиник кечишига қараб эса ўткир, сурункали ва рецидивланувчи-қайталанувчи туғма ичак тутилишига бўлинади.

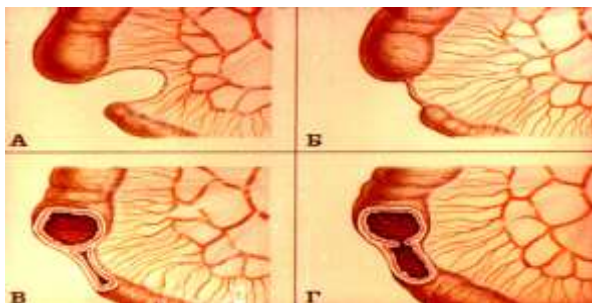
Ичаклар ривожланиши эмбриогенези: ичак найи ҳосил бўлиши, буралиши – Эмбрионал ривожланишнинг эрта даврларида ичак найи – бирламчи ичак қорин бўшлиғининг *a.mezenterika superior* соҳасида бирламчи тутқич билан боғланган, “найсимон” шаклда бўлиб, ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичини ўтайди. Бир вақтнинг ўзида ичак найида буралиш - “ротация”, ичаклар ва уларнинг тутқичлари хосил бўлиши - “формацио” шаклланиш, ва фиксацияланиши – фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш маъносида”, жараёнлари кета бошлайди (1-расм). Ушбу жараёнларнинг биргаликда ёки алоҳидаланиб турли сабабларга кўра бузилиши натижасида ошқозон ичак трактида туғма нуқсонлар, аномалиялар юзага келиши мумкин. Ушбу жараёнларнинг бузилишига: - ичак найида буралиш жараёнининг бузилиши ва ундан келиб чиқадиган синдром ёки касалликка - “**мальротация** синдроми”, ичаклар девори ва уларнинг тутқичлари хосил бўлиши, шаклланиш жараёнининг бузилишига - “**мальформация** синдроми”, ва фиксацияланиши - (фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш, қорин бўшлиғи аъзолари ўз ўрини эгаллаб, тутқичга эга бўлиш ” жараёни маъносида) тутқичлари хосил бўлишининг жараёни

бузилишига, ундан келиб чиқадиган синдром ёки касалликка –“мальфиксация синдроми” дейилади. Уларнинг ҳар бирига алоҳида тўхталиб ўтамиз.



1-расм. ичак найи ҳосил бўлиши, буралиши жараёнлари (схема).

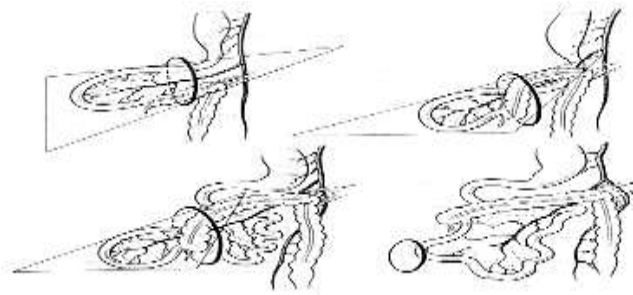
Бирламчи найсимон ичак ўзининг эмбрионал ривожланиш жараёнида “шнурсимон” яъни “тизимча”симон босқични ўтайди. Бирламчи ичак найи эпителий пролифацияси натижасида бутунлай бекилиб қолади, бунинг изидан келадиган вакуолизация (реканализация) жараёнида эса ичак найининг ичи қайтадан “қувур” шаклини эгаллайди. Бироқ бирор бир таъсирот натижасида ичак маълум қисми берклигича қолиши мумкин. Агар реканализация жараёни ичак найи кичик қисмида бузилса, ичак бўшлиғи юпка парда билан бекилиб қолиб, “пардасимон” атрезия (2-расм, в) юзага келади. Реканализация жараёни ичак найи кичик қисмида бошланишга улгириб, сўнгра бузилса, у вақтда “пардасимон” атрезияда кичик (ёки ҳар хил ўлчамли) тешик ҳосил бўлиши ва пардасимон стеноз юзага келиши мумкин (2-расм, г).



2-расм. ичак атрезиялари шакллари (схема).

Реканализация жараёни ичак найи катта қисмида бузилса, унда атрезия ичак катта қисмида ҳосил бўлиб, “фиброзли” атрезия кузатилади (2-расм, б). Реканализация жараёни ичак найи ҳар хил қисмида бузилса, унда “сосискасимон” атрезия кузатилади (2-расм). Баъзида ичак атрезиясига реканализация жараёнининг бузилиши эмас, балки мезентериал қон айланиш бузилиши сабаб бўлиши мумкин. Ичак атрезиялари ичак найининг мураккаб эмбрионологик жараёнлар кечадиган қисмларида учраши кўпроқ кузатилади. Юқорида айтиб ўтилган эмбрионал жараён бузилиши натижасида юзага келадиган ҳолатлар “мальформация” синдромига киритилади.

Юқорида айтилганидек, эмбрионал ривожланишнинг эрта даврларида ичак найи – бирламчи ичак қорин бўшлиғининг *a. mezentrika superior* соҳасида бирламчи (*умумий*) тутқич билан боғланган, “найсимон” шаклда бўлиб, кейинчалик ичак найи буралиш жараёни бошланади: “ўрта ичак” (*ўн икки бармоқли ичакдан чамбар ичакнинг ўртасигача*) ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичини ўтайди (3-расм) ва соат стрелкаси тескари йўналишида 270^0 айланиб, қорин бўшлиғига қайтади. Олдиниға ингичка ичак қисмлари қорин бўшлиғига тушади, йўғон ичак эса чап ёнбошдан юқорига, талоқ остига, сўнгра ўнга – жигар остига ва кейинчалик ўнг ёнбошга ўтади. Натижада ўн икки бармоқли ичак чамбар ичак ортига қолади. Буралиш жараёнида ингичка ва йўғон ичаклар алоҳида тутқичга эга бўлиб, қорин бўшлиғида ўз ўрнини эгаллайди.



3-расм. Ичак найи физиологик буралиши жараёнлари босқичлари (схема).

Юқорида келтирилган эмбрионал жараён бузилиши натижасида ичакларнинг турли хил аномал позицияда туриб қолиши, ичакнинг буралиши (странгуляция), тутқич ҳосил бўлишидаги нуқсонлари натижасида қорин бўшлиғида “чўнтак” (*bursa*) ички чурра ва ичак тутилишига сабаб бўлиши мумкин. Ичаклар буралиш жараёнида ингичка ва йўғон ичаклар нотўғри туриб қолиши натижасида мальротация синдроми юзага келади. Ичак тутқичлари ҳосил бўлишидаги норасоликлар эса мальфиксация синдромига ҳосил қилади. Эмбрионал ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичида ичаклар қорин бўшлиғига қисман ёки тўлиқ қолиши натижасида ҳар ўлчамли “эмбрионал” – “киндик тизимчаси чурралари”, “омфалоцеле” пайдо бўлади.

ТУҒМА ЮҚОРИ ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ КЛИНИКАСИ БИЛАН НАМАЁН БЎЛАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР ВА СИНДРОМЛАР

ОШҚОЗОН АТРЕЗИЯСИ – туғма берклиги, жуда кам учрайдиган патология ҳисобланиб, ошқозон-ичак тракти атрезиялари ичида 1% ни ташкил этади.

Этиологияси: Касаллик аутосом-рецессив ҳолда авлоддан-авлодга ўтадиган ирсий характерда бўлиб, баъзида ирсий касалликлар таркибида ҳам учраши мумкин. Эмбриогенезда ичак найи шаклланишининг бузилиши билан характерланади. Бемор онаси хомиладорлик кечишида қоғаноқ сувлари кўплиги кузатилади.

Патоморфологияси: ошқозон атрезияси ошқозон-ичак тракти узвийлигини тўлиқ бузилиши билан характерланади, мембраноз шаклида эса ошқозон девори сақланган ҳолда шиллик қаватда ўтказувчанлик туғма берклиги сабабли бузилади. Клиникаси. Беморда “ўтсиз қусиш”, яъни ошқозон шираси ва озиқ маҳсулотлари ўт шираси аралашмасиз қусиш кузатилади. Рентгенологик текширишда ошқозон соҳасида газ ва пастки соҳада газлар, ҳаво бўлмаслиги кузатилади (“тўнг-гомоген қорамтир” қорин – “немой” живот). Давоси: оператив ҳисобланиб, кўндалангига гастротомия-кесиб, бўйламасига тикиш, гастродуоденоеюноанастамоз операциялари ўтказиш тавсия этилади.

ПИЛОРΟΣΠΑΣΜ

Ошқозон пилорик жоми функционал етишмовчиги ҳисобланиб, нерв толаларининг функционал етишмаслиги туфайли иннервация бузилиши натижасида пилорик жомда турғун спазм кузаталади. Пилорик силлик мушаклар морфологик жихатдан тўғри шаклланган, иннервация жараёнининг бошқаруви бузилиши натижасида “қусиш” синдроми асосий клиник белги ҳисобланади.

Клиникаси: Қусиш- туғилганидан кейин, кун ора. Қусиқ хажми – бир марта еган овқатидан кам. Нажаси ўз меъёрида. Пешоб ажратиши – бироз камайган. Тери ранги – рангпар. Ўзини тутиши – бироз инжиқ. Тана вазни – ўзгармаган ёки бироз ёши меъёрига етмайди.

Дифференциал диагностикаси: асосан чақалоқларда “қусиш синдроми” кузатиладиган касалликлар, туғма пилеростеноз билан қиёсланади (1-жадвал). Туғма пилеростеноз билан қиёсланганда: - контрастли рентгенографияда барий куйқаси ошқозондан эркин ва тўлиқ пастга ўтиб кетади.

Туғма пилеростенознинг пилороспазм билан қиёсий таъхиси.

1-жадвал:.

Клиник белгилари	Пилороспазм	Пилоростеноз
Қусиш	Туғилгандан кейин	2-3 ҳафталикдан бошланади
Қусиш сони, вақти	Кун ора	Ҳар доим овқатдан кейин.
Қусуқ ҳажми	Бир марта еганидан кам	Бир марта еганидан кўп
Нажас қотиши	Гоҳида нажаси ўз меъёрида	Оғир, қотиб келади
Пешоб ажратиш сони	Камайган (кунига 10 марта)	Жуда камайган (кунига 6 марта)
Тери ранги	Рангпар	Жуда рангпар
Ўзини тутиши	Инжиқ	Безовта эмас
Тана оғирлиги	Ўзгармаган ёки бир оз нормасига етмайди	Жуда ўзгарган, камайган
Атропин киритганда	Ёрдам беради	Ўзгаришсиз

Давоси: Атропин билан даволаганда ёрдам беради. Озиқлантириш коррекция қилинади.

ТУҒМА ПИЛЕРОСТЕНОЗ. Чақалоқларда “қусиш синдроми” кузатиладиган касалликлар жумласига кириб, давоси хирургик коррекционни талаб қилади. Морфологик жихатдан туғма пилеростеноз – ошқозон пилорик қисми циркуляр мушакларнинг туғма гипертрофияси натижасида торайиши, клиник жихатдан - ошқозондаги луқманинг (она кўкрак сутининг) ичакларга ўтмай қолиб, “қусиш синдроми” билан кечадиган туғма касаллик ҳисобланади. Бунда бириктирувчи тўқималар ўзининг йўғон тутамалари билан мушак қаватларига кириб чирмашади. Йўғонлашган қисмининг кўпини мушакнинг айлана толалари ташкил этади. Мушак қавати нерв бойламларини фиброзли тўқималар ўраб сиқиб қўяди. Шундан сўнг нерв хужайралар сиқилиб буришади, глиал элементлари гиперплазияга, нерв толалари эса сероз қаватда деформацияга учрайди, ўша жой тоғайсимон бўлиб қаттиқлашади.

Клиникаси. Касалликнинг аломатлари бемор бола 2—4 ҳафталигида бошланади. Асосий клиник белгиларидан бири «**фавворасимон**» қусиш. Бемор болаларда она сутини ёки сунъий озиқани эмгандан кейин бир оз ёки кўп марта лаб қайт қилиш кузатилади. Қусуқ ҳажми гоҳида бир ютим овқатдан кўпроқ бўлиб, аччик хид чиқаради. Бола оза бошлайди, териси қуруқлашиб, пешоб ажралиши камаяди, кабзият пайдо бўлади. Узоқ қусиш болани нимжон қилиб қўяди. Боланинг икки ойлигидаги оғирлиги, туғилган пайтидаги оғирлигидан ҳам камаяди.



4-расм. Туғма пилеростенозда бемор кўриниши. 5-расм. “қум соати” белгиси кўриниши

Тери ости ёғ қоплами камайиб, қорин девори териси буришиб қолади, боланинг кўзлари киртайиб кетади, катта лиқилдоқ чўккан, ташқи кўриниш “қаримсоқ” қариган

чолга ўхшаб қолади (4-расм). Пилоростенознинг яна бир асосий аломатларидан бири, меъда перисталтикасининг кучайиши, юққалашган корин деворидан «кумли соат» белгисининг аниқланишидир (5-расм). Баъзида гипертрофияланган пилорик жомни пальпация қилиш мумкин бўлади. Касалликнинг ўткир тури бола аҳволини бир ҳафта ичида оғирлаштириб, гипотрофияга олиб келиши мумкин. Бу ҳолатда сув электролит ва ишқор-кислота мувозанати тезда бузилади. Лаборатория таҳлилида қоннинг қуюқлашиши кузатилади (гемоглобин ва гематокрит кўтарилиб, хлор ва калий қонда камаяди).

Ташхисни тўғри қўйиш учун рентгенологик ва эндоскопик текширилади (6-расм). Текшириш эрталаб оч қоринга ўтказилади. Фиброгастроскопия қилиб текширганда меъда кириш қисмининг кенгайганлиги (6-расм) ва пилорик қисмининг торайганлиги (7-расм) кўринади.

Дастлаб қорин бўшлиғи умумий рентген қилиниб, меъда ҳажми кўрилади. Шундан сўнг барийнинг сувли аралашмаси 1;1 нисбатда берилади 2-3 соатдан кейин ва 23—24 соатлардан кейин рентген қилинади. Рентген тасвирида пилоростеноз учун қуйидаги белгиларни кўриш мумкин: - меъда ҳажмининг катталашганлиги (8-расм, а,б); - ошқозоннинг кенгайишиб кетиши натижасида пастга тушиши – “гастроптоз” (8-расм, б,в).



6-расм. кардиал жом кенгайиши.



7-расм. пилорик жом торайиши.

- меъданинг чуқур сегментли перисталтикаси - гиперперистальтика, “кум соати”;
- жомнинг торайганлиги («куш тумшук» симптоми) (8-расм, в);
- контраст модданинг меъдада 2 соатдан 24 соатгача туриб қолиши.



8-расм. Пилоростенозда рентгенологик текшириш кўринишлари

Дифференциал диагностика - пилороспазм, адреногенитал (псевдопилоростеноз) синдром, ошқозон-қизилўнгач рефлюкси, ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан юқоридаги стенози, туғма қисман юқори ичак тутилиши, туғруқ даври бош мия жароҳатидан сўнги қусиш синдроми, диарея, токсий инфекциядаги қусиш синдроми билан қиёсланади. Адреногенитал синдром билан таққослаганда, касал қусуғида сафро келади. Қонда калий кўтарилиб, натрий эса пасаяди, рентгенда контраст модда пилорик қисмдан осон ўтади. Ундан ташқари пилороспазм билан қиёсланади, қиёсий белгилари 1-жадвалда кўрсатилган.

Ошқозон-қизилўнғач рефлюксида касаллик чақалоқ туғилганидан бошланади, горизонтал ҳолда регургитация ва қусиш кузатилади, эзофагоскопияда кардия соҳаси очиклиги, яраги-эрозив эзафагит кузатилади. Рентгенологик текширганда эса контраст модданинг ошқозондан тезда эвакуацияси кузатилади, Тределенбург ҳолатида эса ошқозон-қизилўнғач рефлюкси кузатилади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан юқоридаги стенози ва туғма қисман юқори ичак тугилишида касалликнинг клиник белгилари чақалоқ ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб намоён бўлади, рентгенологик текширганда иккита суюқлик сатхи борлиги, ошқозоннинг кенгайиши кузатилади.

Туғруқ даври бош мия жароҳатидан сўнги қусиш синдромида беморнинг туғруқ анамнези оғир кечганлиги, туғруқ анамнезида жароҳат олганлиги, кўкариб қолганлиги, постгипоксик энцефалопатия белгилари борлиги, рентгенологик текширганда – контраст модданинг ошқозонда туриб қолмаслиги, унинг ичакларга тезда ўтиб кетиши билан қиёсланади. Диарея, токсикинфекцияда “қусиш синдроми” бирданига бошланиб, ичак ўтказувчанлиги сақланади, рентгенологик текширганда – контраст модданинг ошқозонда туриб қолмаслиги, унинг ичакларга тезда ўтиб кетиши кузатилади.

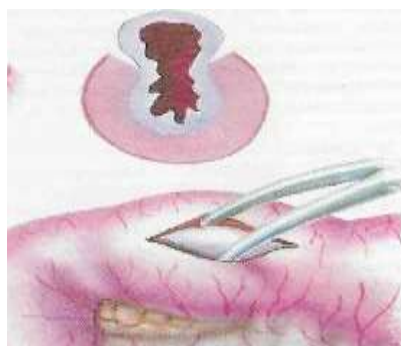
Давоси - операциядан олдинги тайёргарлик 1—2 кун давом эттирилиб, сув-электролит, метаболик бузилишлар имкон даражасида мўтадиллаштирилиб, Фреде—Рамштедт усулида пилоромиотомия қилинади.

Оғриксизлантириш умумий интубацион наркоз остида олиб борилади, бемор столга бел томони билан чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. Пинцет ёрдамида меъданинг пилорик қисми операция жароҳатига олиб чиқилади. Пилорик қисмининг гипертрофия бўлган жойи оқариб кўринади, тузилиши буйича юмалоқ ва қаттиқ бўлади (9-расм). Қон томирлари йўқ жойдан бўйламасига меъдага қараб кесим ўтказилади. Бунда шиллик қаватигача очилиб, кесим қискич ёрдамида кенгайтирилади. Кесимдан шиллик парда бўртиб чиқади. Шиллик парданинг бутунлиги текширилади ва меъда пилорик қисми қорин бўшлиғига жойланади. Операция жароҳати қаватма-қават тикилади (10-расм).

Операциядан кейинги асоратлардан бири—бу шиллик парда жароҳатидир. Буни билиш учун операция вақтида меъда қўл билан босилиб, 12 бармоқ ичак томонга сурилади. Агар шиллик қават жароҳатланган бўлса, кесимнинг пастки бурчагида ҳаво пуфакчаси чиқади. Топилган тешик 1—2 та чок ёрдамида кўндалангига тикилиб, сероз-мускул билан ёпилади.



9 -расм. Гипертрофияланган пилорик жом (интраоперацион кўриниш).



10-расм. Пилоромиотомия.

Операция муваффақиятли кечганда 4—6 соатдан кейин 5—10 мл она сути берилади. Хар 2 соатда сут миқдори 10 мл га кўпайтириб борилади, 5-кунга келиб 70 мл га етказилади. Овқатлантириш орасидаги вақт 3 соатга етказилади ва онага эмизиш учун рухсат берилади. 9-10 кунга келиб операция чоклари олинади ва бола тўлиқ она сути билан овқатлантирилади.

Прогноз – яхши томонга ўзгаришлар билан, операциядан сўнг беморларни гипотрофияси, камқонлик ва гиповитаминоз даволанади.

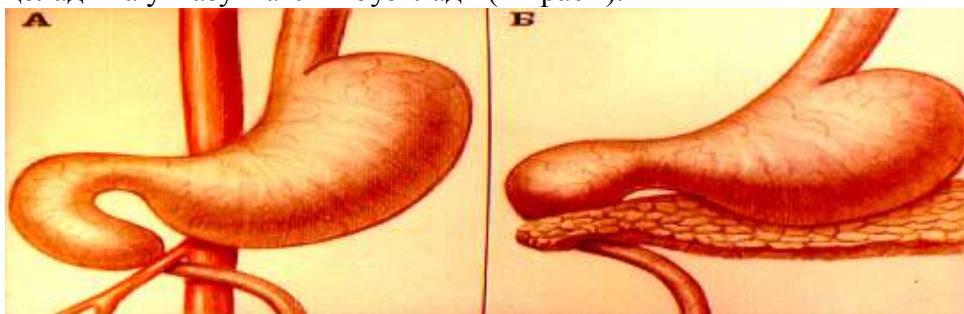
ДУОДЕНАЛ ТУТИЛИШИ - “Дуоденостаз” ёки *дуоденал тутилишлар ҳақида тушунча* – овқат маҳсулотларини ўн икки бармоқли ичак – дуодениумда туриб қолиши тушинилади. Сабаби турлича бўлиб, сурункали ичак тутилиши клиникаси билан намаён бўлади. Улар қуйидагилар бўлиши мумкин:

8. ўрта ичак қисман буралиши
9. Ледд синдроми -ўн икки бармоқли ичак тўлиқ бекилмаса (*Юқоридаги икки ҳолатда ичак найи физиологик бурилиши турли босқичда тўхтаб қолади, шунинг учун уларни “ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши” деб ҳам айтилади*).
10. ўн икки бармоқли ичак “пардасимон” атрезияси микроперфоратив тешиклари билан (Фатер сўрғичидан юқори ва пастида)
11. ўн икки бармоқли ичак стенози (Фатер сўрғичидан юқори ва пастида)
12. оч ичак бошланиш қисми стенози
13. Халқасимон ошқозон ости бези (ўн икки бармоқли ичак тўлиқ бекилмаса 4-расмга қаралсин).
14. *a.mezenterika superior*нинг ўткир бурчак остида чиқиши натижасида ўн икки бармоқли ичакни босиб қолиши (*ўн икки бармоқли ичак тўлиқ бекилмаса: 12-13 расмларга қаралсин*).

Аорта - мезентериал ичак тутилиши синдроми

Дуоденостаз синдромига олиб келтирувчи сабаблардан бири бўлиб ҳисобланади.

Аорта - мезентериал синдромида аортадан *arteria mezenyerika superior*нинг нормага нисбатан ўткирроқ бурчак (45-60°) ҳосил қилиб чиқиши натижасида *дуоденум* босилиб қолади ва ўтказувчанлик бузилади (11-расм).



11-расм. а) *a.mezenterika superior*нинг ўткир бурчак остида чиқиши натижасида ўн икки бармоқли ичакни босиб қолиши б) Халқасимон ошқозон ости бези.

Агар ташқаридан босим ўказувчанликни қисман бузилишига олиб келса, у вақтда “дуоденостаз” юзага келиб, рецидивланувчи-сурункали ичак тутилишига, ўтказувчанлик бутунлай бузилса, унда “юқори ичак тутилиши”га олиб келади.

Ушбу икки ҳолат “аорта-мезентериал ичак тутилиши” синдроми тушунчаси билан юритилади. Худди шундай анатомик ҳолат Ледд синдромида ҳам кузатилади. Аорта - мезентериал синдроми билан касалланган беморлар астеник тана тузилиши, ўткир эпигастрал бурчакга эга бўлиб, тенгдошларига нисбатан вазни камроқ бўлиши кузатилади. Касаллик 80% ҳолатларда 7 ёшдан кейин клиник жиҳатдан намаён бўлади.

Клиникаси. Ноаниқ клиник белгилар билан кечиб, асосан эпигастрал соҳада номаълум сабабли оғриқ, шиш хисси, қўнғил айниши, кекириш, овқатлангандан сўнг эса қориннинг юқори қисмида шиш пайдо бўлиши билан характерланади. Характерли белгиларидан бири бўлиб, тана ҳолатини ўзгартирганда оғриқ камайиши, хусусан қоринда ётганда яққол намаён бўлади.

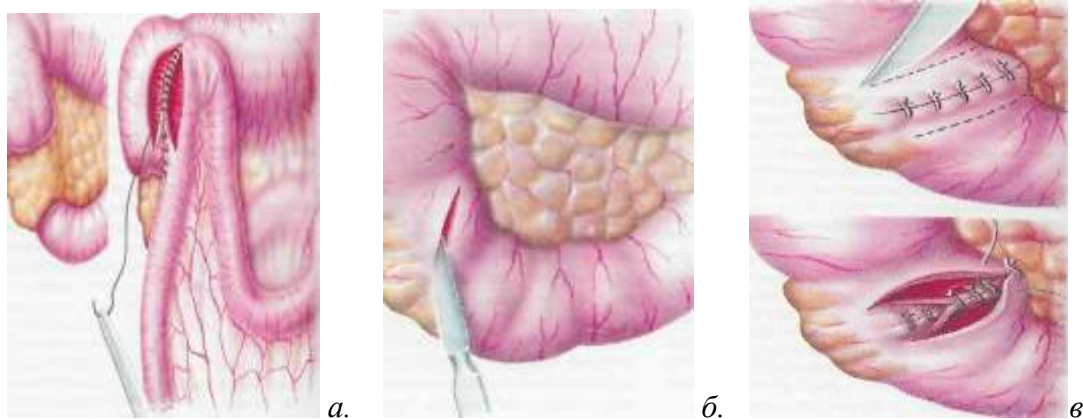
Диагностика. Қорин бўшлиғи тасвирий рентгенографиясида 2та суюқлик сатхини кўриш мумкин. Контрастли R-графияда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сатхи кенгайганлиги, дуоденоеюналь соҳанинг юқорида турганлигини кузатиш

мумкин. Аортограммада аортадан *arteria mezenyerika superior*нинг нормага нисбатан ўткирроқ бурчак (45-60°) ҳосил қилиб чиқиши кузатилади (11-расм). Эзофагогастроуденоскопияда дуоденумнинг кенгайганлиги, стаз, ингичка ичакка ўтадиган соха торайишини кўриш мумкин.

Давоси. Дуоденал тутилиш, қоринда доимий оғриқ оператив давога кўрматма бўлади. Ичакни резекция қилиб, умуртқа соҳасига қайта анастамоз қўйиш, гастростомия қўйиш; қисман ошқозон резекцияси, дуоденоюноанастамоз қўйиш операциялари бажарилади.

Дуоденостаз синдроми – дуоденум соҳасида туғма тўсиқлар бўлиши натижасида она сути ёки озиқ массаларининг қисман ёки тўлиқ ўтмай қолиши билан кечади. Сабаблари юқорида кўрсатилган.

Клиникаси – чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларидан қайт қилиш ва қусиш кузатилади. Касалликнинг клиник намоён бўлиши стеноз - ичак найи торайиши даражаси ва узунлигига боғлиқ бўлади. Агар стеноз ва торайиш кучли бўлса қусиш ва қайт қилиш, натижада беморнинг жисмоний ривожланишдан орқага қолиши ҳам кўпроқ намоён бўлади, натижада бемор касалликнинг эрта давларида клинко-рентгенологик текширишдан ўтади. Стеноз ва торайиш даражаси камроқ бўлса қусиш ва қайт қилиш ҳам вақти-вақти билан такрорланиб, даврий характерда бўлади, натижада беморнинг тенгдошларидан жисмоний ривожланишдан орқага қолиши ҳам камроқ намоён бўлади, бемор кўпинча соматик ташхислар билан терапевтик бўлимларда даволанишади. Кўпинча кўнгил айнаши, жиғилдон қайнаши, кекириш, эпигастрал соҳада оғирлик, дам бўлиш, оғриққа шикоят қилишадилар. Бемор оналари қуски массаларида тоза еган овқат қолдиғи бўлиши, баъзида болалар ўзлари сунъий равишда қусишга ҳаракат қилишларига шикоят қиладилар. Бемор умумий ахволи нисбатан қониқарли, эпигастрал соҳада “қум соати” белгисини кузатиш мумкин. Дуоденостазга халқасимон ошқозон ости беши сабаб бўлганида баъзида енгил ўтувчи сариклик ҳам кузатилиши мумкин (12 а; б; в-расмлар).



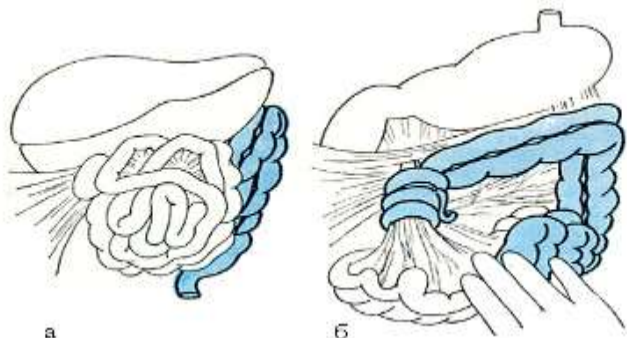
12-расм. халқасимон ошқозон ости беши турлари ва оператив даво усуллари.

Диагностикада асосий информатив усул бу ошқозон ичак трактини рентгеноконтраст текшириш бўлиб қолаверади. Контраст модда қисман ичакнинг пастки қисмида ўтиши фонида “икки қадах” белгиси кузатилади. Қусиш синдроми кузатиладиган касалликлар билан қиёсий ташхислаш лозим.

Даволаш - беморга операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилади, бунда сув-электролит, метаболик бузилишлар мўтадил ҳолатга келтирилади. Радикал даво - операция. Оғриқсизлантириш умумий наркоз остида олиб борилади, бемор столга чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. Кейинги тактика ичак тутилишига сабаб бўлган омилни бартараф этишга қаратилади (12-расм, а;б;в).

Ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши

- ичаклар эмбриогенезида икки жараён: **формация ва ротация** жараёнларининг бир жой ва бир вақтнинг ўзида – ўн икки бармоқли ичак соҳасида бузилиши натижасида намаён бўлади. Яъни, ўн икки бармоқли ичакни қорин парда тортмалари билан тортиб, босиб қолиши ва ўрта ичак тўлиқ буралмаслиги сабабли ингичка ичак, чамбар ичак ўнг қисми буралиши кузатилади (14-расм а;б).

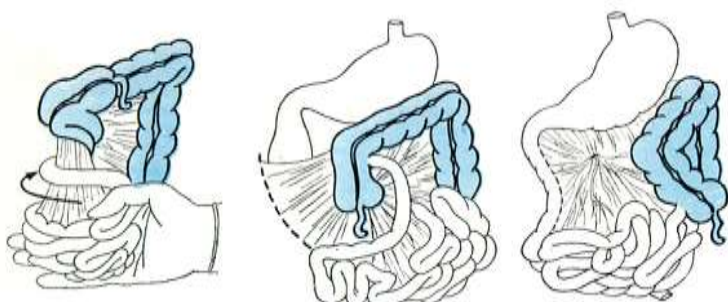


13-расм *Ladd* синдроми (схема).

Клиникаси - юқори ичак тутилиши клиникасини намоён қилади, клиник белгилар ичак ўтказувчанлиги бузилиш даражаси, ичак тутқичида қон айланиш бузилиш даражаси ва “ўрта ичак” буралиш даражаларига боғлиқ бўлади. Агар ичак ўтказувчанлиги бузилиш даражаси, ичак тутқичида қон айланиш бузилиш даражаси ва “ўрта ичак” буралиш даражалари бемор хаётига хавф солмаган, қисман компенсацияланган ҳолда бўлса, юқорида айтилганидек “дуоденостаз” синдроми клиник белгиларини намоён қилиши мумкин.

Диагностикада асосий информатив усул бу ошқозон ичак трактини рентгеноконтраст текшириш. Контраст модда ошқозон-ичакнинг пастки қисмига ўтмайди, “икки қадах” белгиси, икки газ кузатилади. Контраст модда қисман ичакнинг пастки қисмида ўтиши фонида “икки қадах” белгиси кузатилганда “дуоденостаз” синдроми кузатилади. Қусиш синдроми кузатиладиган касалликлар билан қиёсий ташхислаш лозим.

Даволаш - беморга операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилади, бунда сув-электролит, метаболит бузилишлар мўтадил ҳолатга келтирилади. Радикал даво - операция. Оғриқсизлантириш умумий наркоз остида олиб борилади, бемор столга чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. **Ледда операцияси** ўтказилади (14-расм). 1 - босқич: буралиб ётган “ўрта ичак” соат стрелкасига тесқари тўғриланади (14-расм а). 2 - босқич: Эмбрионал чандиқлар қирқилади (14-расм б). 3 - босқич: чамбар ичак чап ёнбошга ўтказилади (14-расм в). Кейинги тактика ичак тутилишига сабаб бўлган омилни бартараф этишгандан сўнг интерсив терапияга қаратилади.



14-расм. а) “ўрта ичак” буралишини б) чандиқларни қирқиш в) чап томонга цекопексия тўғрилаш

Қорин бўшлиғи ички чурралари - “мальфиксация” синдроми яъни, қорин бўшлиғи аъзолари ўз ўрини эгаллаб, ўз тутқичига эга бўлиш - фиксацияланиши жараёни (фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш, маъносида) бузилиши натижасида

тутқич ҳосил бўлишидаги нуқсонлар натижасида қорин бўшлиғида “чўнтак” (*bursa*) ларга кириб, қисилиб қолиши натижасида ички чурралар келиб чиқади ва ичак тутилиши клиник белгилари билан намаён бўлади. Қорин бўшлиғи ички чурраларида чурра дарвозаси ва халтаси қорин бўшлиғида жойлашади, улар клиник амалиётда нисбатан жуда кам учрайди ва шунинг учун жуда қийин ташхисланади. Болаларда кўпинча странгуляцион ичак тутилиши ташхиси билан операцияга олингандан сўнг интраоперацион топилма сифатида аниқланади. Қорин бўшлиғи ички чурралари ичида энг кўп учрайдиганилари: ичак тутқичида 27% гача, Трейц бойлами соҳасида 21% (*умумий қорин бўшлиғи ички чурраларига нисбатан*) учрайди. Ундан ташқари ички чурралар қовуқ устида, кўричак олдида ва ҳ.к. яъни, қоринпарданинг деярли ҳамма қисмида учраши мумкин, қачонки у ерда тутқич дефекти бўлсагина. Баъзида қорин бўшлиғида операциядан сўнг тутқичда дефект бўлса ҳам ички чурра пайдо бўлиши мумкин.

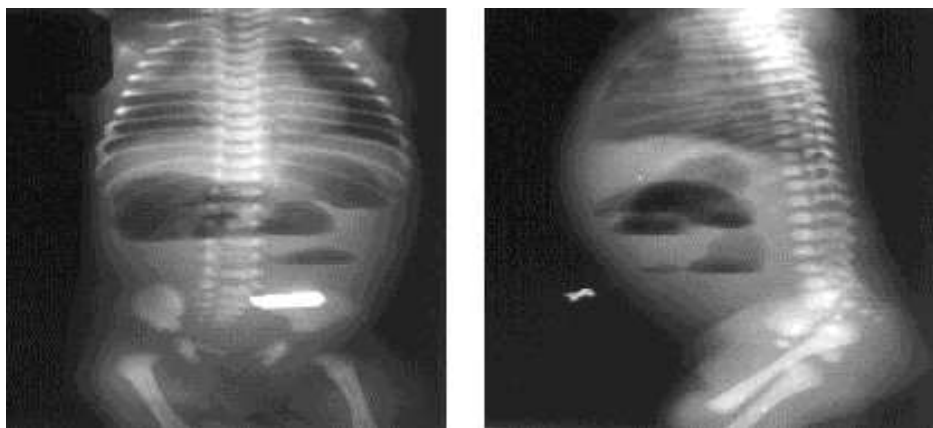
Клиникаси. Ўткир бошланган ички чурра қисилишида бемор қорин бўшлиғидаги кучли оғриққа шикоят қилади, ушбу оғриқ *тизза – тирсак* ҳолатида сусайиши кузатилади, баъзида оғриқ тўхташи мумкин. Странгуляцион ичак тутилиши белгиларига ўхшайди, беморда кучли даврий оғриқдан ташқари кўнгил айниши, қусиш, безовталиқ кузатилади. Қорни юмшоқ, оғриқли, баъзида қорин бўшлиғида “ўсмасимон” ҳосила пайпасланиши мумкин, қорин парда таъсирланиш белгилари гумонли ёки манфий, мушаклар тонуси ошмаган бўлади.

Диагностикасида – қорин бўшлиғи тасвирий рентгенограммасида “Клойбер косачалари”, суюқлик сатҳлари ва газ аниқланади.

Даволаш - беморга операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилади, бунда сув-электролит, метаболик бузилишлар мўтадил ҳолатга келтирилади. Радикал даво - операция. Оғриқсизлантириш умумий наркоз остида олиб борилади, бемор столга чалқанчасига ётқизилади. Қорин бўшлиғига юқори лапаротомия билан очиб кирилади. Кейинги тактика ичак тутилишига сабаб бўлган омилни – қисувчи халқани баргараф этишга, ичаклар ҳаётчанлиги балгиларига қараб унинг фаолиятини тиклашга қаратилади.

Туғма қуйи-пастки ичак тутилишлари клиникаси билан намаён бўладиган касалликлар ва синдромлар

Туғма ичак тутилиши бу – ошқозон ичак трактида туғма тўсиқ бўлиши натижасида овқат (она кўкрак сути) маҳсулотларининг пассажи бузилиши ва ўтмай қолишидир. Туғма пастки ичак тутилишлари асосий клиник белгилари: - туғилганидан ич ўтмаслиги; - қориннинг дам бўлиши; - қусиш, аввалига ошқозондаги массалар билан, кейинчалик ўт аралаш ва ниҳоят ичак маҳсулотлари билан қусиш; - ичаклар гиперперистальтикаси (ҳар доим ҳам кузатилавермайди). Юқоридаги белгилар юқори ичак тутилишини келтириб чиқарувчи омилга қараб, ўзига хос ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Туғма пастки ичак тутилишлари учун характерли рентгенологик белги – қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясида 3 ва ундан ортиқ суюқлик сатҳи ва устида газ бўлиши (Клойбер косачалари) кузатилади (15-расм).



15--расм. Пастки ичак тутилишида Клойбер косачалари. рентгенограмма
Туғма пастки ичак тутилишини келтириб чиқарувчи касаллик ва синдромлар:

8. Ингичка ичак атрезияси.
9. Қорин бўшлиғининг ички чурралари.
10. Ичак найининг туғма иккиланиши.
11. Мекониал илеус.
12. Гиршспрунг касаллиги.
13. Долихосигма.
14. Аноректал соха ривожланиш нуқсонлари: тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси (*оқма ва оқмасиз шакли*).

Ингичка ичак атрезиялари - эмбрионал ривожланишнинг эрта даврларида ичак найи – бирламчи ичак қорин бўшлиғининг *a.mezenterika superior* соҳасида бирламчи тутқич билан боғланган, “найсимон” шаклда бўлиб, ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичини ўтайди. Бир вақтнинг ўзида ичак найида буралиш -“ротация”, ичаклар ва уларнинг тутқичлари ҳосил бўлиши - “формацио” шаклланиш, ва фиксацияланиши –фиксация – “қотирилиш, мустаҳкамлаш маъносида”, жараёнлари кета бошлайди. Ушбу жараёнларнинг биргаликда ёки алоҳидаланиб турли сабабларга кўра бузилиши натижасида ошқозон ичак трактида туғма нуқсонлар, аномалиялар юзага келиши мумкин. Шаклланиш жараёнининг бузишига - “**мальформация** синдроми” дейилади, ундан келиб чиқадиган синдром бу ичаклар атрезияси, мембранали атрезия ва ичаклар туғма стенозидир, уларнинг ҳар бирига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Бирламчи найсимон ичак ўзининг эмбрионал ривожланиш жараёнида “шнурсимон” яъни “тизимча”симон босқични ўтайди. Бирламчи ичак найи эпителий пролифирацияси натижасида бутунлай бекилиб қолади, бунинг изидан келадиган вакуолизация (реканализация) жараёнида эса ичак найининг ичи қайтадан “қувур” шаклини эгаллайди. Бироқ бирор бир таъсирот натижасида ичак маълум қисми берклигича қолиши мумкин. Агар реканализация жараёни ичак найи кичик қисмида бузилса, ичак бўшлиғи юпқа парда билан бекилиб қолиб, “пардасимон-мембранали” атрезия (16-расм) юзага келади. Реканализация жараёни ичак найи кичик қисмида бошланишга улгириб, сўнгра бузилса, у вақтда “пардасимон” атрезияда кичик (ёки ҳар хил ўлчамли) тешик ҳосил бўлиши ва пардасимон стеноз юзага келиши мумкин. Реканализация жараёни ичак найи катта қисмида бузилса, унда атрезия ичак катта қисмида ҳосил бўлиб, “фиброзли” атрезия кузатилади. Реканализация жараёни ичак найи ҳар хил қисмида бузилса, унда “сосискасимон” атрезия кузатилади (17-расм). Баъзида ичак атрезиясига реканализация жараёнининг бузилиши ва мезентериал қон айланиши етишмовчиги натижасида ингичка ичакнинг тўлиқ атрезияси кузатилади (17-расм). Ичак атрезиялари ичак найининг мураккаб эмбрионологик жараёнлар кечадиган қисмларида учраши кўпроқ кузатилади. Юқорида айтиб ўтилган эмбрионал жараён

бузилиши натижасида юзага келадиган ҳолатлар “мальформация” синдромига киритилади.

Ичаклар атрезиясида туғма пастки ичак тугилиш клиникаси кузатилади; Туғма пастки ичак тугилишлари асосий клиник белгилари:

- туғилганидан ич ўтмаслиги;
- қориннинг дам бўлиши;
- қушиш, олдинига ошқозондаги массалар билан, кейинчалик ўт аралаш ва ниҳоят ахлатли қушиш.
- ичаклар гиперперистальтикаси (ҳар доим ҳам кузатилавермайди).

Юқоридаги белгилар юқори ичак тугилишини келтириб чиқарувчи омилни жойига қараб, ўзига хос ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Туғма пастки ичак тугилишлари учун характерли рентгенологик белги – қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясида 3 ва ундан ортиқ суюқлик сатхи ва устида газ бўлиши (Клойбер косачалари) кузатилади.

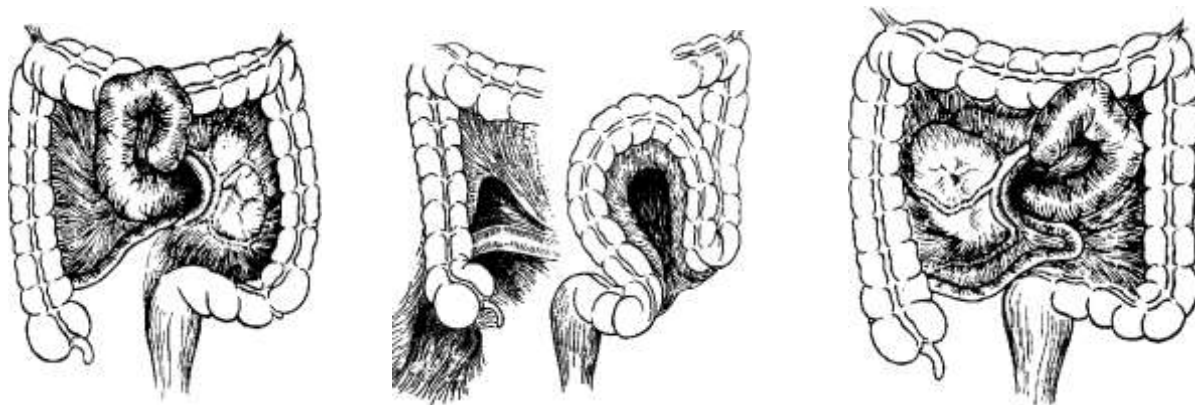


16-расм. мембранали ичак атрезияси.



17-расм. ингичка тўлиқ атрезияси.

ИЧКИ ЧУРРАЛАР – чурра дарвозаси ва ҳалтаси қорин бўшлиғида бўлади. Чурра дарвозаси бўлиб ичак тутқичининг нуқсони (камчилиги) – туғма тешиклар бўлиши натижасида у ерга қоринпарда ва ичак қовузлоқлари кириб қолиши мумкин. Ушбу чурралар жуда ҳам кам учрайди ва ташхис қўйиш мумраккаб. Кўпинча улар ўткир ичак тугилиши ташхиси билан операцияга олинган беморларда операция вақтида аниқланади. Чурралар локализациясига қараб унинг классификацияси ишлаб чиқилган: ингичка ичак тутқичи; йўғон ичак тутқичи; Трейц боғлами; чарви усти; қовуқ усти; кўричак атрофи; чувалчангсимон ўсимта тутқичи; сигмасимон ичак атрофи; Винслоу тешиги; жигар юмалоқ бойлами; бачадон кенг бойлами; йўғон ичак атрофи ва ҳ.к. (18-расм). Умуман олганда қорин парда қаерда бўлса, унинг туғма нуқсони, яни тешиги бўлиши мумкин, ушбу тешикдан қорин пардага ўралган ҳолда қорин бўшлиғи аъзолари кириб қолса улар чин”, қоринпардасиз кириб кетса “сохта” чурралар ҳам дейилади. Клиник белгилари узоқ вақт намоён бўлмаслига мумкин. Клиник симптоматика ривожланиши чурра маҳсулоти қисилганлиги ва ичак ўтказувчанлиги бузилиш даражасига боғлиқ. Беморлар анамнезида сабабсиз қоринда оғриқ, тирсак-тизза ҳолатида оғриқнинг пасайиши кузатилади. Беморларда кўпинча ўткир ичак тугилиши клиникаси намоён бўлади.



18-расм. а; б; в. Ички чурраларнинг ичак туткичидаги жойлашуви.

Давоси оператив бўлиб, лапаротомия қилиниб, чурра махсулотлари озод этилади ва чурра дарвозаси тикиб, бартараф этилади.

ИЧАК НАЙИНИНГ ТУҒМА ИККИЛАНИШЛАРИ ёки ичак найи аъзоларининг жуфтланиши деб, эмбрионал ривожланиш даврида ичак деворининг нотўғри шаклланиши натижасида иккиланган ковакли ичак пайдо бўлиши билан кечадиган туғма нуқсонга айтилади. Иккиланишнинг келиб чиқиши эмбрионал ҳаётнинг биринчи ойларига тўғри келади. Иккиланишнинг пайдо бўлиши ичак найчаси шиллик қаватининг шаклланиши ва реканализацияси-нинг бузилиши билан боғлиқ. Бу туғма нуқсон қуйидаги номлар билан аталади: овқат хазм қилиш найчасининг иккиланиши, дупликатура, энтерокиста, энтерокистома, гигант дивертикул ва бошқалар. Бу номларнинг кўплиги иккиланишнинг анатомик турлари кўплиги билан боғлиқ. У кичик кистасимон ҳосилдан то қизилўнғач, меъда, ўн икки бармоқ ичак ва бошқаларнинг тўлиқ иккиланишини ўз ичига олади. Ингичка ичакнинг иккиланиши энг кўп учрайди ва 60% ни ташкил қилади. Овқат хазм қилиш органларининг иккиланиши тасниф бўйича қуйидаги турларга бўлинади: кистоз, тубуляр ва дивертикуляр иккиланиш. Тубуляр дупликатураларнинг қорин бўшлиғи соҳасида, баъзан ундан ташқарида — қорин орти соҳаси ёки кўкрак қафасида жойлашган ҳоллари қайд этилган. Ичак найчасининг жуфтлашган қисми кўп ҳолларда ичакнинг тутқич томонида жойлашиб, умумий қон таъминотига эга ва кўпинча асосий ичак билан пухта туташган бўлади.

Гистологик текширувлар дупликатура ва асосий ичак найчаси тузилишининг ўхшашлигини кўрсатади. Баъзан шиллик қават дистопияси кузатилади (масалан, ингичка ичак кистасида меъда шиллик қавати топилади), бу эса ичакдан қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Клиникаси. Иккиланишнинг белгилари унинг жойланиши, шакли ва ўлчамларига боғлиқ. Кўпинча дупликатлар белгиларсиз кечади ва жаррохлик муолажаси давомида кутилмаганда топилади. Лекин баъзан -(асосан шиллик қават дистопиясида) дупликатуралар бехосдан ичакдан кучли қон кетиши билан намоён бўлиши мумкин. Иккиланишнинг кистоз тури (энтерокисталар) гоҳо жуда катталашиб, қисман ичак тутилиши ва ичак бўшлиғининг тўлиқ ёпилиши ёки ташқаридан сиқилишига олиб келади (19-20 расмлар). Баъзан киста атрофида ичаклар буралиб қолади ва ўткир странгуляцион ичак тутилишининг клиник манзараси ривожланади. Хомиладорлик пайтида энтерокиста атрофида ичаклар буралиб қолиши ичакларнинг иккиламчи атрезиясига олиб келиши мумкин. Кўкрак қафасига кирувчи дивертикулларда дисфагия ва ателектаз, бронхоэктаз ва нафас олишнинг бошқа бузилишлари кузатилади. Йўғон ичакнинг иккиланиши сурункали кабзият билан намоён бўлади. Ректал текширув пайтида беморларда оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли ўсмасимон ҳосила пайпасланади.



19-рasm. Энтерокиста, странгуяцион 20-рasm. Энтерокиста. Макропрепарат ичак тутилиши.

Тўғри ичакнинг иккиланишида одатда сийдик системасига қўшилган оқма бўлади. Дупликатураларнинг асоратлари ичакдан қон кетишидан ташқари, ичак инвагинацияси ҳам маълум бўлиб, бундай ҳолларда уни консерватив даволаш фойдасиздир.

Таъхиси. Овқат ҳазм қилиш ковак органлари иккиланишнинг диагностикаси кўп ҳолларда жуда катта қийинчиликларга эга. Тил ости кистасини бошқа этиологияли кисталардан (ранула, лимфангиома) фақат гистологик текширувдан кейин фарқлаш мумкин. Овқат ҳазм қилиш ковак органларининг пастки қисмлари иккиланишида рентгенография тавсия этилади. Рентгенограммаларни жуда эҳтиёткорлик билан талқин қилиш лозим. Бир томондан, сохта жуфтланиш кўрилса, иккинчи томондан, иккиланган қисм контраст модда билан тўлмай, кўринмай қолиши мумкин. Тушунарсиз ҳолларда диагностик лапаротомия қилинади. Энтерокисталарни қорин бўшлиғидаги кистоз ҳосилалардан фарқлашга ичак девори ва унинг ичидаги нарсаларни гистологик текшириш ёрдам беради. Ичак иккиланишида «киста» девори ичак найчасига хос тузилишда ва унинг ичида ҳазм қилиш безларининг секретини бўлади.

Давоси. Овқат ҳазм қилиш найчасининг иккиланиши фақат хирургик йўл билан даволанади. Энтерокистани шилиб ажратиш олиш қийинлиги туфайли овқат ҳазм қилиш ковак органининг иккиланган қисми резекцияси кенг қўлланади. Агар резекцияни бажариб бўлмаса (ўн икки бармоқ ичакнинг иккиланиши), қуйидагилардан бири бажарилади: асосий ва қўшимча ичак (иккиланган ичак) анастомози, девори билан шиллик қаватини қисман олиб ташлаш, баъзан марсупиализация қилиш ва х-к. Кўкрак қафасига кирувчи ичак дивертикулларида хирургик муолажа кўпинча икки босқичда бажарилади: аввал торакотомия қилиб дивертикул олиб ташланади ва қолган қисми икки қатор чок билан тикилади, сўнгра 1—1,5 ҳафтадан кейин лапаротомия қилиниб, қолган дивертикул резекция қилинади.

Прогнози. Ўз вақтида таъхис, тўғри жаррохлик усули қўлланилса прогноз яхши бўлади.

Қорин бўшлиғининг кистоз ҳосилалари - Қорин бўшлиғи кисталари келиб чиқиши, анатомик тузилиши ва жойлашиши турлича бўлган ҳосилаларни бирлаштирувчи тушунча. Кисталар ҳақиқий ва сохта, атравматик, паразитар ва бошқа турларга фарқланади.

Келиб чиқиши, жойлашиши ва клиник кечиши бўйича ҳақиқий кисталар чарви, ичак тутқичи, ичак (энтерокисталар) кисталарига бўлинади.

Чарви кисталари — лимфа тўқимасининг дистопияси ёки лимфа йўллариининг тикилиб қолиши натижасида ҳосил бўлиб, чарви варақлари орасида жойлашади. Улар яқка деворли, бўлмали тузилишга эга бўлиб, сероз суюқлик билан тўлган. Бу кисталар ўлчами турлича, баъзан жуда катта бўлади. Клиник кўриниши кистанинг ўлчамига боғлиқ. Кичик кисталар бошқа сабаб билан бажарилган хирургик муолажа вақтида тасодифан топилади. Катта кисталар қўшни аъзоларни эзиб, баъзан қисман ичак тугилишини келтириб чиқаради. Чарви кистаси бўлган беморларда қорин айланасининг

аста-секин катталашиши кузатилади. Кўпинча қорин олди деворига яқин жойлашган, ҳаракатчан (сирпанувчи) ўсма пайпасланади. Қоринни пайпаслаш оғриқсиз. Рентгенологик текширув вақтида қорин олд деворига яқин жойлашиб, ичак қовузлоқларини орқага сурувчи ўсмасимон ҳосилани кўриш мумкин.

Ичак тутқичи кисталари одатда лимфа тўқимасининг дистопияси натижасида келиб чиқиб, ичак тутқичининг исталган қисмида жойлашади. Улар ичак тутқич варақлари орасида жойлашиб, ичак девори билан боғлиқ эмас. Ичак тутқичи кисталари ичида одатда сероз суюқлик бўлиб, уларнинг юқори жойлашган ҳолларида хилез ўт суюқлиги бўлиши мумкин. Касалликнинг илк белгиларидан бири — қорин айланасининг аста-секин катталашиши бўлиб, у болани безовта қилмайди. Киста катталашгани сари ўқтин-ўқтин қусиш ва оғриқ пайдо бўлади. Агар киста буралиб қолса, боланинг аҳволи баттар оғирлашади, оғриқ кучаяди, бола кўп қайт қилади.

Ичак тутқичи кисталарига ҳосиланинг ўта сирпанувчанлиги хосдир. «Ўсма» қорин бўшлиғида бемалол сирпанади, аниқ чегарага ва текис контурга эга. Ингичка ичак тутқичи кисталари жуда ҳам сирпанувчан. Катта ичак тутқич кисталарида кўпинча асоратлар (киста ўз ўқи атрофида бурилиш, ичак тутқичи, йиринглаш ва бошқ.) кузатилади. Бундай ҳолларда бемор қорин бўшлиғи оғир хасталиги билан жаррохлик касалхонасига ётқизилади.

Энтерокиста — ичак иккиланиши (дупликатураси) номи билан аталадиган касаллик. У ичак ковак аъзолари тўғри ривожланмасдан ортиқча ўсиб кетиши, мушаклараро ретенцион киста ҳосил бўлиши (60%) натижасида энтерокисталар ингичка ичакда жойлашишидан келиб чиқади. Клиник белгилари энтерокиста ичида яллиғланиш бўлганда намоён бўлади. Бунда бола ўзини нохуш ҳис қилади ва оғриқ пайдо бўлади. Қисман ёки тулиқ ичак тутқичи кузатилади. Энтерокистанинг эрозияланган шиллик қаватидан қон кетиши ёки девори тешилиб, перитонит ривожланиши мумкин.

Мекониал илеус деб – ёпишқоқ меконийнинг (ошқозон ости беши ферментатив етишмовчигилиги сабабли) ёнбош ичак терминал қисмида текилиб қолиб, туғма пастки ичак тутқичи клиникасини намоён қилишига айтилади. Меконий – чакалоқнинг биринчи ахлати бўлиб, она қорнида қоғаноқ сувларининг ютиши, ошқозон ичак тракти шиллик қавати секретини, ошқозон ичак тракти реканализация жараёнида тўкиладиган эпителий, ўт суюқлиги ва ошқозон ости беши секретидан ҳосил бўлиб, чакалоқ туғилгач биринчи ичи ўтганда ташқарига чиқади. Ошқозон ости беши секретини етарли даражада бўлмагач, меконий консистенцияси ўзгаради ва ўта шилимшиқ, ёпишқоқ бўлиб, ёнбош ичак терминал қисмидан баугин қопқаси орқали йўғон ичакка ўта олмайди ва обтурацион-мекониал ичак тутқичи юзага келиб, туғма пастки ичак тутқичи клиникасини беради. Касаллик ошқозон ости беши кистозидоз ва экзокрин безларнинг фаолияти бузилиши натижасида келиб чиқади. Касаллик ирсий характерда бўлиб, аутосом-рецессив равишда авлоддан авлодга кўчади. Кистозидоз системали касаллик, организмдаги барча экзокрин безларни зарарлаши мумкин. Гетерозиготали ота-онадан 4:1 нисбатда ушбу касаллик намоён бўлиши мумкин. Ошқозон ости беши кистозидоз локал ва тарқалган шакллари мавжуд. Кистозидоз нафас йўллари, ошқозон ичак трактида тарқалган бўлиши мумкин. Нафас йўлларида учраса муковисцидоз клиникасини, ошқозон ичак трактида тарқалган бўлса, мекониал ичак тутқичи клиникасини беради.

Клиникаси. Мекониал илеус билан туғилган чакалоқлар ўз вақтида туғилишади, кўпинча гипотрофия кузатилади. Меконийнинг туриб қолиши 24-48 соатгача кузатилади. Беморларнинг қорни дамлаб, шишади, ичи келмайди, 2-кундан қуса бошлайди. Қорин олд девори орқали кенгайган ичак қовузлоқларини кузатиш мумкин. Пальпацияда “хамирсимон” консистенцияли ҳосила қўлга илинади. Анал тешик ва тўғри ичак нисбатан тор бўлади. Ирригограммада микроколон аниқланади.

Асоратланган вақтда қорни бирданига шишиб кетади, кўп қусиб, қорин олд девори пастки қисми қизариб, шишиши мумкин.

Диагностикасида асосан қорин бўшлиғи тасвирий рентгенограмма қилинади, кўп миқдорда суюқлик сатҳлари ва газ аниқланади.

Даволаш – консерватив муолажалар қилинади, тозаловчи клизма физиологик эритма, гипертоник эритма, ацетилцистеин ва гастрографин билан қилинади. Самараси бўлмаганда умумий оғриқсизлантириш остида, лапоратомия ва ичак холатига қараб – томия, эктомия, анастомоз қўйиш мумкин. Илеоцекал соҳада ёнбош ичак терминал соҳасида “колбасасимон” кенгайиш кузатлади (21-22 расмлар).



21-расм. Мекониал илеус билан туғилган чақалоқда ичак интраопецион кўриниши.

22 – расм. Мекониал илеус билан туғилган чақалоқда ичак интраопецион кўриниш

Мегаколон - тушунчасига йўғон ичакнинг ёки унинг бир қисми кенгайиши билан кечадиган касаллик ва синдромларга айтилади. Ушбу тушунча йиғма бўлиб, келиб чиқиши ва патологоанатомик хислати турлича бўлган касалликларни бирлаштиради. Уларнинг бирлаштирувчи асосий клиник белги қабзият бўлиб, йўғон ичакда кенгайиш кузатилади (23-расм, а,б).

Мегаколонга олиб келувчи сабаблар турлича, уларни Ю. Ф. Исаков ва А. И. Лёнюшкин куйидагича таснифлаган:

Туғма ва Ортирилган;

Функционал ва Механик характерли.

Туғма – Гиршпрунг касаллиги, “идиопатик мегаколон”, аноректал соҳа туғма нуқсонлари.

Ортирилган – Витамин В₁ етишмовчилиги, чагас касаллиги, юқумли касалликлардан, психоген қабзиятлар, эндокрин бузилишлар, дориворларнинг ножўя таъсири, анус ёриғи, анал соҳада яллиғланиш, куйиш, жароҳатлардан сўнг ва ҳ.к. ҳосил бўладиган Мегаколон.

Функционал характерли Мегаколон

– интрамурал нерв чигаллари етишмовчилиги натижасида ҳосил бўладиган Мегаколон (Гиршпрунг касаллиги, Витамин В₁ етишмовчилиги, Чагас касаллиги, юқумли касалликлар)



а.



б.

23-расм. а-б. Ирригограмма. Мегаколон.

- интрамурал нерв чигаллари таъсирланмасидан келиб чиқадиган Мегаколон-“идиопатик мегаколон”.

Механик характерли Мегаколон - аноректал соҳа туғма нуқсонлари, анал соҳада яллиғланиш, куйиш, жароҳатлар натижасида ҳосил бўлади.

Долихосигма – йўғон ичак сигмасимон қисмини узайиши ва кенгайиши ҳисобланади, “Мегадолихисигма”, Мегадолихоколон” терминлари ҳам қўлланилади. Касаллик асосан 1 ёшдан, чақалоқ овқатида қўшимча киритишдан сўнг намоён бўла бошлайди. Натижада ахлат массалари ҳажми ошиб, узун ичак қовузлоғини тўлдиради, буралиб, қисиб қўяди. Беморларни қабзият, қоринда оғриқ баъзида қусиш безовта қилади. Касалликнинг асосий белгиси – ахлат келишининг бузилиши бўлиб, 4 хил клиник вариантлари фарқланади:

1. латент кечувчи, беморни деярли ҳеч нарса безовта қилмайди, бошқа сабаблар билан текширилганда ичак узунлиги аниқланади.
2. санчикли – тез-тез ичак санчиғи безовта қилиши билан кечувчи.
3. сурункали қабзият билан кечувчи.
4. сурункали колит билан кечувчи.

Касаллик қоринда спастик оғриқ, тез-тез қабзият билан касалланувчи беморларда аниқланади. Компенсатор шаклида тозаловчи клизма, пархез фониди беморни шикоятлари бартараф этилади. Субкомпенсатор шаклида ахлат фақат клизма ва ич кетгизувчи препаратларни бергандан сўнг ўтади, декомпенсация шаклида ахлат фақат сифон клизмадан сўнг чиқади.

ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ - бу касаллик клиникасини даниялик педиатр Гарольд Гиршпрунг биринчи бўлиб 1887 йилда ёзган ва кейинчалик бу касалликни унинг номи билан аташган. У бу касалликнинг ҳақиқий табиатини аниқлай олмасида, беморнинг ташқи кўринишини, унда йўғон ичакнинг кенгайиб, деворларининг гипертрофияга учрашини тўла ёзиб, уни йўғон ичакнинг «туғма кенгайиши» деб атаган. Кейинчалик касалликни тасвирлаш учун «туғма мегаколон», «туғма идиопатик мегаколон» каби иборалар қўлланиб, шу кунгача

аталиб келинмоқда. Гиршпруг касаллиги болаларда кўп учраб туради ва адабиётлардаги статистик маълумотлар тез-тез ўзгариб туради. Наслдан-наслга ўтиш хавфи 3,5% ни ташкил қилади.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик аниқланганига кўп йил бўлишига қарамай, биз Гиршпруг касаллигини ҳозирги вақтда қуйидагича тасаввур қиламиз: ичак торайган қисмида ҳаракат бўлмаслиги туфайли унинг устки қисми катталашиб, кенгайиб, ахлат тўпланишига олиб келади. Шундай қилиб, замонавий морфологик, гистохимик ва патофизиологик текширишлар жараёнида бу касалликни йўғон ичак охириги қисмининг етишмовчилиги туғма агангиоз деб аташ мумкин. Бу касаллик асосан интрамурал нерв туқималарининг туғма йўқлиги ва етишмовчилиги ёки аномал кўриниши натижасида нерв-рефлектор ёйида импульс ўтмаслигига олиб келиб, ичакнинг ўша соҳалари ишламаслигига ва мушак, шиллиқ парда ости ва шиллиқ қаватларининг иккиламчи ўзгаришига олиб келади.

Гиршпруг касаллигида автоном нерв тугунлари (Мейснер, Аурбах ва Генли) йўғон ичакда деворида етишмовчилиги ёки бўлмаслиги сабабли нажас ичакнинг тор қисмида тўпланиб, ичакнинг юқори қисми кенгайиши ва ичак деворининг компенсатор қалинлашиш белгилари беморда турлича намоён бўлади ва ичак тутилишига олиб келади. Агангионар зона 14—25% туғри ичакда, 77% туғри ва S-симон ичакда, 4-12% туғри ичакдан то талок бурчаги соҳасида учрайди (24-расм).

Таснифи (А. И. Лёнюшкин, 1969 й.)

А. Анатомик турига қараб.

I. Ректал тури.

1. Тўғри ичак оралиқ қисмининг агангиози (жуда қисқа сегмент)
2. Тўғри ичакнинг ампула ва ампула усти соҳаси агангиози (қисқа сегмент)

II. Ректосигмоид тури.

1. Сигма ичак пастки қисмининг агангиози.
2. Сигма ичакнинг кўп ёки ҳамма қисмининг агангиози (узун сегмент)

III. Сегментар тури.

1. Битта сегмент тўғри ва сигмасимон ичак оралиғида ёки сигма ичакдаги агангиоз.
2. Иккита сегмент ва улар орасида нормал ичак бўлиши

IV. Субтотал тури.

1. Йўғон ичак чап томонининг бутунлай агангиози.
2. Йўғон ичакнинг чап ва қисман ўнг томонини агангиози.

V. Тотал тури.

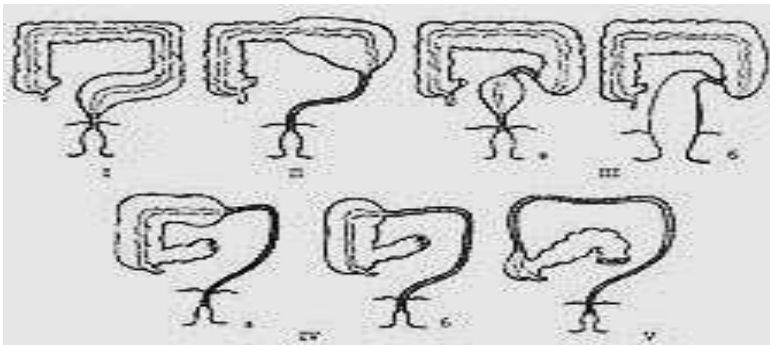
Йўғон ичакнинг бутунлай агангиози

Б. Клиник даражасига қараб

I. Компенсация (1—2 даражаси)

II. Субкомпенсация (1—2 даражаси).

Клиникаси ва ташхиси. Гиршпруг касаллигининг энг асосий ва биринчи клиник кўриниши ич қотиш, қабзиятдир. Бу симптом чақалоқларда кўп ривожланган бўлади. Ич қотиш бу агангионар зонанинг узунлигига, қандай овқатланишга ва ичакларнинг мосланиш компенсация хусусиятига боғлиқ. Қисқа агангионар сегмент бўлса, мекония, кейинчалик ахлат ўтмаслик чақалоқларда 1—3 кунгача давом этади ва ҳуқнадан кейин енгиллик билан ич келади. Агар агангионар зона узун бўлса, ичак тутилиш кўринишлари чақалоқларда жуда чуқур ўтади. Бу касалликда чақалоқнинг эмизикли даврда ичи қотиши деярли кузатилмайди ёки қийинчиликсиз, консерватив дори-дармонларни қўллаш билан бу ҳолат маълум муддатда сезилмайди.



24-расм. Гиршпрунг касаллиги локализацияси (схема)

Чақалокқа қўшимча овқат ёки сунъий овқат берилганда ахлат қуюқлашиб, ичакнинг компенсатор ҳолати камаяди, бу эса ич қотиш аломатининг кучайишига олиб келади. Катта ёшдаги болаларда эса ич қотиш аломати ўзгариб туриб, у кунлик парваришга, парhezга ва консерватив даволаш усулларига боғлиқ бўлади. Баъзи ҳолатларда ич қотиш 3—7 кун давом этиши мумкин. Консерватив усуллар ҳамма вақт ҳам ичакнинг тўлиқ тузалишига ёрдам беравермайди. Кўпинча бу ҳолат ичакда ахлатнинг қаттиқлашишига ва кейинчалик «ахлат тош»ларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Баъзан катта ахлат тошлар қўққисдан беморни текширилганда «қорин бўшлиғи ўсмаси» деган нотўғри ташхис қўйишга сабаб бўлади ва натижада бу ҳолат обтурацион ичак тутилишига олиб келади.

Гиршпрунг касаллигининг асосий иккинчи клиник белгиси, бу метеоризм, яъни қориннинг дам бўлишидир. Бунда ахлат ва газларнинг сурункали тўхтаб қолиши натижасида йўғон ичакнинг юқори соҳаси катталашиб бу ташқаридан, қорин конфигурациясининг катталашишига олиб келади. Бу ҳолат бошқачасига «қурбақа қорин» деб аталади, яъни киндик қоринга қўшилиб кетиб, пастга қараб, осилиб туради. Катталашган йўғон ичакнинг қорин бўшлиғида у ёки бу томонга сурилиши қорин деворининг асимметрик кўринишига олиб келади. Пайпаслаганда шишган жойда ичак баъзан ахлат билан тўлган бўлса каттикроқ (ўсимтага ўхшаб), баъзан хамирсимон, яъни бармоқ билан босганда қорин деворида из қолиш кузатилади. Пайпаслаш жараёни перисталтиканинг баъзан кучайишига олиб келади. Сурункали ахлат тўхташи ҳисобига, яхши парвариш қилинмаган беморларда иккинчи камқонлик, дисбактериоз касаллиги ва касалнинг ўсиб-ривожланишдан орқада қолиш аломатлари кузатилади. Баъзан ўта кечиктирилган ҳолатларда эса кўкрак қафасининг деформацияланишига ва бу беморнинг сурункали бронхит ва зотилжам касалликларига тез чалинишига олиб келади. Ич қотиш, кучли интоксикация ва ич тутилиши беморда қусиш аломатини пайдо қилади. Бу асосан эмизикли болаларда кўп кузатилади. Катта ёшдаги болалар ичак тутилганда ёки буралганда қайт қиладилар. Бунда қусиш, қорин оғриғи билан бир вақтда давом этиб, ич тутилиши ёки йўғон ичакнинг ёрилиши туфайли пайдо бўлган перитонит натижасида юзага келади. Кўпинча касалликнинг сурункали давом этиши дисбактериоз ва ичак деворининг яллиғланиши, ичак шиллиқ пардасида яра пайдо бўлишига, чақалоқ ва кичик ёшдаги болаларда ич кетишга (парадоксал) олиб келиб, кўпинча бемор ўлимига сабаб бўлади.

Сўнги йилларда Гиршпрунг касаллиги ўз клиник кўринишини ўзгартириб, енгилроқ, кечадиган бўлди. Аммо сурункали ич қотиш ҳолати, бу касалликнинг ҳозир ҳам энг асосий клиник белгисидир. Бу касаллик клиник ҳолатининг хар хил кечишини **енгил, ўрта оғир ва оғир** ёки **ўткир, ўртача ўткир ва сурункали** турларга бўлинган.

Гиршпрунг касаллигида симптомларнинг тез ўзгарувчанлиги ва турини эмас, балки бу симптомларнинг қай даражада оғир-енгиллигини даражалар билан белгилайдилар (А. И. Лёнюшкин, 1969). Клиник белгилар уч гуруҳга бўлинади.

1. **Эрта пайдо бўладиган белгилар:** ич қотиш, қориннинг дам бўлиши ва қориннинг катталашиш аломатлари (25-расм).
2. **Кеч пайдо бўладиган белгилар:** камқонлик, ўсишдан орқада қолиш, гипотрофия, кўкрак қафасининг деформацияси, тош-ахлат пайдо бўлиши.
3. **Асорат белгиси:** қусиш, қорин оғриғи, парадоксал ич кетиш.

Бу ҳолатлар касалларни операцияга тайёрлашда катта аҳамият касб этади. Клиник белгиларнинг кечиши (А. И. Лёнюшкин, 1968) уч даражага бўлинади, **компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация.**

1. Компенсация даражаси. Касалликнинг биринчи кунда чақалоқлар соғлом болалардан фарқ қилмайди. Баъзан ич келишнинг тутилиши, қориннинг дам бўлиши, қусиш билан беморнинг умумий ахволи ўзгармайди. Бу ахлат енгил клизмадан кейин ўтади ва кейинчалик бу ҳолат анча сезиларли давом эта бошлайди. Ич қотиш белгиси кўшимча ёки сунъий овқатлантиришдан кейин анча давом этиб, оғирроқ кечади. Ўта яхши парвариш ва ўз вақтида қилинган ҳўқналар бундай ҳолларда ич келишини мўтадиллаштиради.

2. Субкомпенсация даражаси. Бу компенсация ва декомпенсация стадияларининг оралик тури бўлиб, бунда клиник белгилар аниқ кўзга ташланади; касалликнинг умумий ҳолати аста-секин астойдил тусга киради ва сифонли ҳўқна қилишга тўғри келади. Бундан ташқари, бу ҳолатларда иккиламчи белгилар касалликнинг қандай парваришига қараб у ёки бу томонга силжиб туриши мумкин.

3. Декомпенсация даражаси. Бунда клиник белгилар ўткир ва сурункали ҳолатларга бўлинади, ўткир декомпенсация ҳолати чақалоқ туғилгандан кейин дарҳол ичак тутилишининг *пастки формаси* тарикасида кўринади: мекония асосан бўлмайди, газ чикмасдан қорин дам бўлади. Кучли консерватив даволаш, яъни сифонли ҳўқна бу хуружни пасайтириб, субкомпенсация ҳолатига олиб келиши мумкин.



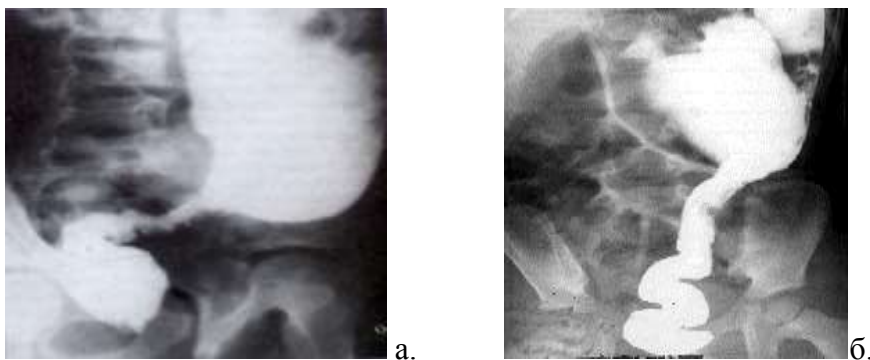
25-расм. Гиршпрунг касаллигида бемор кўриниши.

Гиршпрунг касаллигининг клиник кўриниши кўп жихатдан аганглионар зонанинг узунлигига боғлиқ. Компенсатор стадияси касалликнинг — ректал турига, субкомпенсация ва декомпенсация даражалари, ректосигмоид, субтотал ва тотал турларига тўғри келади. Бундай пропорция доим тўғри келавермайди. Булар асосан касалга парвариш, парhez ва ичакларни тозалаш билан маълум кўринишда у ёки бу стадия ҳолатида намоён бўлади.

Таъхиси. Ташхис асосан, анамнез, бармоқ билан тўғри ичакни текшириш, рентгенологик, функционал ва гистокимёвий текширишлар асосида қўйилади. Анамнезда асосан ич қотиш вақти қачондан бошлаб пайдо бўлгани ва ҳ.к. тўғрисида сўралади. Бармоқ билан тўғри ичакни текширишда бу касалликка хос белги: тўғри ичак ампуласининг бўш бўлиши, ички сфинктер тонусининг ошганлиги аниқланиб, бунинг юқорилиги қай даражада аганглионар зона узунлиги билан боғлиқ бўлади.

Рентгендиагностикада бу касалликка хос белги ирригографияда торайган зона ва унинг устки қисмида (супрастенник) ичакнинг воронкасимон кенгайишидир. Бу ҳолатнинг аниқ кўриниши касалликнинг анатомик ва клиник турларига ҳам кўп жихатдан боғлиқ бўлади (26 а;б-расмлар). Чақалоқларда бу клиник белгилар, аганглионар зонанинг жуда қиска турларида ирригофафия доим ҳам ташхис қўйиш учун тўлиқ маълумот бермайди. Шунинг учун бундай ҳолатларда функционал ва гистокимёвий текширишлар ўтказиш лозим. Функционал диагностикага қуйидагилар киради:

1. Тўғри ичак фаолиятини аниқлаш учун (тинч турганда ва сфинктерни қмсқартирган вақтда) профилометрия усули.
2. Ички ва ташқи сфинктер электромиографиясини аниқлаш.
3. Ички ва ташқи сфинктер аппаратининг мотор функциясини аниқлаш.
4. Орқа чиқарув тешиги, тўғри ичак ва йўғон ичак рефлексометриясини аниқлаш.



26-расм. а-б. Ирригограмма. Торайган-агнгионар соҳа ва супрастенотик кенгайиш кўриниши.

Бу текширишлар натижасида Гиршпрунг касаллигида тескари ректоанал тормоз рефлекс ҳисобига, тўғри ичак босимининг ошиши, ички сфинктер аппаратининг қисқариш қайта амплитудаси ва тўғри ичак моторик ҳаракатининг аритмияси кузатилади.

Гистокимёвий диагностикада тўқимада АХЭ фаоллиги ва сук-цинатдегидрогенеза сони ошганлиги аниқланади. Бунинг учун агангионар зонанинг бир неча жойидан биопсияга тўқима олиниб текширилади. Гиршпрунг касаллигида АХЭ фаоллигининг 2—3 марта (парасимптоматик нерв толалар ва ичакнинг шиллиқ парда мушакларида) ошгани кўрилади.

Дифференциал таъхис. Бу касалликни мекония пробкаси ёки ичак тутилиши, йўғон ичак ёки орқа чиқарув тешиги стенози, дисбактериоз, мегаколон ва бошқа касалликлар билан қиёсланади.

Давоси. Гиршпрунг касаллиги фақат оператив йўл билан даволанади. Аммо бу масалани ечишда бир неча тактик муаммолар ҳозирги кунгача мунозара бўлиб турибди. Булар қуйидагича:

1. Тез ва радикал оператив даволаш.
2. Колостома қўйиб операция қилиш.
3. Консерватив даволаш.

Консерватив даволаш усуллари. Ич юришини яхшилайдиган пархез таомлар, гимнастика, ЛФК, тозаловчи ва сифонли хўқналар.

Оператив даволаш усуллари.

1. Поллиатив операция — колостомия.
2. Радикал операциялар моҳияти: гемиколонэктомия, қорин-оралиқ проктопластикаси. Проктопластика бажарилишига қараб қуйидаги операциялар ва уларнинг модификациялари бажарилади:

- Свенсон - Исаков, Дюамел - Баиров, Соаве - Лёнюшкин ва Ребайн қорин-оралиқ проктопластик операциялари.

Колостома Гиршпрунг касаллиги қуйидаги ҳолларда қўйиди:

- 1) декомпенсация босқичида (ўткир ичак тутилиши) агар консерватив тадбирлар ёрдам бермаса;
- 2) сифонли хўқна пайтида шокка ўхшаш реакция бўлганда,
- 3) радикал операцияда, агар анастомозга ишонч бўлмаса;
- 4) операциядан кейин, агар анастомоз очилиб кетиб, беморнинг аҳволи оғирлашганда;
- 5) кўп марта йўғон ичакда ва оралиқ соҳасида радикал ёки пластик операциялар қилинганда.

Свенсон-Исаков операцияси ёки қорин-оралиқ ректосигмоид эктомия. Бунда йўғон ичакнинг охириги қисми мобилизация қилиниб, ичакнинг агангионар зона (торайган) ва кенгайган қисми резекция қилинади, ичакни пастга тушириб оралиқ соҳага эвагинация қилиниб, тўғри ичак (4—5 см орқа чиқарув тешигидан юқорида резекция қилинган) билан анастомоз қилинади (27-расм).



а.

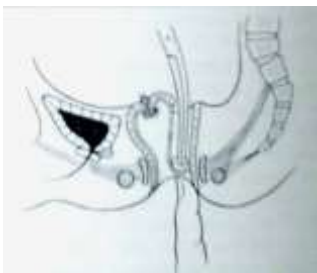


б.

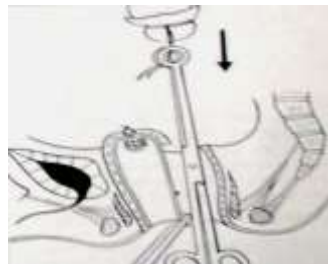
27-расм. а-ичакни пастга тушириб оралиқ соҳага эвагинация қилиниб, б-тўғри ичак (4—5 см орқа чиқарув тешигидан юқорида резекция қилинган) билан анастомоз қилинади.

Дюамел — Баиров операцияси — ретроректал, трансанал ичакнинг пастга туширилишидир. Бунда ичакни мобилизация қилгандан кейин, тўғри ичак қўйиб резекция қилинади ва мобилизация қилинган ичак тўғри ичакнинг орқаси ва думғаза суяк орасидан туширилиб, орқа чиқарув тешигидан чиқарилади (28-расм, а,б).

Тўғри ичак ва туширилган ичак деворига тикувсиз анастомоз ҳосил қилувчи қисқич қўйилади. 10—15 кунда қисқич турган жойи узилиб тушиб, тўғри ичак ампуласи пайдо бўлади (28-29 расмлар).



а



б

28-расм. а, б - ретроректал, трансанал ичакнинг пастга туширилиши



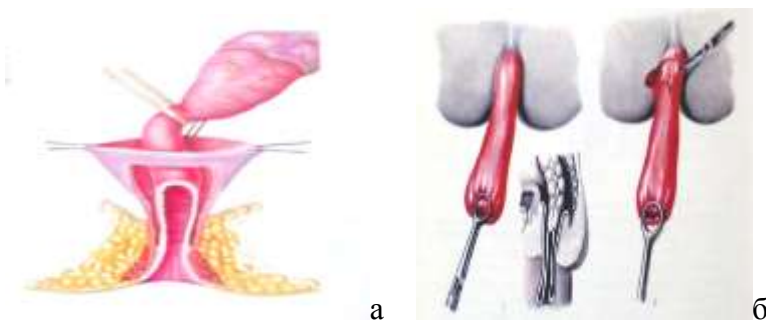
а.



б.

29-расм. а-мобилизация қилинган ичак тўғри ичакнинг орқаси ва думғаза суяк орасидан туширилиб, орқа чиқарув тешигидан чиқарилади. Б-тўғри ичак ва туширилган ичак деворига тикувсиз анастомоз ҳосил қилувчи қисқич қўйилади.

Соаве — Лёнюшкин операцияси. Йўғон ичакни эндоректал анастомозсиз тушириш қорин-оралиқ проктопластикаси. Бунда йўғон ичакнинг охириги қисми мобилизация қилингандан кейин тўғри ичак соҳаси демокузация қилиниб оралиқ соҳага тўғриланади ва 5—6 см қолдирилиб резекция қилинади (30-расм а.б.). Қолган ичак 10—15 кундан кейин анастомоз қилинади.



30-расм йўғон ичакнинг охирги қисми мобилизация қилинганидан кейин тўғри ичак соҳаси демокузация қилиниб оралиқ соҳага тўғриланади ва 5—6 см қолдирилиб резекция қилинади

АНОРЕКТАЛ ТУҒМА НУҚСОНЛАР -

Бир-бирига ўхшаш 2 хил атама мавжуд:

- 1) **аномалия** (норасолик)— органнинг нормал ўсишдан орқада қолиши, яъни патологик узгаришлардир.
- 2) **Туғма нуқсон** (уродство) аъзолар шакли ва функциясининг чуқур бузилиши ёки умуман бўлмаслиги.

Аноректал (орқа чиқариш тешиги ва тўғри ичакка оид) туғма нуқсонлари кўпинча болалик ёшида учраб турадиган туғма касалликдир. Касалликнинг келиб чиқиши асосан ҳомиланинг дастлабки ойларида нормал эмбриогенезнинг бузилиши ҳисобига пайдо бўладиган мураккаб патологик ўзгаришлар натижасидир.

Таснифи. Ҳозирги вақтгача 50 дан ортиқ аноректал туғма нуқсонлар таснифи маълум бўлиб, буларнинг ичида амалий жарроҳлар ичида кўп қўлланиладигани А. И. Лёнюшкин таснифидир.

I. Атрезиялар

А. Клоака тури

1. Сийдик қопига тегишли
2. Дилокка (қинга) тегишли

Б. Атрезиянинг оқмали тури.

1. Ўғил болаларда: қовук, уретра ва оралиққа очилиши.
2. Қиз болаларда: бачадон, қин, қин даҳлизига очилиши.
3. Қиз ва ўғил болаларда: оралиқ соҳасига (ёрғоқ ва ташқи жинсий аъзоларига) очилиши.

В. Атрезиянинг оқмасиз тури.

1. Орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак атрезияси.
2. Тўғри ичак атрезияси.
3. Орқа чиқарув тешиги атрезияси.

II. Туғма торайишлар.

1. Орқа чиқарув тешиги торайиши.
2. Тўғри ичакнинг торайиши.
3. Орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичакнинг торайиши.

III. Меърий орқа чиқарув тешиги бўлган ҳолда туғма оқмалар.

1. Қиз болалар жинсий органларига (қин, қин даҳлизига)
2. ўғил болаларда сийдик чиқарув йўллари (қовук ва уретрага).
3. Қиз ва ўғил болаларда оқманинг оралиқ соҳасига очилиши.

IV. Орқа чиқарув тешиги эктопияси.

1. Оралиқ соҳасига (ўғил ва қиз болаларда).
2. Қинга яқин жойдаги эктопия.

V. Оралиқ соҳасининг туғма айрилиши.

Қуйида келтирилган тасниф асосан ҳамма туғма нуқсонларни ўз ичига олади. **Атрезиялар.** Атрезиялар бутун аноректал нуқсонларнинг 70—85% ини ташкил қилиб, клиник белгилари атрезияларнинг турига боғлиқ.

Оқмасиз атрезия. Клиникаси ва ташхиси. Чақалоқ туғилганидан кейин дастлаб умумий ҳолати қониқарли бўлади. Кейинчалик 10—12 соатдан кейин чақалоқ безовталаниб, чинқира бошлайди, уйкуси бузилади. Сутканинг охирларига бориб ичак тутилиши белгилари юзага чиқа бошлайди: қорин шиша бошлайди, аввал меъда, кейинчалик ўт суюқлигини қусади, чақалоқ эммайди. Чақалоққа агар ёрдам кўрсатилмаса, эксикоз ва токсикоз белгилари кучая бориб, қусиш жараёнида аспирацион зотилжамга ёки ичак катталашиб ёрилиши натижасида иккиламчи перитонитга асоратланиб, у ўлиши мумкин.

Беморга ташхис қўйиш учун оралиқ соҳасини профилактик кўздан кечириб текшириш ва мекония чиқишига эътибор бериш керак. Бундай ҳолда атрезиялар биринчи кўришдан кўзга ташланади. Кейинчалик унинг тури, яъни орқа чиқарув тешиги соҳасидами, тўғри ичак соҳасидами ва унинг чуқурлиги, юқори ёки пастлиги (2—2,5 см гача) текширишлар натижасида аниқланади.

Орқа чиқарув тешигиини мембранали атрезияси. Бу атрезияларнинг энг энгил тури бўлиб, бунда орқа чиқарув тешиги соҳасида хирароқ мембрана борлиги, унинг сал деформацияланганлиги аниқланади. Бу мембранали атрезия чақалоқ кучанганда думбайиб мекония хира кўринади. Пайпаслаганда тери остида юмшоқ консистенцияли мекония аниқланади.

Давоси. хирургик йўли билан (қисқич) мембрана очилади, орқа чиқарув тешиги атрезияси кенгайтирилиб анус ҳосил қилинади. Анус атрезияси бу ҳам паст атрезия турига кириб, кўрганда чандиқли жойи бўлиб, бир оз торайганроқ бўлади.

Клиникаси. Чақалоқ безовта бўлганда, йиғлаганда бўртмаса-да, пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, кучанганда мекония ва ичак босими сезилади. Шунга қарамасдан Вангестен усули бўйича анус соҳасига танга қўйиб рентген қилиниб, оралиқ масофа аниқланади (31-расм).

Давоси. Оралиқ проктопластикаси қилиниб, ичак пастга туширилади ва анус ҳосил қилинади.

Тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси. Бу юқори форма атрезияларига кириб, бунда оралиқ соҳасининг яхши ривожланмаганлиги, кичик ҳажмдалиги ва дум суюгининг ҳаттоки баъзан думғаза суюгининг ҳам ўсмаганлиги қайд қилинади. Анус соҳасида тери силлиқ бўлиб кўринади. Вангенстин усули бўйича рентген қилинганда аниқ юқори (2,5 см) атрезиянинг формаси аниқланади (31-расм). Бундан ташқари аниқ ташхис кўйишда пункция, Пеллер — Ситковский синамаси қўлланади. Бунда бўш шприц нинаси анус соҳасига суқилиб, чамаси 2 см чуқурликда шприц орқали ҳаво сўрилади. Бунда газ ёки мекония бўлиши билан нина белги қилиниб тортиб олинади ва атрезия узунлиги аниқланади. А. И. Лёнюшкин синамаси бўйича шприцга контраст модда олиниб, нина анус соҳасига санчилади, газ ёки мекония пайдо бўлганида контраст модда юборилади ва рентген қилиниб, ичак контури ва атрезия тури аниқланади.



а.



б.

31-расм. Вангестен усулида инвертограмма. Анус соҳасига танга қўйиб, рентген қилиниши, атрезия турини аниқланиши. а-“юқори”, б- “пастки” атрезия.

Давоси. Оператив йўл билан қорин-оралиқ проктопластикаси қилинади.

Қизларда жинсий аъзоларга очилган оралик атрезиялар. Қин орқадеворига, қинга кириш жойида, дилоқнинг учига ва бачадонга очилиши мумкин. Клиник белгилари оқманинг кай соҳага очилишига, унинг диаметрига ва чақалоқнинг умумий парваришига боғлиқ. Асосий белгилари, агар оқма қисқа ва кенг бўлса, дилоққа кириш жойидан мекония ёки газ чиқиши кузатилади. Кейинчалик чақалоқ сунъий овқатлантирилганда, ахлатнинг чиқиши қийинлашиб, баъзан хукна қилишга тўғри келади.

Агар оқма қинга очилган бўлса (31-расм), бунда доим мекония ёки ахлат тўғри ичакдан чиқиши ҳисобига, қинда ва сийдик йўлларида яллиғланиш аломатларини пайдо қилиши корин бўшлиғига инфекция тушиб, яллиғланиш (перитонит) каби оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Бунда тез ахлат тўпланиши ва чақалоқни уйда парвариш қилиш имконияти йўқлиги сабабли, ахлатли интоксикация тез ривожланиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Оқма тешиги кўрилади ва унинг жойига қараб (қизлик пардадан юқорида қинга тегишли, қизлик пардадан пастда қин дахлизига тегишли оқма) ташхис қўйилади. Агар ректовестибуляр оқма бўлса, ташки жинсий органларда ўзгариш бўлмайди. Аксарият ректовагинал оқмада эса ташки аъзолар деформацияланиб, инфантилизм белгилари тарикасида кўринади.

Давоси. Ректовестибуляр оқмани бартараф қилишда оралик проктопластика (Стоун, Бенсон ва Пеня) усуллари билан оқма бартараф қилиниб, ичак ўз жойига туширилади ва анус шакллантирилади.

Ўғил болаларда ичак оқмаларининг туғма сийдик чиқариш органларига (сийдик пуфаги ва сийдик чиқариш канали) очилиши кам учрайди, уларнинг асосий клиник белгилари сийиш вақтида сийдик билан бирга ҳаво ва ахлатнинг чиқишидир. Агар оқма сийдик пуфаги билан алоқадор бўлса, сийиш жараёнида сийдик доим ахлат билан аралашган ҳолда чиқади (баъзан охирида газ чиқиши мумкин). Оқма уретрага очилган бўлса, дастлаб ахлат аралашган сийдик пайдо бўлиб, кейинчалик тоза сийдик чиқади. Газ уретра орқали баъзан сийиш жараёни бўлмаганда ҳам чиқиши мумкин.

Ташхиси. Бу хил патологиялар кечими анча қийинрок бўлиб, кўпинча жуда ингичка оқма йўли баъзи бир ҳолатларда (ахлат тикилганда ёки шилликлар билан тўлганда) клиник белгисиз кечиши мумкин. Шунинг учун бундай нуқсонларни аниқлашда кўшимча текшириш усуллари билан фойдаланиш зарур. Чақалоқларни Вангенстин — Какович усули билан рентген қилганимизда газ ичак ва сийдик пуфаги соҳаларида аниқланади (32-расм). Уретранинг оқмаси кенг бўлса, катетеризация қилганда катетер тўғри ичакка оқма орқали тушади. Бундан ташқари, уретроцистография усулини қўллаш ташхис қўйишда катта ўрин тутаяди.

Давоси. Агар оқма сийдик пуфагига очилган бўлса, вақтинчалик сигмастома ёки радикал операция (корин-оралик проктопластикаси) қилиниб оқма бартараф қилинади ва ичак оралик соҳага туширилиб, орқа чиқарув тешиги ҳосил қилинади. Оқма агар уретрага очилган бўлса, бунда оралик проктопластика операцияси қилиниб, атрезия бартараф этилади, ичак оралик соҳага туширилиб, анус ҳосил қилинади

32-расм. анус атрезияси, ректоуретрал оқма. Цистоуретрография.



Оқманинг оралик соҳасига очилиши ўғил ва қиз болалар ўртасида бир хил учрайди. Бунда оқманинг ташки тешиги оралик соҳага очилиб, ундан ахлат оз миқдорда чиқиб туради. Бунда ташхис қўйиш қийин бўлмайди, яъни оқма тешиги орқали метал катетер суқиб оқманинг йўли бемалол аниқланади. Бундай ҳолларда албатта оқманинг бу турини анус эктопиясидан фарқ қилиш алоҳида ўрин тутаяди.

Давоси. Оралик проктопластикаси билан оқма бартараф этилади, анус ҳосил қилинади (Соломон — Лёнюшкин усули).

Атрезиянинг клоакал шакли. Бу оғир атрезиянинг бир тури бўлиб, бунда урогенитал синус, оқма орқали атрезияланган тўғри ичак билан қўшилади. Бундай чақалоқда анус бўлмайди. Жинсий органидан сийдик ва ахлат

чикиб туради, яъни клоака вазифасини бажаради. Ушбу нуқсоннинг бир неча анатомик тури фарқ қилинади. Нуқсонлар асосан рентгенологик, контраст эритмалар билан текшириш ҳисобига аниқланади.

Давоси. Лапароскопия қилиниб, ички жинсий органлардан биопсия олинади, жинсий хромосомалар аниқланиб, боланинг жинси аниқланганидан кейин, бир неча пластик оралик операциялар билан етишмаган органлар анатомик шакли тикланиб, нормал ҳолга келтирилади.

Орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичакнинг туғма торайиши. Туғма нуқсонлар ичида бу туғма торайиш 10—15% ни ташкил этади. Бу орқа чиқарув тешиги соҳасида, тўғри ичак соҳасида алоҳида бўлиб учрайди. Торайиши мембрана шаклида теридан ёки шиллик пардадан, баъзан эса қаттиқ фиброз ҳалқадан иборат бўлиб, бир неча мм дан 2—4 см гача боради.

Клиникаси. Чақалоқ туғилгандан кейин туғма торайиши жуда қисқа бўлса, дастлаб аниқлаш қийин бўлади, чунки бунда касалликнинг аниқ белгилари яққол бўлмайди. Агар торайиши маълум бир масофада ривожланган бўлса, биринчи кундан бошлаб торайиш ҳисобига чақалоқ безовталаниб, қийналиб лентасимон шаклда ахлат чиқаради (дефекация), чақалоқ улғайиб кўшимча овқатланганидан кейин, бу кўриниш яна авж олиб, чақалоқнинг ичи қотади ва чақалоқ қийналиб, дефекация содир қилади. Бу кўриниш катта ёшдаги болаларда жуда ривожланган бўлиб, иккиламчи мегаколон каби ичаклар кенгайишига олиб келади. Касалликнинг диагностикаси унча қийин бўлмайди.

Нуқсонни ташхислаш бемор ота-онасининг шикоят, анамнез, беморни кўриш ва бармоқ билан орқа чиқарув тешигини текшириш натижаларига кўра қўйилади. Агар тор соҳа жуда юқорида бўлса, ректоромоноскоп билан кўрилади. Ирригография орқали торайиш соҳасининг қанча чуқурликда жойлашганлигини ва узунлигини аниқлаш мумкин.

Дифференциал таъхиси. Оралик оқмаси, пресакрал киста, тератома ва Гиршпрунг касаллиги билан қилинади.

Давоси. Дастлаб буж билан ичак кенгайтирилади. Агар 1—1,5 ойда бу тадбир фойда бермаса, оператив йўл орқали кенгайтирилади. Операцияни танлаш, торайиш жойига ва хусусиятига боғлиқ бўлади. Ичакнинг тор жойи юмшоқ ва кенг бўлмаса оператив йўл билан аввало узунасига кесилиб, кейин кўдалангига тикилади. Ичакнинг тор қисми 2,5 см гача бўлса, айланасига кесилиб, сфинктерларга жароҳат етказилмасдан оралик проктопластикаси қилинади, максимал, тор жой пастга туширилиб кесиб ташланади ва ичак девори терига тикилади. Агар тор зона анус ва тўғри ичак соҳасида бўлса комбинацияланган проктопластика бажарилади. Тор жой 3—4 см чуқурликда бўлса, Соаве усули бўйича қорин-оралик проктопластикаси қилинади.

Қолган аноректал оқма турлари ва касалликлари юқорида кўриб ўтилган касаллик клиникасига ўхшаганлиги ва аниқлаш усули турлари бир хил бўлгани учун биз қолган касалликларга тўлиқ тўхталиб ўтмасликни лозим деб топдик.

Қорин-оралик проктопластикаси операциясидан кейинги стимулловчи даво: Диетотерапия; Тос мушакларини мустаҳкамловчи-даволовчи хукна; Дисбактериоз биокоррекцияси; Метаболит терапия: Витаминотерапия; Иммуностимуляция; Периферик нерв охирлари трофикасини стимулловчи синусоид модулирланган тоқлар: Интраректал дорсонвал; Импульс магнитотерапия.

Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни кўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинικο-лабаратор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.

8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ №5

ЖИГАР, ЎТ ЙЎЛЛАРИ ВА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИНИ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, тарқатма материаллар.

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида қизилўнғач туғма ривожланиш нуқсонларини ўқитишнинг асосий принципи касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

- а) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари этиопатогенезини
- б) классификациясини
- в) клиник хос белгиларини
- г) диагностика ва дифференциал диагностикасини
- д) хирургик даво принципларини

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши
- б) кўриқдан ўткази олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши
- г) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари УЗИ текшируви, контрастли рентгенограммаларини ўқий олиши.

талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

- а) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилини ўрганиш.
- б) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари УЗИ тасвири, рентгенологик кўринишларини ўрганиш

машғулотни мустақил ўрганиши учун топшириқ:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш
- б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш
- г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш
- д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш

Уйга вазифа:

- а) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари патогенези.
- б) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари классификацияси.
- в) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари клиник хос белгилари.
- г) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари диагностика ва дифференциал диагностикаси.
- д) Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари хирургик даво принциплари.

Машғулотнинг мазмуни

Туғма портал гипертензия сабаблари. Болаларда дарвоза венасининг тромбози. Бадд-Киари синдроми. Фиброхолангиокистоз. Биллиар атрезияни жигар ичи ва ташқи ҳамда мужассам

турлари. Умумий ўт йўли ва меъда ости безини кисталари. Халқасимон меъда ости беги (тўлиқ ва нотўлиқ халқа кўринишлари). Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари клиникаси, ташхисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Назарий қисм

Портал гипертензия синдроми: Замонавий тиббиётнинг долзарб масалаларидан бири портал гипертензия синдроми хисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, сўнгги йилларда дунё мамлакатларида портал гипертензия билан асоратланган жигар циррози сонининг тобора ошиб бораётганлиги қайд қилинмоқда.

Портал гипертензиянинг хатарли асоратлари қаторига қизилўнғачдан профуз қон оқиши, асцит (истиско) ва ўткир жигар етишмовчилиги киради. Қизилўнғачдан қон оқишда ўлим 80—90% га, касаллик декомпенсациясида эса 100% га етади. Шундай қилиб, портал гипертензия муаммосини ўрганишнинг долзарблиги шак-шубҳасиздир. Бу масалаларни фақат жаррохларгина эмас, балки бошқа ҳар қандай ихтисосликдаги мутахассислар ҳам билиши шарт.

«Портал гипертензия» термини клиник амалиётга 20-асрнинг 50-йилларида инглиз жарроҳи Мак Индое томонидан киритилган. Портал гипертензия синдроми замонавий нуқтаи назардан бутун организмнинг — қопка (дарвоза) қон айланиш ҳавзаси (1-расм), юрак қон томир системаси, нафас органлари, жигар, буйрақлар ва бошқа органлар касаллигидир. У портал системада турли касалликлар сабабли қон оқими қийинлашганда пайдо бўладиган клиник ўзгаришлар йиғиндиси (портал босим ортиши, спленомегалия билан гиперспленизм, қизилўнғач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиб улардан қон оқиши, қориннинг олд девори ва геморроидал веналарнинг кенгайиб кетиши, шунингдек истиско) билан таърифланади. Бу синдром болаларда туғма ва орттирилган жигар касалликлари асорати сифатида учрайди (М. М. Алиев, 1990).



1-расм. Портал гипертензияда порто-ковал коллатерал йўллар.

Портал гипертензиянинг таклиф этилган кўп сонли таснифлари орасида М. Д. Пациора (1984) таснифи амалиётда кенг қўлланади.

Портал гипертензия таснифи

1. Портал қон айланишининг жигар усти блокадаси

- юракдан бўладиган жигар циррози;
- Киари касаллиги (жигар веналари тромбози);
- **Бадди** — **Киари** синдроми (пастки ковак венанинг жигар веналари сатҳидаги тромбози, унинг жигар веналаридан юқоридаги стенози ёки облитерацияси, ўсмалардан, чандиқлардан босилиши

2. Портал қон айланишининг жигар ичидаги блокадаси:

- турли формадаги жигар циррозлари (портал, постгепатит, билиар, аралаш);
- жигар ўсмалари (томир, паразитар, безсимон);
- жигар фибрози (портал, чандиқли, шикастлар ва маҳаллий яллиғланиш жараёнларидан кейин).

3. Портал қон айланишининг жигар ости блокадаси:

- дарвоза вена ёки тармоқларининг туғма стенози ёхуд атрезияси;
- дарвоза вена ёки тармоқларининг флебосклерози, облитерацияси, тромбози;
- дарвоза вена ёки тармоқларининг чандиқлар, ўсмалар, инфилтратлардан босилиши.

4. Портал қон айланиши блокадасининг аралаш тури:

- жигар циррози дарвоза вена тромбози билан бирга (бирламчи жигар циррози, дарвоза вена тромбози асорати);

— дарвоза вена тромбози жигар циррози билан (дарвоза вена тромбози асорати сифатидаги портал цирроз).

Портал гипертензиянинг жигар ичи тури. 70—80% ҳолларда портал гипертензия жигар циррози (ёки жигар фибрози) заминида жигар ичи блокадасига боғлиқ бўлади.

Кўпчилик муаллифлар Гавана (1956) таснифи асос қилиб олинган қуйидаги таснифни афзал деб билишади.

Морфологик ўзгаришларга кўра:

А. Портал (септал).

Б. Постгепатит.

В. Билиар: жигардан ташқаридаги обструкция билан ва обструкциясиз.

Г. Аралаш.

Кечиши буйича: фаол, нофаол фаза.

А. Авж олиб борадиган (фаол, инфаол);

Б. Барқарор.

В. Регрессияли.

Касаллик боскичлари буйича:

А. Бошлангач.

Б. Шаклланиб бўлган цирроз;

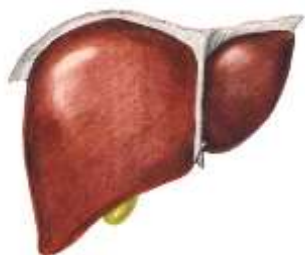
В. Атрофик (ўтиб кетган) цирроз. Жигар функционал ҳолати буйича:

А. Енгил (компенсация).

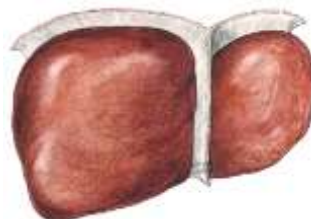
Б. Ўртача оғир (субкомпенсация).

В. Оғир даражали (декомпенсация).

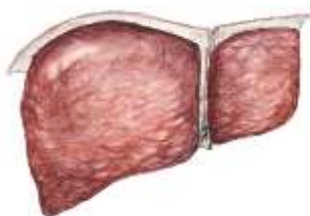
Портал гипертензияда жигар кўриниши:



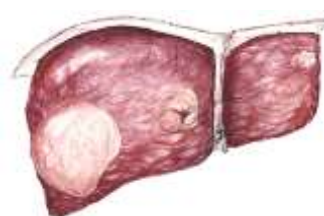
2-расм. соғлом жигар кўриниши.



3-расм. фиброзга учраган жигар кўриниши.



4-расм. циррозга учраган жигар кўриниши.



5-расм. жигар ўсмаси кўриниши.

Портал гипертензиянинг жигардан ташқари тури. Полиэтиологик касаллик, унинг асосида портал система ривожланишининг туғма нуқсонлари, тромбози ёки флебосклерози, томирларнинг бошидан-охиригача турли сатҳлардан ўтказувчанлигининг бузилиши ётади. Ёш болаларда учрайдиган портал гипертензия сабабларидан 80%ини ривожланишдаги туғма нуқсонлар ташкил этади.

Тўсиқдан пастда жойлашган томирларда қон босимининг ортиб бориши, жигар ичидаги томирларда эса нормал босим бўлиши жигар ости портал гипертензиясига хосдир. Бундай ҳолларда, касалликнинг бошланғич давридаёқ коллатерал томирлар кенг ривож топиб, асосан меъда ва қизилўнгач томирлари орқали портокавал шунтланиш кузатилади. Шу билан бир вақтда порто-портал шунтлар ҳам очилиб, жигарни қисман бўлсада портал қон билан таъминлаб туради. Шунтлар кенгайган сари каверноз конгломератлар ҳосил

бўлади ва ҳолат дарвоза венасининг «ангиоматоз трансформацияси» деб аталади. Бу турдаги беморларнинг 85%и қизилўнгач варикоз веналаридан катта қон йўқотиши мумкин.

Клиникаси. Портал гипертензиянинг клиник манзараси турли-туман ва кўп жихатдан бирламчи касаллик ҳамда жигардаги жараёнга кўшилган блокадага боглик. Болаларда аксарият жигардан ташқари портал гипертензия кузатилади. Сурункали фаол гепатитнинг клиник кўринишида кўпроқ неврологик ва диспептик ўзгаришлар кўзга ташланади. Бунга секин-аста дармонсизлик, тез ҳолсизланиш, инжиклик, уйқунинг бузилиши ва метеоризм кўшилади. Сурункали гепатит циррозга ўта боргач тери қуруклиги, майда томирлардан ҳосил бўлган «юддузча»лар, кафтнинг қизариши, бармоқларининг «ноғора таёқчаси» каби ўзгариши каби белгилар пайдо бўлади. Жигар циррознинг доимий симптомларидан бири гепатоспленомегалия бўлиб, бу ҳолат деярли 90—95% беморларда кузатилади. Жигар четлари думалоқлашиб, қаттиқлашади ва юзасида ғадир-будир бўртмачалар пайпасланади. Кейинчалик қорин девори тери ости томирлари кенгайиб, асцит ва шишлар пайдо бўлади. Жигар ости портал гипертензияси бўлган ҳолларда фақат 2—3 ёшгача бўлган болалардагина гепатомегалия кузатилиши мумкин. Асцит цирроздагига нисбатан кам учраб, одатда мўл қон йўқотишдан кейин пайдо бўлиши мумкин. Анемия ва гипопропротеинемия йўқотилиши билан асцит ҳам сўрилиб кетади.

Ташхиси. Портал гипертензияли беморларда ўтказиладиган ташхислаш тадбирлари 3 босқичга бўлинади:

I босқич — умумий клиник текширишлар босқичи, касаллик анамнезини йиғиш, беморни кўздан кечириш, жигар ва талоқ ўлчамларини пальпатор ҳамда перкутор аниқлаш, қорин айланасини текшириш.

II босқич — ихтисослашган, стационар босқич, лаборатория тахлили (лейкопения, камқонлик, тромбоцитопения аниқланади), биокимёвий текширувлар (гипо-диспротеинамия, гипербилирубинемия, ферментлар фаоллигининг ошиши ва б.), ЭКГ, радиоизотоп сканирлаш, жигар, талоқ, қопка вена эхографияси, қизилўнгач, меъда рентгенографияси ва гастрофиброскопияси, жигар пункцион биопсияси, ректороманоскопия, лапароскопия, спленопортография, спленомонометрия билан компьютер томографияси ва х.к.

III босқич — текширишнинг операция ичи босқичи: қорин бўшлиғи органларини тафтиш қилиш, жигарни пайпаслаш, шошилич биопсия қилиш, портография ва портомонометрия ўтказиш.

Портал гипертензия ташхисини қўйишда жигардаги қон томирларнинг эхографияда камлиги, қопка вена диаметри, талоқ ўлчамларининг катталашгани, эзофагогастрофиброскопияда қизилўнгач ва меъданинг кардиал қисмида веналар варикоз кенгайиши борлиги, эзофагит белгилари аниқланиши, спленомонометрияда портал босимининг 1,86 дан 3,72 кПа қадар баланд бўлиши, спленопортографияда «буталган дарахт» ҳамда портал венанинг букилиб қолганлигини аниқлаш катта аҳамият касб этади.

Болаларда портал гипертензияда жигар функцияси фаолиятини баҳолашда А.Ф.Блюгер (1978) усулидан фойдаланилади ва 3 босқичи фарқланади: **Компенсация** – зўриқтирувчи синамалардан кейин ўзгаришлар аниқланиши; **Субкомпенсация** – холсизлик, диспепсия, ориқлаш, енгил сариклик, шиш, гиповитаминоз, эндокрин ўзгаришлар;

- Умумий билирубин - 85.5мкмоль/л ;
- АЛТ ва АСТ 200 шартли бирликкача (ед...);
- Тимол синамаси - 40 шартли бирликкача (ед...);
- Альбуминлар 40% гача камайган;
- Сулема синамаси 50% гача камайган;

Декомпенсация – холдан қолиш, диспепсия, ориқлаб кетиш, интенсив сариклиги, шишлар, асцит, геморрагик диатезлар, субфебрил харорат;

- Умумий билирубин - 85.5мкмоль/л дан кўп;
- АЛТ ва АСТ 200 (ед.)шартли бирликдан кўп;
- Тимол синамаси - 40 (ед.)шартли бирликдан кўп;
- Альбуминлар 40% дан камайган;

- Сулема синамаси 50% дан камайган;
- Қон ивиш факторлари (II+V+VII) 200% дан кам;

Давоси. Сурункали гепатит ва жигар циррозининг фармакотерапияси етарлича яхши ишлаб чиқилган бўлиб, тегишли қўлланмаларда батафсил ёритилган. Бундай беморларни жаррохлик йўли билан даволаш эса ханузгача мураккаб ва долзарб ҳисобланади.

М. Д. Пациора (1984) портал гипертензияда қўлланадиган барча жаррохлик муолажаларини 5 гуруҳга бўлади:

1. Асцит суюқлигини қорин бўшлиғидан чиқаришга қаратилган операциялар (сон тери ости венаси билан анастомоз, перитонеовеноз шунт ва б.)
2. Портал системадан суюқлик оқиб кетадиган янги йўл яратишга қаратилган операциялар (оментопексия — оменто — гепатодиафрагмапексия — Тальм операцияси, портокавал анастомозлар).
3. Портал системага қон оқиб келишини камайтиришга қаратилган операциялар (спленэктомия, талоқ стволи артерияларини боғлаш, артерияларни рентгеноэндоваскуляр усулда окклюзия қилиш).
4. Меъда ва қизилўнғач веналарининг портал система веналари билан алоқасини тўхтатишга қаратилган операциялар (меъданинг проксимал бўлими ва қизилўнғачнинг учдан бир пастки қисми резекцияси, Таннер операцияси, меъда ва қизилўнғач веналарини боғлаш ва б.).
5. Жигар регенерациясини ва жигар ичидаги артериал қон айланишини кучайтиришга қаратилган операциялар (жигарни қисман резекция қилиш, жигар юзасини электродиатермокоагуляция қилиш, жигар артерияси невротомияси, артериопортал анастомозлар (9-расм). Сўнгги пайтларда олиб борилаётган изланишлар портал гипертензия ҳолларида спленэктомия муолажасини асоссиз эканлигини кўрсатмоқда. Бу борада талоқни сақлаб қолувчи хирургик муолажалар (талоқни қисман резекция қилиш, талоқ артериясини боғлаш ёки эндоваскуляр окклюзия қилиш, қон томир анастомозларини қўйишда талоқни сақлаб қолиш — ёнбош спленоренал анастомоз) катта аҳамиятга эга. Айниқса талоқни сақлаган ҳолда дистал спленоренал анастомоз қўйиш, портал босимни камайтириб, жигарнинг артериал қон билан таъминланишини яхшилайтиди. Шунинг учун ҳам Олмония ва Испания хирурглари бу муолажани -циррознинг олдини олиш мақсадида сурункали гепатитларда ҳам қўллашни тавсия этишади. Цирроз ривожланган беморларда тўғридан-тўғри портокавал ва мезентериокавал анастамоз қўллаш, депортализациянинг кучайишига ва бу ўз навбатида жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳамда энцефалопатияга олиб бориши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Жигар ости блокадасини даволашда спленоренал ва кавамезентериал анастомозлар қўйиш ягона ва радикал усул ҳисобланади (10-расм, а,б). Сўнгги йилларда, ички буйинтурук венадан олинган аутоотрансплантант ёрдамида «Н»-симон мезентериокавал анастомоз қўйиш болаларда яхши натижа бермоқда. Қон томир анастомозлар қўйиш мумкин бўлмаган ҳолларда (кичик диаметр, флебосклероз — флебит ва б.) портал системани гастроэзофагеал тармоқнинг «қонайдиган» нозик жойларидан турли сатҳда ажратиш операцияларини амалга ошириш лозим.

Портал гипертензиянинг хатарли асоратлари

- қизилўнғачдан профуз қон оқиши
- асцит (истиско)
- ўткир жигар етишмовчилиги киради.
- Қизилўнғачдан қон оқишда ўлим 80—90% га,
- касаллик декомпенсациясида эса 100% га етади.

Фиброхолангиокистоз - Ўт йўллари тўқималарининг репаратив жарёни бузилиши натижасида ўт йўллариининг фиброз тўқималар билан қопланиши, кистоз хосилалар хосил бўлиши билан характерланади. Касаллик ирсий, аутосом-рецессив бўлиб, авлоддан авлодга ўтади. Ўт йўлларидаги ўзгаришлар шиллиқ ва ёпишқоқ ўт суюқлиги хосил бўлиши, ўт йўллари обструкцияси, холангиопатияга, жигар фиброзига, жигар ичи портал

гипертензиясига олиб келади. Касалликнинг эрта даврида сариклик синдроми устувор бўлиб, кейинчалик жигар ичи портал гипертензия клиник белгиларини намоён қилади. Давоси: эрта даврда симптоматик, кейинчалик эса портал гипертензияни даволашдаги тактика қўлланилади.

Билиар (ўт йўллари) атрезиялари - чақалоқларда сариклик синдроми билан намоён бўладиган ўт йўлларининг обструкциясидир. Этиологияси тўлиқ аниқланмаган бўлсада, лекин ўт йўлларининг турлича узунликдаги обструкция бўлиши таъкидланади. Ўт йўллари атрезияларини келиб чиқишига хар хил генезли вирусли гепатитлар муҳим ўрин тутиб, ўт йўлларини шаклланишига таъсир қилади. Ҳақиқий атрезия – яъни ўт йўллари шаклланиши туғма бузилиши жуда кам учрайди. Чақалоқларда механик сариклик билан кечадиган кўпгина касалликларни “чақалоқлар холангиопатияси” дейишади. Ушбу касалликлар патогенезида ҳомила ривожланиш даврида, онасининг қорнида яллиғланиш жараёни кечганлиги билан изоҳланади. Яллиғланиш кўпинча вирусли этиологияли бўлади. Гепатоцитлар таъсирланиши – яллиғланиши, ўт йўллари эндотелийси ҳомила ривожланиши даврида таъсирланиши ўт йўлларининг кейинчалик гипоплазиясига, стенозига ёки тўлиқ бекилишига олиб келади. Ўт йўллари тўлиқ бекилиши ёки қисман бекилиши кузатилади. Ўт йўлларининг жигар ичида, жигардан ташқарида ёки тотал атрезияси фарқланади (11-а,б расмлар).

Клиника. Чақалоқ ҳаётининг 3-4 кунидан пайдо бўлувчи ва прогрессив равишда ўсувчи сариклик синдроми билан намоён бўлади. Сариклик интенсив даво чораларига қарамасдан кучайиб, яшил-кўнғир тусга кира бошлайди. Ахлати туғилганидан рангсиз, сийдиги тўқ “пиво” рангли. 4-5 ҳафталикка бориб қорни ва жигари катталашади, сўнгра талоқ катталаниши кузатилади. 5-6 ойларда бориб қорин олд девори тери ости веналари кенгайиши кузатилади. Асцит пайдо бўлади, геморрагик ҳолатлар юзага келади, билиар цирроз ривожланиб, беморлар 1 ёшга етмасидан вафот этадилар.



а. б.
11-расм. Ўт йўлларининг тотал(а-юқоридаги), жигар ичида (а-ўртадаги), жигардан ташқарида (а-пастдаги, б) атрезиялари.

Қиёсий ташхис - асосан чақалоқларда сариклик синдроми билан намоён бўладиган касаллик ва синдромлар билан қилинади. Давомли физиологик сариклик синдроми, гемолитик сариклик, цитомегаловирусли инфекцияда жигар жароҳатланиши, токсоплазмоз, туғма сифилис, номаълум сабабли туғма гепатит билан, ўт йўлларининг шиллиқли ва ўтли тикинлар билан бекилиб қолиши ҳолларидан фарқлаш талаб этилади.

Давомли физиологик сариклик синдромида чақалоқларда ахлат ранги интенсив равишда қуюқ савриқ холда бўлиб, сийдик тўқ – сариқ рангли бўлади. Қонда билирубин концентрацияси бироз кўтарилган, асосан эркин-боғланмаган фракция ҳисобидан, ўт йўллари атрезиясида эса қонда боғланган-тўғри фракцияси кўп бўлади. Ундан ташқари, давомли физиологик сариклик синдромида сариклик аста-секинлик билан камайиб боради, ўт йўллари атрезиясида эса сариклик интенсив ўсиб боради.

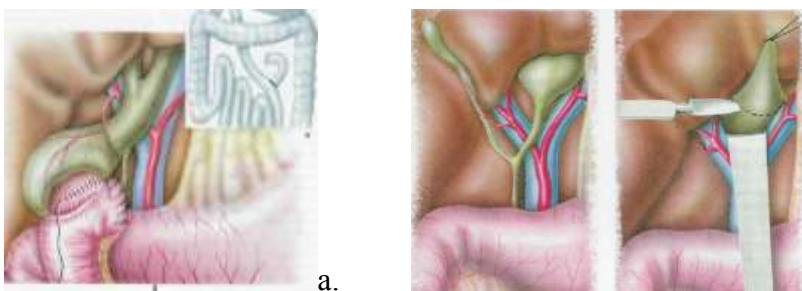
Гемолитик сарикликда худди физиологик сарикликда кузатилганидек қонда билирубин концентрацияси бироз кўтарилган, асосан эркин-боғланмаган фракция ҳисобидан бўлиб, резус конфликт ёки АВО тизимли конфликт борлиги аниқланади. Баъзида интенсив сариклик намоён бўлиб, қон алмашлаб қуйилмаганда ядроли сариклик юзага келиши мумкин.

Цитомегаловирусли инфекцияда жигар жароҳатланиши, токсоплазмоз, туғма сифилис, номаълум сабабли туғма гепатит билан қиёсий ташхислашда серологик текширишлар муҳим ўрин тутаяди.

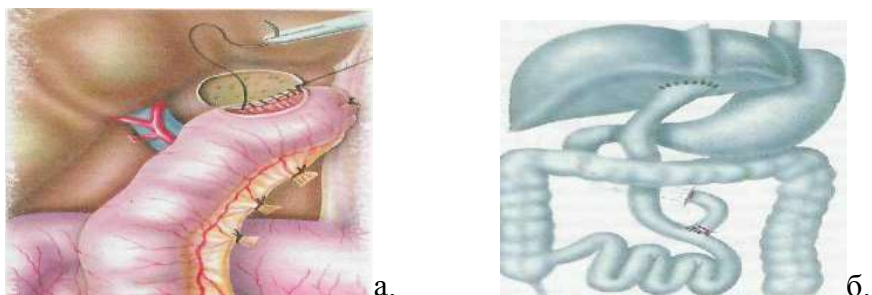
Ўт йўлларининг шилликли ва ўтли тикинлар билан бекилиб қолиши ҳолларидан ўт йўлларининг атрезиясини фарқлаш қийинчилик туғдиради, чунки ушбу ҳолатларнинг клиник белгилари деярли бир бўлиб, ўт йўллари атрезиясидагидек қонда билирубин боғланган-тўғри фракцияси кўп бўлади. Қиёсий ташхислаш учун магний сульфатнинг 25% эритмасидан 5мл дан 3 маҳал ичиш ёки 12 бармоқли ичакка туширилган зонд орқали 2-3 кун юбориш тавсия этилади. Ўт йўллари магний сульфат эритмаси таъсирида қисқариши ўт ёки шилликли тикинларни чиқишига ва беморнинг аҳволи яхшиланишига олиб келади.

Ўт йўллари атрезияларининг операциядан олдин шаклини аниқлаш жуда мураккаб бўлиб, УТТ, рентгенологик валапороскопик текшириш, биопсия ўтказишни талаб этади.

Даволаш. Ўт йўллари атрезияларини даволаш фақат операция йўли билан бўлиб, оператив давони чақалоқ 1,5-2 ойлик бўлгунча бажариш керак. Ташқи ўт йўллари атрезияларининг умумий ўт ёки жигар йўлларидаги атрезияларида Ру усулида гепатико-, ёки холехоеюноанастамоз бажарилади (12-а;б расмлар).



12-расм. Ташқи ўт йўллари атрезияларида ўт қопи ёки жигар йўлларидаги атрезияларида Ру усулида холецисто-,(а), гепатико-, ёки холехоеюноанастамоз (б)



13-расм а; б. Ўт йўлларининг тўлиқ гипоплазияси ёки атрезиясида дарвоза соха фиброз пластинкаси шилиниб, Касаи усулида портоэнтеростомия қуйиш.

Ўт йўлларининг тўлиқ гипоплазияси ёки атрезиясида дарвоза соха фиброз пластинкаси шилиниб, Касаи усулида портоэнтеростомия қуйилади (13-расм). **Прогноз.** Касалликни ўзи ва давоси жуда жиддий ҳисобланиб, гепатит ва циррозни давом этиши бемор ҳаётига доимо ҳавф солиб туради. Ошқозон ости беши туғма касалликлари, халқасимон без, кистофиброз.

Ўт йўллари туғма кисталари – жойлашувига қараб жигардан ташқарида, жигар ичида ва аралаш бўлиши мумкин (10-11 расм). Ўт йўллари туғма кисталари бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи кисталар ўт йўллари девори юпқалашуви ёки мушак қаватининг бўлмаслиги ва унинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллаши билан характерланади.

ошқозон ости беши туғма касалликлари - халқасимон pancreas, кистофиброз - “халқасимон” (*annular pancreas*) ошқозон ости беши ошқозон-ичак тракти аномаллияларининг 3% гача ташкил этади. Ушбу ривожланиш нуқсонини эмбрионал ривожланишнинг 4-6 ҳафталарида ушбу аъзонинг вентрал ва дорзал қисмларининг яхши бирикмай қолиши натижасида юзага келади. “Халқасимон” (*annular pancreas*) ошқозон ости бешининг бир неча анатомик турини фарқлаш мумкин. Уларнинг асосий моҳияти – ўн икки

бармоқли ичак пастга ўрмаловчи қисмини ўраб, унинг ўтказувчанлигини бутунлай ёки қисман бузади.

Клиник жихатдан ушбу ҳолат туғма дуоденал (*юқори ичак тутилиши клиникасига қаралсин*) ичак тутилиши клиник белгиларини намаён этиши билан, ёки катта ёшдаги болаларда қисман, сурункали ичак тутилиши, дуоденостаз белгиларини намаён қилиш билан кечади. Юқори ичак тутилиши чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларидан намаён бўлса, сурункали дуоденал ичак тутилишини гумон қилиш мураккаб, қисман рецидивланувчи ичак тутилиш белгилари намаён бўлганда, эндоскопик текшириш йўли билан асослаш мумкин, бунда дуодениум торайган қисми борлиги, унда қизариш белигилари бўлиши кузатилади.

Даволаш оператив дуоденоюно-, дуоденогастро-, дуоденодуодено- анастамоз қўйиш, сиқувчи халқани кенгайтириш операциялари тавсия этилади. Ошқозон ости беzi кистозфибрози *pancreas* туғма касалликларидан бири ҳисобланади, бунда шиллик ишловчи чиқарув йўллари туғма берк бўлиши ёки кситоз кенгайиб кетиши натижасида *pancreas* секретор фаолияти тўлиқ ёки қисман бузилади. Натижада ошқозон-ичак трактига ошқозон ости беzi шираси тўлиқ етказиб берилмайди. Чақалоқларда ушбу ҳолат меконий ҳосил бўлишига таъсир қилади меконийнинг ёнбош ичак терминал қисмига тикилиб қолиши кузатилади ва туғма пастки (обтурацион) ичак тутилиши клиникаси юзага келади, адабиётларда “мекониал илеус” номи билан берилган.

Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни қўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинικο-лабаратор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.
8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ №6 БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, тарқатма материаллар.

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма ривожланиш нуқсонларини ўқитишнинг асосий принципи касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

- а) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари патогенези, қискача эмбриогенезини.
- б) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари классификациясини
- в) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари клиник хос белгиларини

- г) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари диагностика ва дифференциал диагностикасини
д) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари хирургик даво принципларини

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим:

- а) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари бор беморлардан анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши
б) кўриқдан ўтказа олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши
в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши
г) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари рентгенограммаларини фарқлаб, ўқий олиши

талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

- а) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилишини ўрганиш
б) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари рентгенологик кўринишларини ўрганиш

машғулотни мустақил ўрганиши учун топшириқ:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш
б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш
в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш
г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш
д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш

Уйга вазифа:

- а) Буйрак ва юқори сийдик чиқариш йўллари туғма касалликлари ва нуқсонлари патогенези
б) классификацияси
в) клиник хос белгилари
г) диагностика ва дифференциал диагностикаси
д) хирургик даво принциплари.

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик - “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, педиатрия, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

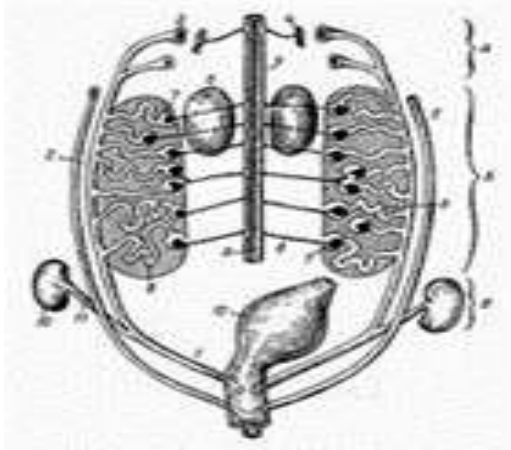
Машғулотнинг мазмуни

Буйраклар ва Сийдик найининг ривожланиш эмбриогенези, нуқсонлари классификацияси. Сийдик найи обструкцияси, иккиланиши. Гидроуретер, мегауретер, қовуқ-сийдик найи рефлюкси. Болаларда гидронефроз. Инфравезикал обструкция: сийдик чиқарув канали стенозлари ва қопқалари, уруғ дўнғчаси гипертрофияси, мегатригонум ва Лъето учбурчаклигининг шиллиқ парда гипертрофияси ҳамда Марион касаллиги. Қовуқ туғма касалликлари: туғма иккиланиши, экстрофияси, дивертикули ва уракус битмаслиги.

Назарий қисм

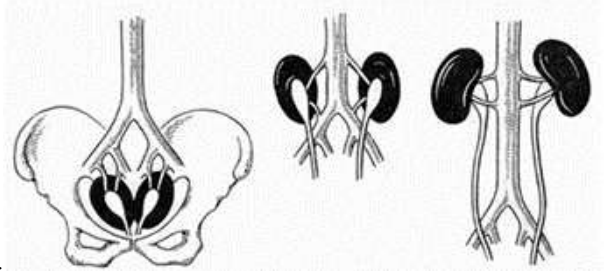
Эмбриология. Эмбрионал ривожланиш даврида буйраклар уч босқичли ривожланиш жараёнини ўтайди: пронефрос (А), мезонефрос (Б) (бирламчи буйрак) ва метанефрос (доимий буйрак -В) (1-расм).

Буйраклар ривожланиши бир-бир томон интилувчи-биркувчи иккита эмбрионал тўқима дўмбокларидан ҳосил бўлади. Буйракларнинг экскретор қисми – сийдик йўллари, косачалар, жомча, йиғувчи тўғри каналча-калавачалар – мезонефрос ирмоғидан (Вольфов ирмоғи) ҳосил бўлади. Буйракларнинг секретор қисми – калавачалар, эгри-бугри калавачалар метанефроген-доимий буйрак тўқималаридан ҳосил бўлади.



1-расм. айирув тизими эмбриогенези (схема).

Доимий-сўнги буйраклар жуфт аъзо ҳисобланиб, promontorium жойлашган бўлиб, кейинги ривожланиш жараёнида чаноқ соҳасидан краниал йўналишда ўрмалаб, кўкрак-бел соҳасини эгаллайди, секретор ва экскретор қисмларнинг бирлашуви кузатилиб, “пирадимасимон” тузилиш касб этади. Эмбрионал ривожланишнинг бузилиши натижасида турли шаклдаги ривожланиш - аплазия,



2-расм. айирув тизими эмбриогенези.

Буйраклар юқорига чиқиши (схема).

агенезия, дистопия, бирлашув аномалиялари кузатилади. Эмбрионал ривожланишнинг 4-хафтасида нефроген дўмбоқнинг пастки қисми дағаллашиб, 2-3 думғаза соҳасида метанефрос ҳосил бўлади. 5-хафталарга келиб мезонефрал ирмоқнинг клоака билан бирлашган жойида бирламчи сийдик йўллари ривожлана бошлайди. Ушбу ҳосилалар краниал йўналишда метанефрос томонга ҳаракатланиб, умуртқа поғонасининг XII-кўкрак ва IV бел соҳасига етиб боради ва буйрак усти безлари билан бирлашади (2-расм). Буйракларнинг краниал йўналишдаги миграция вақтида у ёнбош, думғаза ва аорта томирлардан қон билан таъминланади, буйраклар айланиши-ротацияланади ва буйрак дарвазаси медиал йўналиш касб этади.

Юқори сийдик чиқариш йўлларининг туғма нуқсонлари - болаларда учрайдиган туғма нуқсонлар орасида нисбатан кўп учрайди. Статистика маълумотларига қараганда касаллик умумий аномалиялар орасида 37,0% ни ташкил қилади (Н. А. Лопаткин, А. В. Люлько, 1988). Уларнинг келиб чиқишида сийдик чиқариш йўллари системаси эмбриогенезининг хаддан ташқари мураккаблиги асосий роль уйнайди. Маълумки, буйрак ривожланиш вақтида онтофилогенетик нуқтаи назардан уч даврдан ўтади: пронефроз— бошланғич босқич, яъни буйрак пайдо бўлишидан олдинги давр; мезонефроз— бирламчи буйрак даври; метанефроз—шаклланиш даври. Турли экзо- ва эндоген салбий омиллар таъсирида ўз меъёрида кечиши мумкин бўлган эмбриогенез бузилиши туфайли сийдик чиқариш йўллари тизимида туғма нуқсонлар кузатилиши мумкин.

Буйрак сони патологияси. Буйрак аплазия (агенезия)си (3-расм). Одатда ҳеч қандай клиник белгилар намоён бўлмайди. Кўпинча иккинчи буйрак патологияси билан текшириш пайтида ёки қандайдир бошқа касаллик натижасида тасвирий рентген бажарилганида аниқланади.



3-расм. буйрак ангиографияси. Чап буйрак соҳасида қон томирлар аниқланмайди. Чап буйрак агенезияси.

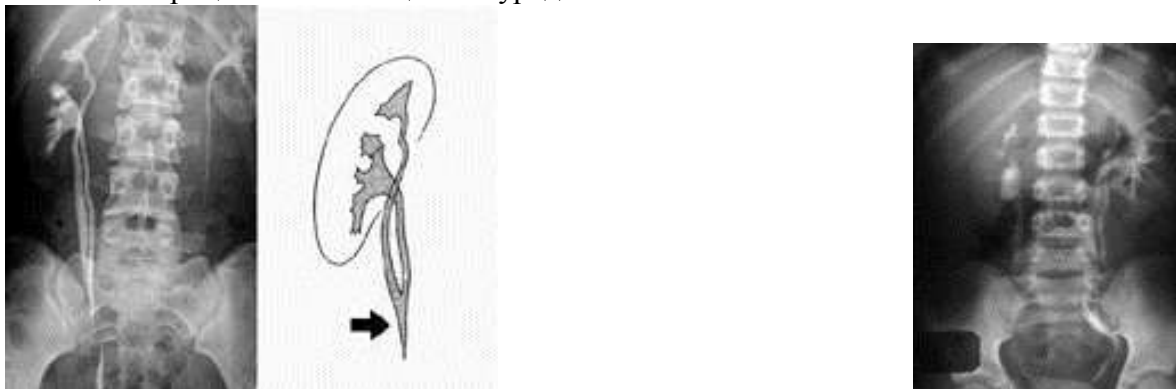
Аниқ ташхис қўйиш учун эса хромоцистоскопия, экскретор урография, ретропневмоперитонеум ҳамда ультратовуш текширишлари ўтказилади. Одатда буйрак аплазиясида контрлатерал буйрак гипертрофияси кузатилади. Мана шу

гипертрофияли буйрак ўз функциясини меъёрида бажарётган бўлса, буйрак етишмовчилиги кузатилмайди. Агар у бирон-бир касалликка дучор бўлса, тегишли симптомлар тезда намоён бўлади. Бунда олигоанурия ўзига хос белгилардан бири булиб ҳисобланади. Шунинг учун олигоанурия билан бирга буйрак бор ёки йуқлигини билмасдан туриб, ҳеч қачон нефрэктомия қилиш мумкин эмас. Икки томонлама буйрак аплазияси жуда камдан-кам учрайдиган ҳол бўлиб, одатда бола чала ёки ўлик туғилади, ёки бир неча кун яшайди. Шунинг учун бу хилдаги патологиянинг клиник жиҳатдан аҳамияти унчалик катта эмас.

Буйракнинг иккиланиши. Энг кўп учрайдиган патологик ҳолатдир. Бир ва икки томонлама иккиланиш фарқ қилинади. Буйрак иккиланишида иккала сегмент битта фиброз капсулага эга бўлиб, буйракда иккита жом мавжуд бўлади. Деярли юқори сегмент гипоплазив ҳолатда бўлиб, унда битта косача, айрим ҳолларда эса иккита косача бўлиши мумкин. Унинг косачаси калтагина сийдик найи орқали ёки пастки буйрак жомига, ёки унинг сийдик найига туташиб ҳоллари кузатилади. Юқори сегментнинг сийдик найи пастки сегмент сийдик найига туташса, буйракнинг қисман иккиланиши дейилади. Агар сегментларнинг сийдик найлари қовуққа айрим-айрим мустақил очилса, тўлиқ буйрак иккиланиши (4-5 расмлар) деб юритилади. Айрим ҳолларда пастки сегмент гипоплазия ҳолатида бўлиши мумкин.

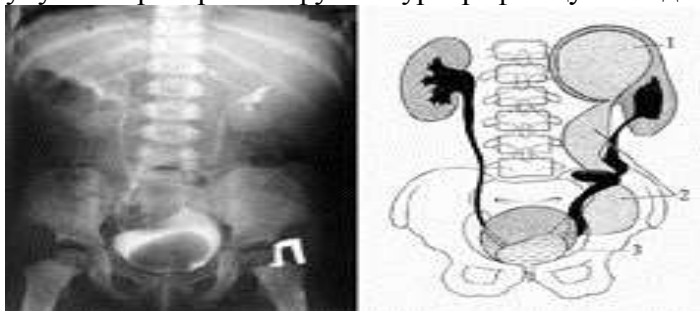
Умуман, гипоплазив ривожланган буйрак морфофункционал жиҳатдан нуқсонли бўлганлигидан уродинамик ўзгаришлар рўй бериб, сурункали яллиғланишга сабаб бўлади. Бу иккиланган буйракка хос сифатлардир.

Клиникаси ва таъхиси. Иккиланган буйракка хос бўлган клиник симптомлар илк босқичларда руй-рост намоён бўлавермайди. Мактаб ёшидаги болалар ҳеч сабабсиз тана хароратининг кўтарилиши (субфебрил), кейинчалик эса бел соҳасида сим-сим оғриқ бўлаётганидан шикоят қилишлари мумкин. Айрим ҳолларда эса уларни биқин соҳасида санчикли оғриқ ҳам безовта қилиб туради.



4-расм, буйрақлар иккиланиши.эксретор урография, схема.

Иккиланган буйракнинг гипоплазив сегментида сурункали пиелонефритга учраган ҳолларда унинг ўткирлашувида дизурия, лейкоцитурия, баъзан микро- ёки макрогематурия кузатилади. Протеинурия бўлиши ҳам эҳтимолдан холи эмас. Касалликка таъхис қўшиш учун эксретор ва инфузион урография қўлланади.



5-расм, буйрак тўлиқ иккиланиши, уретоцеле. эксретор урография, схема.

Давоси. Ҳеч қанақа клиник белгилар бўлмаганда ҳеч қандай муолажа талаб қилинмайди. Агар иккиланган қисмининг бирида гидронефроз, пиелонефрит, буйрак-тош касаллиги

қўшилган бўлса, шу касалликларга хос даво ўтказилади. Агар иккиланган буйракни олиб ташлаш талаб қилинадиган патология бўлса, геминефрэктомия—патологик жараёнга учраган иккиланган буйракдан бири олиб ташланади, агар иккаласи ҳам кучли зарарланган бўлса, у пайтда нефрэктомия бажарилади.

Қўшимча учинчи буйрак. Жуда кам учрайди. Қўшимча буйрак айрим қон томиридан озикланади, унинг ўзига тегишли сийдик найи ҳам бор. У буйракнинг пастида жойлашган бўлиб, гохида чаноқ соҳасига ҳам тушиши мумкин. Унинг ўлчамлари хар хил, кўпинча кичик бўлади. Баъзан унинг сийдик найи қовуққа эмас, балки аъзоларга ҳам очилади. Қўшимча буйрак экскретор урография ва буйрак ангиографияси ёрдамида диагностика қилинади.

Давоси. Агар қандайдир бир касалликка дучор бўлган бўлса, тегишли муолажалар қўлланади. Гидронефроз, литиаз, пиелонефрит, ўсма бўлган холларда нефрэктомия бажарилади.

Буйрак ўлчами патологияси. Буйрак гипоплазияси. Бу буйрак ўлчамининг кичиклигидир. У меъёрий гистологик тузилишга эга, функциясининг бузилиш белгилари ҳам йўқ. Кўпинча

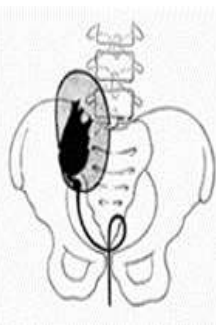


бир томонлама бўлади. Ташхис асосан экскретор урографияда аниқланади (6-расм). Рентгенда унинг ўлчамлари, жоми кичик бўлиб, учбурчак ёки ампула шаклида бўлади. Бир томонлама гипоплазия фақат асоратлари бўлган тақдирдагина даволанади. Агар иккинчи буйрак яхши ишлаётган бўлса, гипоплазияга учраган буйрак олиб ташланади.

6-расм. чап буйрак гипоплазияси

Буйрак жойлашуви патологияси. Қайерда жойлашганлигига кўра буйракнинг кўкрак дистопияси, ёнбош дистопияси, тос дистопияси ва алмашма дистопиялар тафовут этилади (7-8-9 расмлар). Бу патологиянинг асосий сабаби, бирламчи буйрак ривожланишида унинг чаноқ соҳасидан бел томон силжиш жараёнининг бузилишидир.

Кўкрак дистопияси кам учрайди, одатда, тўсатдан аниқланади. Кўкрак қафаси рентген ёки флюорография қилинганида диафрагма устида соя борлиги қайд қилинади. Бу холда ўсма ёки эхинококкоз ташхиси қўйилади. Бирок, экскретор урография бажарилганида ҳақиқий хол аниқланади. Баъзан бу хасталик диафрагма релаксацияси билан биргаликда учрайди. Кўкрак дистопиясида сийдик найи одатдагидан узун бўлиб, қон томирлари ҳам шох томирнинг юкорисидан бошланади. Ёнбош дистопиясида буйрак ёнбош чуқурчасида жойлашади (7-расм). Бу холда буйракнинг нерв чигаллари ва қўшни аъзоларга таъсирдан қоринда оғриқ бўлиши мумкин. Қорин пайпасланганда ёнбош соҳасида ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Бу оғриқ бемор ҳаракат қилганда ёки юк кўтарганида уни кўпроқ безовта қилади. Ташхис асосан экскретор урография ёрдамида қўйилади. Бел дистопиясида буйрак одатдаги топографик ҳолатдан пастрокда жойлашган бўлиб, кўпинча нефроптоз ёки буйрак ўсмаси билан чалкаштирилади. Бунда бел соҳасида оғриқ пайдо бўлади. Чаноқ дистопиясида буйрак чаноқ чуқурлигида жойлашади (8-расм). Ўғил болаларда тўғри ичак билан қовуқ орасида, қизларда эса бачадон билан тўғри ичак орасида жойлашади. Қўшни аъзоларга босилишидан оғриқ ва шу аъзолар функциясининг бузилиши билан клиник манзарасини намоён қилади. Анус тешигидан бармоқ билан текширилганда тўғри ичак олд девори томонда қаттиқ муҳитли ўсмасимон ҳосилани пайпаслаш мумкин. Экскретор урография, айрим холларда ретроград пиелография ҳам қўлланади.



7-расм. ёнбош дистопияси.



8-расм. чанок дистопияси.

Кесишма дистопия жуда кам учрайди. Бу (9-расм) бир буйракнинг ўрта чизикдан карама-қарши томонга ўтиб, иккала буйракнинг ҳам бир томонда бўлиб қолишидир. Кўпинча иккала буйракнинг бир-бири билан бирлашиб қолиши кўринишида бўлади. Хасталик экскретор урография ёрдамида аниқланади. Шунини таъкидлаш лозимки, дистопияга учраган буйракда пиелонефрит ва гидронефроз кўпроқ, аниқланади. Бу пайтда шу касалликларга оид белгилар пайдо бўлади. Буйрак дистопиясини буйрак ўсмаси ва нефроптозидан фарқлашга тўғри келади. Экскретор ёки ретроград урограммада (10-расм) нефроптозда сийдик йўлининг эгри-бугрилиги, нисбатан узунлиги қайд этилади. Нефроптозда буйрак ҳатто қовурға остигача силжийди, дистопияда эса бу ҳолат кузатилмайди. Нефроптоздан фарқли ўлароқ, буйрак ангиографиясида буйрак қон томирлари калта бўлади.

Буйрак дистопияси қанчалик паст жойлашган бўлса, унинг ротация даражаси ҳам шунчалик кучли бўлади.

Давоси. Дистопияга учраган буйракни даволашга ҳожат йўқ. Муолажа асосан асоратларга қаратилган бўлиб, кўпинча консерватив усул қўлланади. Нефролитиаз, гидронефроз, ўсма ва бошқа асоратлар ривожланган бўлса, тегишли равишда операция бажарилади. Буйрак морфоструктураси ва унинг жойлашуви ўзига хос бўлганлигини операция пайтида, албатта инобатга олиш лозим.

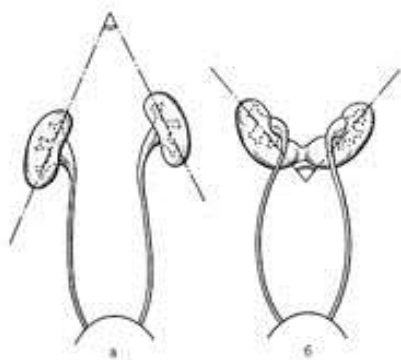


9-расм.

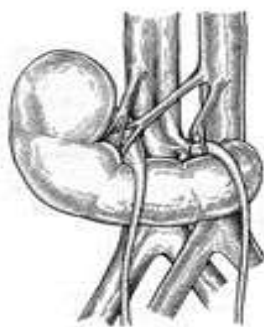
10-расм

Буйракларнинг бир-бирига нисбатан жойлашуви.

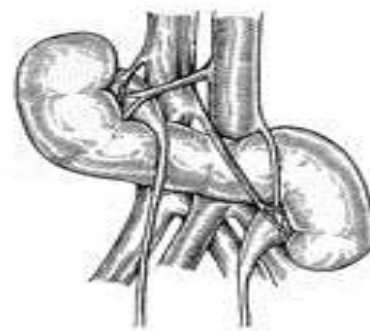
Кўмичсимон буйрак. Жуда кам учрайди. Бунда буйраклар медиал юзалари бўйлаб бир-бири билан бирлашиб, промоториум ёки тос соҳасида жойлашади (11-расм). S-симон ёки L-симон буйракларда бир буйракнинг юқори палласи иккинчи буйракнинг пастки палласи билан бирлашади (12-13 расмлар). Биринчи шаклдаги буйракда бир буйракнинг жом-сийдик йўли сегменти медиал, иккинчи шаклдагисида эса бу сегмент латерал томонга қараган бўлади. Агар буйракнинг фақат пастки ёки юқори палласи бир-бири билан бирикиб қолган бўлса, бунга тақасимон буйрак дейилади ва унинг амалий аҳамияти анча катта. Тақасимон буйракнинг кўпдан-кўп томирлари бўлгани учун у камхаракат ва одатда шохтомир ҳамда пастки ковак вена олдида ётади. Унинг асосий клиник белгиси қорин соҳасида оғрик бўлишидир. Бу оғрик бола орқага қаттиқ энкайганида айниқса кучаяди ва бу **Ровзинг симптоми** дейилади. Қоринни пайпаслаб кўрганда умуртка поғонасининг иккала томонида қаттиқ муҳитга эга ўсмасимон ҳосила борлигини пайқаш мумкин. Баъзан тақасимон буйракнинг бирлашган қисми буйин пастки ковак венани босиб қўйганлигидан унда гипертензия ҳолатлари пайдо бўлиб, оёқлар шиши, ҳатто асцит ҳам пайдо бўлиши эхтимолдан холи эмас



11-расм. "тақасимон"



12-расм. "L-симон"



13-расм. "Z-симон"

Тақасимон буйрак кўпинча гидронефрозга учрайди, пиелонефрит ривожланиши, тош пайдо бўлиши, баъзан нефроген гипертонияга сабаб бўлиши мумкин. Ташхисни аниқлашда экскретор урография ва радиоизотоп усуллар қўл келади. Томирлар архитектурасини ўрганиш учун буйрак ангиографиясини бажариш лозим.

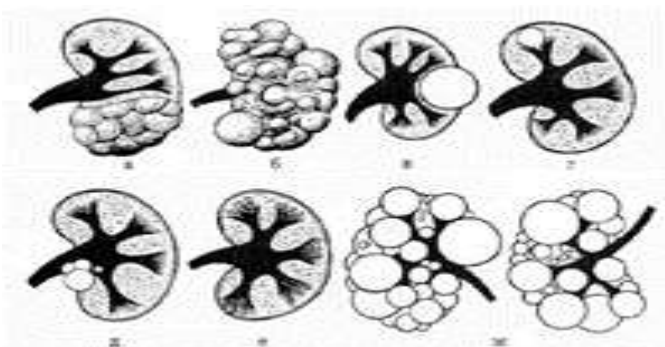
Давоси. Агар беморни кучли оғриқ безовта қилса, операция қилинади. Бунда истмомия (бўйин соҳасини кесиб, буйракларни ажратиш) қўлланади. Агар гидронефроз ривожланган ёки тош пайдо бўлган бўлса, тегишли операция муолажалари ҳам бажарилади.

Буйрак структуралари патологияси. Буйрак дисплазияси. Икки хили фарқ қилинади: рудиментар буйрак, пакана буйрак. Рудиментар буйракда буйрак эмбрион даврининг илк босқичларида ўз ривожини тўхтатади. Бунда буйрак ўрнида 1—3 см ёки ундан ҳам кичик ўлчамли склеротик тўқима борлиги аниқланади. Гистологик текширишда эса калавача қолдиқлари ва оз миқдорда сийдик найчалари аниқланади. Пакана буйракда эса унинг ўлчамлари (2—3 см гача) кичик бўлиб, паренхимасида калавачалар сони анча қисқарган, бироқ оралик тўқима анча яхши ривожланган. Пакана буйрак кўпинча нефроген гипертония билан асоратланади.

Мультикистоз буйрак. Жуда кам учрайди. Кўпинча бир томонлама бўлиб, буйрак тўқимаси ўрнига ҳар хил кисталар (пуфаклар) кузатилиб, сийдик найи облитерацияланган ёки унинг дистал қисми умуман бўлмади (14-расм).

Буйрак структуралари аномалиялари асосан аортография ёрдамида аниқланади. Бунда буйрак томирлари ёки нефрограмма бўлмади. Мультикистоз бир томонлама бўлса, нефрэктомия ўтказилади, икки томонлама бўлса, бола туғилишининг дастлабки кунларидаёқ нобуд бўлади.

Буйракнинг кистоз касалликлари - буйракнинг туғма касалликлари орасида энг оғири ҳисобланади. Чунки у икки томонлама учраши мумкин. **Буйрак поликистоз** 95 фоиз ҳолларда икки томонлама бўлиб, кўпинча наслга оид касаллик ҳисобланади (14-расм). Бунда буйрак паренхимасининг ўрнини ҳар хил катталикдаги пуфакчалар эгаллайди. Буйракнинг ташки кўриниши худди узум шингилига ўхшаш бўлади. Баъзан буйрак катталашган, айрим беморларда эса унинг ҳажми ўзгармаган, ҳатто кичиклашган бўлиши ҳам мумкин. Поликистозлар уч гуруҳга бўлинади: гломеруляр, тубуляр ва экскретор. Гломеруляр поликистозда пуфаклар буйрак найчалари тизими билан туташмайди. Шунинг учун пуфаклар ҳамма вақт бир ўлчамда қолаверади. Бунда буйрак фаолияти тезда бузилади ва ўлим рўй беради.



14- расм. Буйрак

кистоз аномалиялари. (схема).

Тубуляр поликистозда пуфаклар қил найчалар билан, экскретор поликистозда эса йиғувчи найчалар билан туташган

бўлади. Шунинг учун уларнинг ўлчамлари вақт ўтиши билан тобора катталашаверади. Илк бор кичик пуфакчалар буйракнинг мағиз ва пустлоқ қаватларида жойлашади, улар орасида эса ўзгармаган буйрак паренхимаси ётади. Демак, дастлаб буйрак ҳажми ўз меъёрида бўлади. Болалар ёши катталашган сари пуфакчалар ҳам катталашаверади ва бундан буйрак паренхимаси қисилади, деформацияланади. Иккиламчи касалликлар буйрак поликистози асорати сифатида тез-тез учрайди.

Клиникаси. Асосан пуфакларнинг буйрак паренхимасига кўрсатаётган таъсир даражасига боғлиқ. Кичик ёшдаги болаларда касаллик оғир ўтади. Поликистоз пиелонефрит билан асоратланса, уремия ва анурия юзага келиши мумкин.

I босқич—компенсация даврида буйрак соҳасида сим-сим оғриқ бўлиб, кучсизланиш, ҳолсизланиш кузатилади. Буйрак функцияси текширилганида фақат баъзи бир функционал ўзгаришлар аниқлади.

II босқич —субкомпенсация даврида эса буйрак соҳасидаги оғриқ давом этаверади, беморнинг оғзи қуриб, чанқайди, тез чарчайди, боши оғриб кўнгли айнийди. Одатда бу белгилар буйрак етишмовчилиги ривожланиши ва артерия босимининг ошишига боғлиқ.

III босқич—декомпенсация даврида кўнгил айниши доимий бўлиб, бемор тез-тез қусади. Бош оғриғи, чанқаш, умумий ҳолсизлик кучаяди. Буйракнинг фильтрация ва концентрация хусусиятлари анча пасайган бўлиб, қонда мочевина ва креатинин миқдори ошади. Агар пиелонефрит қўшилса, унга хос белгилар юзага келади.

Таъхиси. Кўпинча буйракнинг катталашгани аниқланади. Экскретор урограммада буйрак катталашган, буйрак жоми ва косачалари тортилиб, уларнинг тархлари доирасимон, ўроксимон равишда узайган бўлади, бу пуфакчалар уларни босиб қўйганлигининг белгиларидир. Одатда буйрак жоми буйрак ичида жойлашган бўлади. Буйрак поликистози одатда Вильмс ўсмаси билан фарқланади. Поликистоз одатда икки томонлама учраса, Вильмс ўсмаси бир томонлама бўлади. Экскретор урографияда эса буйрак ўзининг топографик жойини ўзгартиради ҳамда унинг косачаларининг ўроксимон, айланасимон ўзгаришлари бўлмайди.

Давоси. Буйрак поликистози консерватив усулда даволанади. Энг аввало поликистоз оқибатида келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларнинг пайдо бўлмаслик чорасини кўриш зарур. Айрим ҳолларда операция қилишга ҳам тўғри келади. Бунда пуфаклар пункция қилиниб, суюклик олиб ташланади, баъзан эса бу операция оментореваскуляризация (буйракни илдизидан ажратилмаган чарви билан ўраш) билан биргаликда бажарилади. Буйрак етишмовчилиги ривожланганда эса оқибат яхши эмас. Бу ҳолларда гемодиализ қилинади. Донор буйрагини ҳам кўчириб ўтказса бўлади.

Мультилакунар пуфак. Буйрак мультилакунар пуфаги бир томонлама бўлиб, ўлчамлари анча катта ва кўп камералидир. Пуфак одатда буйрак жоми билан туташмайди, камерали пуфаклар ҳам бир-бири билан туташмайди. Пуфаклар буйракнинг бир қисмида учраб, одатда буйракнинг қолган қисмлари зарарланмаган бўлади, шу сабабли нормал функционал ҳолатда бўлади.

Клиникаси. Узоқ вақт клиник белгисиз ўтиши мумкин. Баъзан диспансер текшируви вақтларида ёки турли сабаблар туфайли қорин соҳаси пайпасланганда тўсатдан аниқланади. Бу ўсимта юмшоқ муҳитга эга бўлиб, пайпаслаган маҳалда оғриқсиз бўлади. Экскретор урографияда эса буйракнинг ҳажми катталашган, косачалари ўз жойидан ичкари томонга силжиган. Лаборатория текширишлари ўзгаришсиз бўлиши мумкин. Бу хасталикни Вильмс ўсмасидан ажратиш анча қийин. Шу туфайли кўпгина ҳолатларда тўғри ташхис операция пайтида қўйилади. Компьютер томография ва ультратовуш ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Давоси. Мультилакунар пуфак олиб ташланади.

БУЙРАК ЖОМИ ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ НОРАСОЛИКЛАРИ

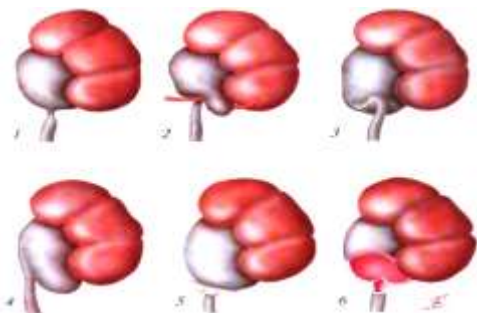
Жомнинг буйракдан нобоп - буралиб ёки юқоридан чиқиши, пиелоуретерал сегментда турли клапанларнинг бўлиши, тешиги—стенози, туғма эмбрионал тортмоқлар билан босилиб қолиши буйрак жомида учрайдиган нуқсонлардир. Бунда буйрак жоми ва косачалари

кенгаяди, буйрак паренхимаси иккиламчи атрофияга учрайди. Бу туғма гидронефроз деб аталади. Сийдик йўлларининг туғма иккиланиши, везико-уретерал рефлюкс, сийдик йўли тешиги эктопияси, уретероцеле—булар сийдик йўллари аномалияларидир.

ГИДРОНЕФРОЗ - Пиелоуретерал сегментда туғма тўсиқ бўлишидан уродинамика бузилиб, буйрак жоми ва косачалари прогрессив кенгайиши ва буйрак функциясининг сусайиб бориши билан кечадиган туғма касалликдир. Агар касаллик вақтида даволанмаса, буйрак паренхимасининг иккиламчи атрофияга учраши муқаррар. Гидронефроз болалар орасида кўп тарқалган. У янги туғилган чақалоқларда ҳам, катта ёшдаги болаларда ҳам учрайди. Унинг бу сифати пиелоуретерал сегментдаги тўсиқнинг ривожланиш даражасига боғлиқ бўлади.

Гидронефрознинг асосий сабаблари қўйидагилардан иборат (15-расмда кетма-кет берилган):

- 1) пиелоуретерал сегментда стеноз бўлиши;
- 2) пиелоуретерал сегментнинг аберрант томир билан ташқаридан босилиши;
- 3) сийдик йўлининг буйрак жомининг юқори қисмида буралиб қолиши;
- 4) сийдик йўлининг буйрак жомининг юқори қисмидан бошланиши, буралиб қолиши;
- 5) пиелоуретерал сегментнинг эмбрионал тортмоқ билан ташқаридан босилиб қолиши;
- 6) пиелоуретерал сегментда клапан бўлиши;



15-расм. туғма гидронефроз сабаблари (схема).

Одатда, сийдик йўли буйрак жомининг юқори қисмида бошланган патологиясини экскретор урография ёрдамида аниқласа бўлади. Бошқа турдагиларни эса операция пайтида билиш мумкин. В. С. Карпенко томонидан тавсия қилинган (1980) гидронефрознинг таснифига асосланиб, унинг клиник кечиши 4 босқичга бўлинади.

1. Бошланиш босқичи. Буйрак жоми ва косачаларида гиперкинезия ҳолати кузатилиб, унинг фаолияти ҳали бузилмаган бўлади. Буйрак соҳасида сим-сим оғриқ бўлиб, гоҳи-гоҳида у кучайиши мумкин. Экскретор урографияда контраст модда буйракда 3—5 дақиқада пайдо бўлади. Косачалар уч қанотли баргга ўхшайди, жом катталашган. Буйрак калавачаларида фильтрация функцияси ҳамда буйракдан қон ўтиш жараёни бироз сустлашган. Бирок, шуни таъкидлаш лозимки, боланинг ёши қанча кичик бўлса, буйрак жомининг буйрак ичида жойлашган ҳоллари ҳам шунчалик кўп учрайди. Демак, катталардан фарқли ўларок,, болаларда гидронефрознинг биринчи босқичида буйрак жоми эмас, балки унинг косачалари кенгаяди. Уч ёшгача бўлган болалар қаерида оғриқ бўлаётганини айта олмайдилар. Кўпинча эса буйрак ичидаги босим мунтазам равишда ошиб турганлиги учун, буйрак шу ҳолатга адаптацияланади, яъни мослашади. Бунда оғриқ, бўлмайди. Шунинг учун ёш болаларда оғриқ белгиси катта аҳамиятга эга эмас.

2. Ривожланган босқич. Жом ва косачалар сегментида гиперкинезия кузатилади ва буйрак соҳасида вақти-вақти билан оғриқ кучаяди. Буйракнинг чайқатиш белгиси чақирилиши мумкин. Экскретор урографияда контраст модда буйракда 25—30 дақиқаларда пайдо бўлади. Косачалар катталашган, бир-бири билан қўшилган. Уларнинг баргга ўхшашлиги умуман йўқолган. Буйрак жоми ҳам катталашган. Буйрак калавачаларида фильтрация жараёни $32,01 \pm 1,2$ мл/дан пасайган. Буйракнинг сийдикни зичлаш қобилияти ҳам сусайган.

3. Асоратланган босқич. Сийдик йўллари дискинезияси, унинг юқори қисмининг гипокинезияси, пиелонефрит вужудга келиб, буйракнинг фаолияти ўта сустлашади. Косачалар ва жомдан қон оқа бошлаши ҳам мумкин. Экскретор урографияда контраст модда 60—90 дақиқаларда пайдо бўлади. Косачалар катталашган ва юмалоқдашган. Буйрак жоми чўзилган шарга ўхшайди.

4. Терминал босқич. Жом ва косачалар сегментида атония қайд этилади. Буйрак ўз фаолиятини тўла ёки деярли тўла йўқотган. Асептик гидронефрозда (агар у бир томонлама бўлса), ҳеч қандай клиник белги бўлмаслиги ҳам мумкин. Буйрак катталашган, бироқ юзаси текис. Унинг фильтрация ва реабсорбция қобилияти ўта сустлашган.

Клиникаси. Болаларда гидронефрознинг клиникаси хаддан ташқари кўп қиррали. Ўзига хос патогномик симптом йўқ. Клиник белгилари гидронефрознинг шакли ва босқичга боғлиқ. Кўп ҳолларда гидронефроз ўзгаришлар латент бўлиб, кўпинча уни ўз вақтида аниқлаш мушкул. Гидронефрознинг асосий белгилари.

1. *Оғриқ-у* ҳар хил бўлиб, баъзан доимий увишиб турувчи хислатга эга. Айрим ҳолларда санчикқа ҳам айланиши мумкин. Оғриқнинг кучли ёки кучсиз бўлиши буйрак жомининг қанчалик катталашганига боғлиқ эмас. Аксинча, буйрак жоми қанча катталашган бўлса, оғриқ ҳам шунчалик кучсиз бўлади.

2. Буйрак соҳасидаги *иши ёки ўсмасимон ҳосила.* Одатда бехосдан аниқланади. Бунда буйракнинг ташқи қисми силлиқ бўлиб, пайпаслаганда эластиклик мухитига эга, айрим беморларда эса буйракнинг жойидан бироз силжишини, перкуссияда суюқлик борлигини осонлик билан билса бўлади. Бироқ бу белги анча кеч вақтларда аниқланади.

3. *Сийдикдаги ўзгаришлар.* Биринчи навбатда микрогематурия аниқланади. Бу узоқ вақт давом этиши мумкин. Патогенетик механизми ҳали етарлича аниқ эмас. Иккиламчи инфекция қўшилганда эса лейкоцитурия кузатилади.

Таъхиси. Айрим ҳолларда гидронефрозга ташхис қўйиш бир-мунча қийин. Бироқ, синчиклаб йиғилган анамнез, сийдик анализи натижалари, беморни қараб кўриш гидронефрозга гумон туғдиради. Экскретор текширишдан кейин аён бўлади. Тасвирий урограммада фақат буйрак сояси катталашганлигини кўриш мумкин бўлса, экскретор урографияда унинг жом-косачалар системаси қанчалик даражада ўзгаришга учраганлиги аниқланади (16-расм, а;б).



а



б.

16-расм.эксекретор урография. Чап томонлама гидронефроз.

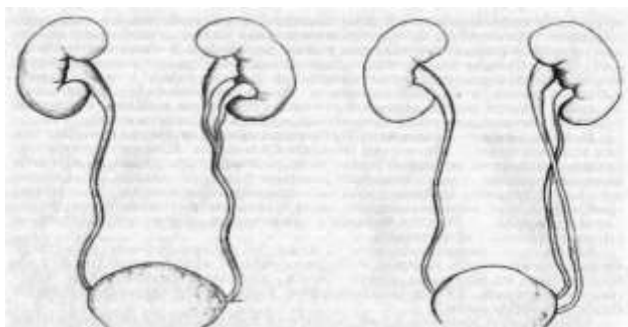
Киёсий таъхиси. Гидронефрозни кўпгина урологик касалликлар: нефролитиаз, нефроптоздан фарқдашга тўғри келади. Нефролитиаздан фарқлаш учун тасвирий урограмма қилиш кифоя. Бунда тош сояси кўринади. Агар рентгеноконтраст тош бўлса, у экскретор урографияда аниқ кўринади. Бунда буйракнинг пиелоуретрал сегменти аниқ билинади, тош бор жойда эса контраст билан тўлмаган «очик» юза аниқланади. Нефроптозда эса экскретор урографияда унинг анатомик кўриниши ўзгармасдан қолаверади.

Кўпгина ҳолларда гидронефрозни Вильмс ўсмасидан фарқлашга тўғри келади. Ўсманинг бошланиш даврида буйрак функцияси бузилмагаи бўлади. Шу туфайли экскретор урограммада гидронефрозга хос бўлган жом ва косачаларнинг катталашгани кузатилмайди, аксинча, буйрак косачалари қисилиб, сурилиб, ўзининг топографиясини ўзгартирган бўлади. Буйрак ўсмасида буйрак қаттиқ консистенцияга эга ва унинг юзаси нотекис бўлади.

Давоси. Гидронефроз асосан Политан—Ледбеттер усулида даволанади. Болаларда реконструктив-пластик операция усуллари қўлланади. Хозирги пайтда Андерсен-Ян Кучер

реконструктив-пластик операцияси қўлланилмоқда. Бунда гидронефрозга сабаб бўлган жой (склероз, стеноз, клапан ва б.) кесиб олиб ташланади ва сийдик йўли кесилган учидан узунасига 1,0 см атрофида қирқилиб, кейин буйрак жомига анастомоз қилинади. Ҳатто радиоизотоп ренографияда ҳам буйрак функцияси аниқланмаган тақдирда пластик операция усулини қўлламоқ лозим. Чунки болалар буйрагининг компенсатор механизми анча кучли бўлади. Бироқ буйрак паренхимаси хаддан ташқари нозиклашиб, буйрак сув тўлдирилган халтачага ўхшаб қолган ҳолларда нефрэктомия бажарилади.

Сийдик найлари иккиланиши (17-расм). Сийдик найларининг туғма иккиланиши кўпинча буйрак аплазияси ёки гипоплазияси ҳамда буйраклар иккиланиши билан биргаликда учрайди. Уретранинг иккиланиши тўлиқ, яъни буйракдан то қовуққача қўшалок, қисман сийдик найи фақат юқори ёки пастки қисмларида иккита бўлиши мумкин. Бу нуқсоннинг ҳам бир ёки икки томонламаси фарқ қилинади. Бир томонлама нуқсонлар сони 76 фоиз, икки томонламаси эса 24 фоизни ташкил қилади. Уретеранинг тўлиқ иккиланиши кўпинча буйрак жомининг ҳам иккиланиши билан биргаликда учрайди. Иккиланган сийдик найлари бир-бирига параллел жойлашган бўлиб, айрим ҳолларда бир-бири билан кесишади ва ҳар қайсиси алоҳида бўлиб қовуққа очилади. Бунда Вейгерт—Майер қонуни кузатилади, яъни юқори жомдан келувчи сийдик найининг тешиги пастки жомдан келувчи сийдик найидан пастда очилади. Иккиланган уретераларнинг узунлиги бир-биридан фарқ қилади. Уларнинг перистальтикаси ҳам бир-бирига нисбатан асинхрон бўлиб, бу сифат кейинчалик сийдик найининг кенгайишига сабаб бўлади. Сийдик найининг тўлиқ иккиланишида везико-уретера рефлeksi ҳам кўп учрайди. Чунки сийдик найининг қовуққа очилиш тешигининг юқоридаги интрамурал қисми каттарок. Худди мана шу хусусият пастда жойлашган буйракнинг кўпрок, яллиғланишга учрашига сабаб бўлади.



17-расм. сийдик найи иккиланишлари (схема).

Сийдик найлари иккиланишида ўзига хос клиник белгилар кузатилмайди. Қачонки асоратлар қўшилса, худди шу асоратга хос белгилар кузатилади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, аммо унинг қисқа муддат давом этиши 64,8% беморларда учрайди. Оғриқ синдроми 52,6 фоиз ҳолларда кузатилиб, буйрак соҳасида аниқланади. Айрим ҳолларда оғриқ қорин соҳасида кузатилади. Агар оғриқ ўнг томонда бўлса, буни аппендицитдан фарқлашга тўғри келади. Беморларда дизурия 41,2 фоиз ҳолда учрайди. Айрим беморларда сийдикни тута олмаслик қайд этилади. Бу ҳол илмий манбаларга кўра, 16,3 фоизни ташкил қилади.

Уретеранинг иккиланганини аниқлашда экскретор урография асосий усул бўлиб ҳисобланади. Буйракнинг функционал ҳолати сусайганда инфузия урографияси бажарилади. Асосий рентген белгилари қуйидагилардир: буйракнинг пастки қисмида унинг юқори косачасининг бўлмаслиги, косача деформацияси, иккита жом ва икки сийдик найининг бўлиши.

Цистоскопияда агар сийдик найи тўлиқ иккиланган бўлса, қовуқда иккита уретера тешиги борлиги аниқланади. Микция цистоуретрографиясида эса везико-уретерал рефлюкс кузатилиши мумкин. Уретеранинг иккиланиши тасодифан аниқланган бўлса, уни даволашнинг ҳожати йўқ. Бироқ, бемор амбулатория шароитида педиатр кузатуви остида бўлиши шарт. Боланинг ота-онаси бундай нуқсон борлигидан огоҳлантирилиши мақсадга

мувофик. Қандайдир бир белги пайдо бўлса, уни тезда урологга кўрсатиш зарур. Текширишда пиелонефрит аниқланган, бироқ уродинамика деярли бузилмаганлиги сезилса, консерватив даво чораларини кўрмоқ даркор. Агар консерватив даво кор қилмаса, фақат шундагина операция муаммоси ҳал этилади.

Сийдик найи тешиги эктопияси. Сийдик найи тешиги қовуққа очилмай, балки уретранинг орқа қисмига, қин тубига ёки даҳлизига, тўғри ичакка, бачадонга очилиши мумкин. Сийдик найи эктопияси одатда сийдик найи иккиланиши билан биргаликда кузатилади, кўпинча юқори жомдан бошланган сийдик найи тешиги эктопияга учрайди. Ўғил болаларга нисбатан

Клиникаси. Сийдик найи эктопияси қин туби ёки даҳлизига, ўғил болаларда орқа уретрага очилганда боланинг ўзи сийиши билан бирга доимий сийдик тутта олмаслик кузатилади: қовуққа туташган сийдик найидан ажралган сийдик қовуқда тўпланади ва вақти-вақти билан ташқарига чиқарилади, эктопия бўлган тешиқдан эса сийдик доимий равишда ташқарига ажралади. Одатда сийдик найи эктопиясига учраган буйракда гидронефроз ривожланади ёки унга инфекция юқади.

Таъхиси. Клиник манзарасини эътиборга олиш лозим. Цистоскопияда қовуқнинг тегишли тарафида сийдик найи тешиги бўлмайди. Бу хромоцистокопияда жуда аниқ билинади. Томирга индигокармин юбориб, сўнгра қин даҳлизи ёки уретра синчиклаб кузатилади ва ундан сийиш жараёнидан холи бўлган рангли сийдикнинг чиқиши ташхисни тасдиқлайди. Экскретор урофафия эса юқори сийдик чиқариш найларининг иккиланганини кўрсатиб, ташхиснинг яна бир бор тўғрилигини тасдиқлайди.

Давоси. Операция йўли билан даволанади. Агар буйракнинг функцияси меъёрида бўлса, уретероцистоанастомоз, агарда сийдик найи иккиланган бўлса—уретероанастомоз бажарилади. Гидронефроз ёки пиелонефритнинг кечки босқичлари ривожланган бўлса, у вақтда нефрэктомия қилинади.

Уретероцеле—сийдик найи интрамурал қисми барча қаватларининг қовуқ ичига худди чуррасимон бўртиб чиқиши. Уретероцеле ташқаридан қовуқ шиллиқ қавати билан қопланган бўлса, ичкаридан эса сийдик найи шиллик, қавати билан ёпилган. Улар орасида мускул ва бириктирувчи қаватлар бор. Уретероцеле бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин.

Белгилари. Белда оғриқ бўлиб, дизурия ва гематурия кузатилади. Асосан цистоскопияда аниқланади. Экскретор урографияда эса қовуқда контрастга тўлмаган нуқсон кўзга ташланади, пастки тарафида озгина дилатация аниқланади, худди илон бошига ўхшаш сийдик найи кўринади.

Давоси. Қовуқ очилиб, уретероцеле кесиб олиб ташланади.

УРЕТРОГИДРОНЕФРОЗ. Сийдик найи, везико-уретерал, уретра сохаларида туғма ёки ортирилган тўсиқ натижасида уродинамиканинг бузилиши, сийдикнинг дамланиб бориши, уретери ва буйрак касача-жомчаларининг кенгайиб кетишига уретерогидронефроз дейилади. Уродинамикага тўсиқ сийдик қопидан юқорида бўлса, “супра-” сийдик қопидан пастда бўлса “инфравезикал” обструкция дейилади. Экскретор урография, компьютер томография ва ультратовуш текшириш натижаларида аниқланади (18-расм). Унинг сабабларини қисман кўриб чиқамиз:



18-расм. Экскретор урограмма. а-бир томонлама; б-икки томонлама уретерогидронефроз.

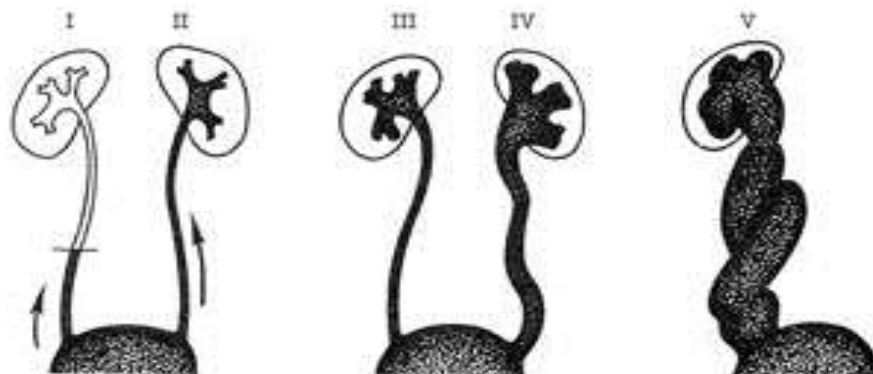
Ковуқ—сийдик найи рефлюкси – сийдикнинг ковуқдан сийдик йўлларига қайтиб чиқиши (19-расм). Везико-уретерал сегментда тугалланмаган эмбриогенез везико-уретерал рефлюкснинг келиб чиқишида асосий роль ўйнайди. Бундан ташқари, ковуқ буйни контрактураси, уретра орқа қисми клапани, уретра стенози ҳам везико-уретера рефлюксига сабаб бўлиши мумкин. Бу нуқсон кўпинча пиелонефрит хуружига ва уретерогидронефрозга сабаб бўлади. Везико-уретерал рефлюкснинг 5 даражаси тафовут этилади:

1. I даража—контраст модда сийдик найининг дистал қисмигача чиқади.
2. II даража—контраст модда билан сийдик найи, буйрак жоми ва косачалари тўлади.
3. III даража—сийдик найи, буйрак жоми ҳамда косачалари озгина кенгайиб, буйрак косачалари гумбази юмалоқлашади.
4. IV даража-сийдик найи кенгайиб, эгри-бугриллашади ҳамда буйрак жоми косачалари деформацияланади.
5. V даража-уретрогидронефроз ривожланиб, буйрак паренхимаси юпқалашади.

Клиникаси. Хос клиник белгилар кузатилмайди. Хасталик кўпинча асорат пайдо бўлгандагина аниқланади. Болалар сийганда бел соҳасида оғриқ сезадилар, тез-тез сийиш кузатилади. Сийдик тахлилида лейкоцитурия, микрогематурия, баъзида макрогематурия кузатилади.

Таъхиси. Микцион цистоуретрография бажарилади. Контраст модданинг сийдик найига чиқиши ва унинг буйрак косачалари ва жомида кўриниши таъхисни тасдиқлайди.

Давоси. Консерватив даволашга ҳаракат қилинади, чунки бола улғайгани билан везико-уретрал сегмент нуқсони етилиб, ривожланиши ва рефлюкс йўқолиши мумкин. Уроантисептиklar, электростимуляция, шифобахш гиёҳлар билан даволаш муҳим аҳамиятга молик бўлиб, рефлюкснинг 1-3 даражаларида 70-80% гача ёрдам беради. Консерватив муолажалар самарасиз бўлганида Грегуар операцияси қўлланилади. *Грегуар операцияси* – сийдик йўлининг ковуққа туташган жойидан проксимал томонга ковуқнинг сероз ва мускул қаватлари қирқиб, йириб, тарнов ясалади ва шу тарновга сийдик найи жайлаштирилиб, унинг устидан мускул ва сероз қаватлар тикилади.



19-расм. миксион урография. Ковуқ-сийдик найи рефлюкси (схема).

Рефлюкснинг IV ва V даражаларида Политан-Лидбеттер бўйича уретероцистоанастамоз бажарилади: - сийдик найининг дистал қисми кесиб олиб ташланиб, қовуқ кенг очилиб, 3-4 см узунликда шиллик қават остидан ясалган туннелдан ўтказилади.

Икки томонлама сийдик найи рефлюксларида Коэн операцияси қилинади: - сийдик найининг дистал қисми кесиб олиб ташланиб, қовуқ очилиб, найлар қовуқ ичига чиқарилиб, қарама-қарши томонларга ўтказилиб, тикилади ва янги сийдик йўллари тешиклари ҳосил қилинади.

Операциядан сўнг беморлар уролог ва нефролог назоратида бўлади.

Инфравезикал обструкция - қовуқ бўйни ёки сийдик чиқариш каналидаги тўсиқ бўлиши инфравезикал обструкция дейилади. Унинг натижасида уродинамика бузилиши, қовуқ-сийдик найи рефлюкси ва икки томонлама уретерогидронефроз ривожланиши тушунилади. Ушбу термин йиғма бўлиб, кўп касалликлар, шу жумладан: қовуқ бўйни контрактураси (Марион касаллиги), уретра орқа қисмининг клапани, уруғ дўмбоқчасининг гипертрофияси, сийдик чиқариш канали стенози ва облитерациясини инфравезикал обструкцияни ўзида акс эттиради.

Клиникаси: Бу касалликларнинг клиник белгилари деярли бир хил. Асосий белгиси қийналиб сийиш бўлиб, баъзан у бола туғилган кунидан бошлаб, тобора кучаяверади ва сийдик тутилиб, кейин эса парадоксал ишурияга олиб келади. Дастлаб детрузор кучи билан обструкция участкасидан сийдик ташқарига чиқарилади. Кейинчалик эса детрузор гипертрофияси унинг гипотонияси билан алмашинади ва, ниҳоят, атония ривожланади. Қовуқда сийдик димланганидан сўнг сийдик қовуқдан чиқиши учун бола қорин мускулларини таранглаштириб, хаддан ташқари кўп кучанади ёки қовуқ усти соҳасини қўли билан босади. Қовуқда сийдикнинг димланиши цистит, пиелонефрит, қовуқ-сийдик йўли рефлюкси, уретерогидронефроз ёки сохта дивертикуллар бўлишига олиб келади. Боланинг ранги оқариб, ўсишдан орқада қолади. Пайпаслаб кўрганда эса унинг қовуғи катта бўлиб, бемалол қўлга уннайди. Парадоксал ишурия кўринишида сийдик тутилиши қайд этилади. Сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланади, рентгенда икки томонлама уретерогидронефроз аниқланади

Уретра стриктуралари (стенозлари) шиллик қават гипертрофияси ёки уретра девори тўқималари бириктирувчи – фиброз тўқима ҳосил қилиши натижасида юзага келади.

Сийдик чиқарув канали стенозлари

Ташхиси. Қовуқ бўйни контрактурасида қўлланган усуллардан фойдаланилади. Уретра стенозлари даражасига қараб найчалар ҳам, металл катетерлар ҳам, бужлар ҳам қовуққа ўтишига маълум қийинчилик туғдиради. Агар учи тўмтоқ бошли буж билан уретрадан қовуққа кирилганда ва уни қайта чиқариш пайтида уретранинг орқа қисмида қаршилиқ ёки тўсиқ борлигини пайқаш мумкин.

Давоси. Операция йўли билан даволанади. Катта ёшдаги болаларда стеноз трансуретрал электрорезекцияси қилинади. Кичик ёшдагиларда эса операция йўли билан стеноз олиб ташланади ёки ораликдан борилиб, уретра стенози билан биргаликда кесиб олиб ташланади.

Сийдик чиқарув канали қопқалари (клапанлари)

Уретранинг туғма клапанлари. Икки томони ҳам шиллик қават билан қопланган ва уретра ичида жойлашган ҳосилалардир. Уч хили фарқ қилинади:

1. Косачасимон кўринишга эга ва уруғ бўртиқчасидан пастда жойлашган хили.
2. Уруғ бўртиқчасидан қовуқ бўйнига қадар тортилган ва даҳанасимон хили.
3. Уруғ бўртиқчасидан пастда ёки юқорида жойлашган ҳамда кўндаланг диафрагма кўринишидаги хили.

Клиникаси. Инфравезикал обструкциядаги каби бўлади.

Ташхиси. Қовуқ бўйни контрактурасида қўлланган усуллардан фойдаланилади Уретра клапанларида найчалар ҳам, металл катетерлар ҳам, бужлар ҳам қовуққа бемалол ўтаверади. Агар учи тўмтоқ бошли буж билан уретрадан қовуққа кирилганда ва уни қайта чиқариш пайтида уретранинг орқа қисмида қаршилиқ ёки тўсиқ борлигини пайқаш мумкин.

Давоси. Операция йўли билан даволанади. Катта ёшдаги болаларда клапан трансуретрал электрорезекцияси қилинади. Кичик ёшдагиларда эса операция йўли билан клапан олиб ташланади ёки ораликдан боришиб, уретра клапан билан биргаликда кесиб олиб ташланади.

Инфравезикал обструкция: уруғ дўнгчаси гипертрофияси - шиллик қават гипертрофияси ёки уретра девори тўқималари бириктирувчи – фиброз тўқима ҳосил қилиши натижасида юзага келади

Клиникаси. Инфравезикал обструкциядагидек бўлади.

Ташхиси. Қовуқ бўйни контрактурасида қўлланган усуллардан фойдаланилади. Уретра стенозлари даражасига қараб найчалар ҳам, металл катетерлар ҳам, бужлар ҳам қовуққа ўтишига маълум қийинчилик туғдиради. Агар учи тўмтоқ бошли буж билан уретрадан қовуққа кирилганда ва уни қайта чиқариш пайтида уретранинг орқа қисмида қаршилик ёки тўсик борлигини пайқаш мумкин.

Инфравезикал обструкция: льето учбурчаклигининг шиллик парда гипертрофияси, мегатригонум.

Льето учбурчаклигининг шиллик парда ҳосил қилувчи ҳосилалар гиперплазия сифатида намоён бўлади. Баъзан у, ҳатто уретранинг ичини тўлиқ ёпиб қўйиши мумкин.

Клиникаси. Худди инфравезикал обструкцияда бўлгани каби намоён бўлади. Бундан ташқари, эрекция пайтида оғриқ сезилади.

Ташхиси. Цистоуретрография ва уретрографияда уретранинг орқа қисмида нуқсон аниқланади. Шунингдек, қовуқ катетеризация қилинаётганда уретранинг орқа қисмида тўсик борлиги сезилади ва катетерлаш ёки бужлашдан кейин оз ёки кўпроқ кон кетиши кузатилади.

Давоси. Эндоуретрал ёки оралик билан льето учбурчаклигининг шиллик пардаси резекция қилинади.

Қовуқ бўйни контрактураси, Марион касаллиги, қовуқ бўйни фиброэластози.

Қовуқ бўйни шиллик ости ва мускул қаватларида фиброз тўқимаси ривожланишидан келиб чиқади. Касалликнинг кечишида уч давр фарқ қилинади:

1. Сийишнинг қийинлиги оз-моз билинади, қолдиқ сийдик йўқ, буйрак функциялари бузилмаган, вақти-вақти билан лейкоцитурия кузатилади.

2. Сийиш жараёни анча қийин кечади, бола кучанади, қолдиқ сийдик пайдо бўлади, пиелонефрит белгилари кузатилиб, буйрак функциялари ҳам издан чиқа бошлайди.

Ташхиси. Ўзига хос қийин тарафлари бор. Урофлоуметрия цистоманометрия билан биргаликда бажарилса, ташхисни аниқлаш осон бўлади. Цистоуретрографияда эса қовуқ таг қисмининг юқорига кўтарилганлиги ва деворларнинг трабекулали бўлиши ҳамда сийдик чиқариш каналининг етарли равишда контраст билан тўлмаслиги қайд этилади. Кўпинча аниқ ташхис операция пайтида қўйилади.

Давоси. Енгил ҳолларда уретрани бужлаш ва антибактериал дорилар бериш ўз таъсирини кўрсатади. Оғир ҳолларда эса қовуқ бўйнида У- ёки У-симон пластика бажарилади.

Сийдик ирмоғи-урахус битмаслиги қуйидаги шаклларга бўлинади (20-расм):

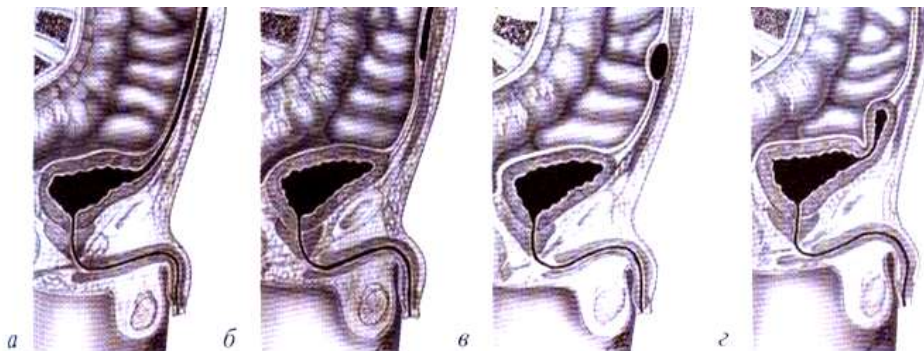
А. тўлиқ битмаслик - киндик тўлиқ оқмаси, сийдик киндикдан оқади:

Б. Киндик нотўлиқ оқмаси - киндик томон битмаган, вақти-вақти билан ҳидли ажратма чиқиб туради. Қоринда оғриқ бўлиши мумкин.

В. Урахус кистаси-қорин олд девори соҳасида “ўсмасимон ҳосила” пайпасланади, беморни безовта қилмайди, текширув вақтида аниқланади.

Қовуқ дивертикули - беморни безовта қилмайди, уролгик текширув вақтида аниқланади.

ҚОВ!
олд д
учрай
ҳисоб



аб турувчи қорин
он нисбатан кам
эма нуқсонлардан
узатилади. Қовуқ

экстрофияси ҳар доим тотал эписпадия билан биргаликда қайд этилади. Ушбу хасталикнинг патогенези шу вақтгача тўлиқ аниқланмаган

Клиникаси. Қовуқ усти соҳасида у ёки бу катталиқда бўлган ўсмасимон ҳосилани кўриш мумкин. Бу ҳосиланинг ранги қип-қизил бўлиб, у қовуқ орқа деворининг бўртиб чиқишидан ҳосил бўлади (21-22 расмлар). Озгина шикастланишда ҳам унинг шиллиқ қаватидан капилляр қон кетиши кузатилади. Ҳосиланинг пастки қисмида иккита кичкина тешик бўлиб, у одатда сийдик найининг тешиқларидир. Бу тешиқлардан ҳар доим сийдик ажралиб туради. Вақт ўтган сайин ҳосила деворида кўшимча тўқима ўсавериб, унинг эластиклиги тобора йўқолаверади. Шиллиқ қават юзасида папилломатоз шиш аниқланади. Беморлар кучанганда, йиғлаганда қовуқ девори яна ҳам кўпроқ бўртиб чиқади, бу ҳолда сийдик найлари тешигидан сийдик чиқариш ҳам кучаяди. Ҳосила атроф териси чақаланади. Кўпинча, экстрофия билан бир қаторда туғма чов чурраси, крипторхизм, сийдик чиқариш системасида ҳар хил нуқсонлар, қов симфизи битмаслиги, туғма сон чиқиши кузатилади.



21-расм. Тотал эписпадия ва сийдик копи экстрофияси (қиз болада).

22-расм. Тотал эписпадия ва сийдик копи экстрофияси (ўғил болада).

Давоси. Чақалоқ туғилган захоти экстрофияланган қовуқнинг шиллик қавати антисептик суюқлик билан обдон ювилади ва стерилланган салфетка билан ёпилиб, жарроҳлик бўлимига ўтказилиши зарур. Агар унда операцияга бошқа монеликлар бўлмаса, кичик чилласи чиқмасдан туриб, операция қилинади. Бунда шиллик қавати теридан ажратиб қирқилган (қовуқ девори), сийдик найлари катетерланган ҳолда бир-бирига олир келиниб тикилади. Симфизни келтириб тикиш қовуқ деворларининг таранглашувисиз бир-бирига тикилишини таъминлайди. Қовуқ шиллик қаватининг папилломатоз ўзгариши бу операцияни бажаришга бўлган катта монеликдир. Агар боланинг кичик чилласи чиқмасдан туриб, бу операция бажарилмаса, у вақтда бажарилажак операциялар 4 гуруҳга бўлинади.

1. **Реконструктив-пластик операциялар.** Қовуқ олд девори ва қорин девори нуқсонини маҳаллий тўқима ёки пластик материаллар ёрдамида тиклашни кўзда тутади.

2. **Цистосигмоанастомоз,** яъни қовуқ билан сигмасимон нчак ўртасида туташма хосил қилиш (24-расм). Бу операциядан кейин сийдик анал тешик орқали ажралади.

3. **Янгидан қовуқ пайдо қилиш.** Бунинг учун тўғри ичакдан қовуқ шакллантирилади. Ҳозирги пайтда асоратлари кўплигидан бу операция деярли қўлланилмайди.

4. **Сийдик йўлларини сигмасимон ичакка антирефлюкс механизм воситасида улаш.** Чақалоқлик пайтида операция қилинса ва имкон борича касалнинг ўз қовуғидан нуқсонни тиклаш операцияси бажарилса, натижа анча яхши бўлади.

Агар цистосигмоанастомоз бажарилса, ичакка сийдик тушишидан ва унинг қайта организмга сўрилишидан гиперхлоремик ацидоз ривожланади. Бу эса сув-туз алмашинувини созлашни тақозо этади. Вақт ўтиши билан сийдик таъсиридан ичак шиллик қавати ортиқча шилимшиқ ишлаб чиқарувчи қават билан қопланишидан сийдикнинг қайта сўрилиши камаяди ва натижада электролитлар алмашинувини созлашга ҳожат қолмайди. Цистосигмоанастомоз бўлган болаларни вақти-вақти билан экскретор урография қилиб турмоқ ҳамда пиелонефритнинг олдини олувчи чоратadbирларни ўз вақтида кўрмоқ зарур.

24-расм. Цистосигмоанастомоз (схема).



ҚОВУҚ ДИВЕРТИКУЛИ -Клиник жihatдан деярли безовта қилмайди. Бошқа сабаб билан урологик текширишда аниқланади (25-расм).

25- расм. Қовуқ дивертикули. Цистограмма.



Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни қўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинικο-лаборатор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.
8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ №7
ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ, ҚОРИН-ПАРДА ЎСИМТАСИНИНГ
РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, тарқатма материаллар.

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг ривожланиш нуқсонларини ўқитишнинг асосий принципи касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

- а) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг ривожланиш нуқсонлари патогенези, қискача эмбриогенезини.
- б) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг касалликлари ва нуқсонлари классификациясини
- в) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг клиник хос белгиларини
- г) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг диагностика ва дифференциал диагностикасини
- д) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг хирургик даво принципларини

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим::

- а) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг нуқсонлари бор беморлардан анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши
- б) кўриқдан ўтказа олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши
- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши
- г) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг нуқсонларини фарқлаб, ўқий олиши

талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

- а) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтасининг нуқсонлари асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилишини ўрганиш
- б) қорин олд девори, қорин-парда ўсимтаси нуқсонларининг клиник кўринишларини ўрганиш

машғулотни мустақил ўрганиши учун топшириқ:

- а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш
- б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш

- в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш
- г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш
- д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш

Уйга вазифа:

- а) корин олд девори, корин-парда ўсимтасининг нуқсонлари патогенези
- б) классификацияси
- в) клиник хос белгилари
- г) диагностика ва дифференциал диагностикаси
- д) хирургик даво принциплари.

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик - “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, педиатрия, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

Машғулотнинг мазмуни

Киндик чурраси. Қорин оқ чизиғи чурралари. Гастрошизис ва эмбрионал чурра. Қовуқ экстрофияси. Қоринпарда ўсимтасининг битмаслиги. Туғма чов чурралари (чов-ёрғоқ ҳамда чов-лабиал чурралар), мойк ва уруғ тизими парда истисқоси, Нуқк кистаси клиникаси, ташхисланиши, даволаш

Назарий қисм

Киндик чурраси - киндик халқаси апоневрозининг тўлиқ битмаслиги натижасида пайдо бўлиб, корин парда бўртиб чиқади, чурра халтасини хосил қилади, чурра ичида чарви, ичак қавузлоғи бўлади. Юмалоқ ёки овал шаклда, катталашган киндикка ўхшайди. Асосан эрта ёшдаги болаларда учрайди. Давоси: 4-5 ёшларнача ўзи битиши мумкин, 5 ёшдан сўнг ўзи даволанишига умид йўқ. Оператив даволаниб, чурра халтаси олиниб, апоневроз тикиб, бекитилади.

Қорин оқ чизиғи чурралари

Ўрта чизиқ бўйлаб киндик ва ханжарсимон ўсиқ орасида жойлашган апоневрознинг турли хил дефектлари натижасида юзага келади. Асосан катта ёшдаги болаларда учрайди. Тўш суяги ханжарсимон ўсиғидан киндикгача бўлган ораликда жойлашиб, параумбликал ва эпигастрал чурраларга бўлинади Қорин олд девори чурралари ичидаги салмоғи 1% ни ташкил қилиб, кўпинча 2-3 ёшдан кейин аниқланади. Чурра қисилиши жуда кам ҳолларда учрайди.

Давоси: оператив – чурра халтаси олиниб, нуқсон бартараф этилади.

“Эмбрионал” – киндик тизимчаси чурралари ёки омфалоцеле.

Эмбрионал ривожланиш жараёнида “физиологик эмбрионал чурра” босқичида ичаклар қорин бўшлиғидан ташқарига қисман ёки тўлиқ қолиши натижасида ҳар ўлчамли “эмбрионал” – “киндик тизимчаси чурралари” (“омфалоцеле”) пайдо бўлади.

Ташхислаш: Қийинчилик туғдирмайди, амнион, вартон қуйқасига ўралган ичак қовузлоқлари киндик халқасидан ташқарида турганлиги кўринади (1-2 расмлар).

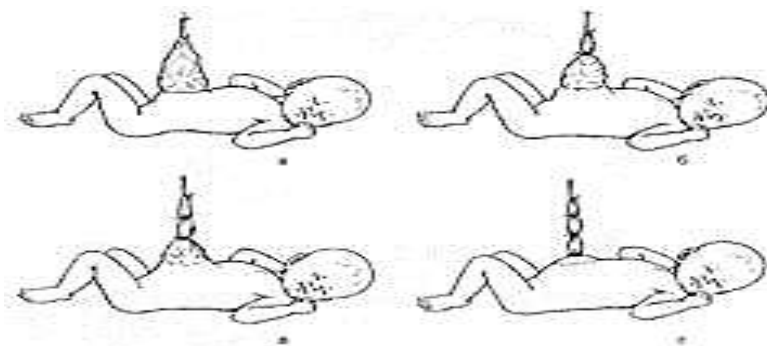
Киндик халқаси кенглиги ва чурра халси катталигига қараб эмбрионал чурралар қуйидагиларга бўлинади:

- Кичик – 5 см гача
- Ўрта – 10 см гача
- Катта 10 см дан катта



1-расм. кичик ўлчамли эмбрионал чурра. 2-расм. катта ўлчамли эмбрионал чурра
 Даволаш – оператив, кичик ўлчамли, асоратланмаган эмбрионал чурралар бемор хаётининг биринчи кунларидаёқ операция қилинади.

Асоратланган, катта хажмли эмбрионал чурралар чурра халтаси антисептиклар билан ишлов берилиб, эмбрионал чурраларни вентрал чуррага айланишига, яъни эмбрионал тўқималарнинг эпителизацияланишига эришилади, оператив даво имкони бўлмаса, маълум муддатга консерватив муолажалар олиб борилиб, ва: катта хажмли эмбрионал чурралар бемор ёши каттароқ бўлганида, 1 босқичда ёки бир неча босқичда (Гросс-Шустер босқичли усули) операция қилиниб, ичак қовузлоқлари қорин бўшлиғига тўғриланади (3-расм)



3-расм. Гросс-Шустер босқичли усулида даволаш схемаси

Гастрошизис

Таърифи: киндик ёнидан, қорин ўнг олд девори дефектидан қорин пардага ўралмаган ҳолда қорин бўшлиғи аъзоларининг ташқарига чиқишига айтилади. Гастрошизисда омфалоцеледан фарқли ўлароқ аъзоларни ўраб турувчи парда, чурра халтаси варқлари бўлмайди, қорин деворидаги нуқсон айнан қорин марказига тўғри келмайди.



4-расм. Гастрошизис.

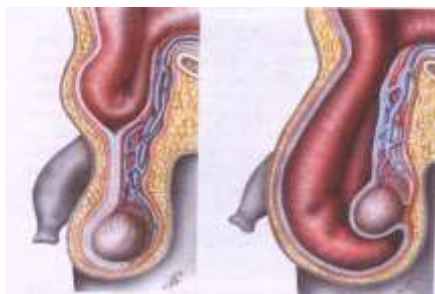
Чов ва чов-ёроқ чурралари

Чурра (*hernia*) – қорин бўшлиғи аъзоларининг қорин пардага ўралиб қорин олд деворидаги табиий ёки ортирилган тешиклар орқали чиқишига айтилади.

Чов канали орқали чурра маҳсулотларининг чов, чов-ёрғоқ соҳа тери остига чиқишига чов ва чов-ёрғоқ чурралари деб айтилади. Болаларда энг кўп тарқалган хирургик касалликлардан бири ҳисобланади. Ўнг томонлама чурра кўпроқ учрайди, ўғил болаларда, қиз болаларга нисбатан 2-3 бора кўпроқ кузатилади. Чурра кўпинча туғма бўлиб, қорин бўшлиғидан тухумчани ёрғоққа тушиш жараёнида ҳосил бўладиган қоринпарда вагинал ўсиғи битмаслиги сабабли ҳосил бўлади, вагинал ўсиғ 75% ҳолларда бола туғилган вақтда тўлиқ облитерацияга учрайди. Қолган ҳолларда ўсиғнинг тўлиқ ёки қисман битиши кузатилади. Чурра халтаси чов канали ичидан ўтганлиги сабабли туғма чурралар қийшиқ ҳисобланади. Ортирилган чов чурралари болаларда нисбатан кам учрайди. Жисмоний зўриқиш ёки қорин олд девори суст ривожланган болаларда ортирилган чурралар ҳосил бўлиши мумкин. Шунинг учун болаларда учрайдиган ҳамма чурралар туғма бўлиб, чов канали буйлаб тушади ва доимо қийшиқ бўлади. Болаларда тўғри чурралар жуда кам, истисно тариқасида бўлиши мумкин. Чурралар асосан икки—чов ва чов-ёрғоқ турида бўлади. Шундан чов-ёрғоқ чурралар чов йўлига фуникуляр ва тухумга тестикуляр бўлади. Чов қин ўсимтасининг юқори ва ўрта қисмининг очилиши ҳисобига фуникуляр чурра кўп учрайди. Тестикуляр чуррада қорин парда ўсимтаси бутунлигича очилиши ҳисобига пайдо бўлади ва у тухум чурра қопида бирга деб, баъзан хато баҳоланади, ҳолбуки у сероз парда билан ажралган бўлиб унинг ичига тақалиб туради. Болаларда чурра ҳосиласи ингичка ичак қовузлоғини, катта ёшларда эса чарвини ташкил қилади. Қиз болаларда эса у кўпинча тухумдон ва унинг найи, баъзан сигмасимон ичакда бўлиши мумкин. Баъзан йўғон ичак чарвиси узун бўлганлиги учун кўр ичак чиқиб қолиши мумкин. Бу ҳолат чурра қопи орқа деворининг йўқлиги учун сирпанувчи чурра бўлиб кечади.

ТУҒМА ЧОВ ЧУРРАЛАРИ

Қорипарда вагинал варақасининг битмаслиги ва чов канали кенгайганлиги туфайли қорин бўшлиғи аъзолари (ичак қовузлоқлари, чарви қисми) чов соҳасида бўртиб чиқади. Икки хил: чов (фуникуляр чурра) ва чов-ёрғоқ (тестикуляр чурра) турлари мавжуд (5-а; б расмлар). Туғма чов, чов-ёрғоқ чурралари “қийшиқ” чурра ҳисобланади. чурраҳосил бўлиши асосий сабаби, қорин ичи ва қорин девори орасидаги



динамик босимнинг бузилишидир.

5-расм, а-чов, б-чов-ёрғоқ чурралари.

Чурралар қуйидаги элементлардан иборат: Чурра дарвозаси, чурра халтаси, чурра маҳсулоти (ичак, чарви ёки қорин бўшлиғидаги ҳар қандай аъзо бўлиши мумкин)

Қисилмаган чов чурра клиникаси: Беморни чурра безовта қилмайди, чов соҳасида шиш, пальпацияда юмшоқ консистенцияли ҳосила пайпасланади. Чов канали ташқи дарвозаси кенглиги аниқланади. Қорин бўшлиғига тўғрилаганда ичакларни “жуқурлаб” товуш чиқариб, қорин бўшлиғига кетиши кузатилади. “Йўталда кўлга урилиш” симптоми мусбат бўлади.

Чов, чов-ёрғоқ чурралари клиник белгиларига қараб:

- Тўғриланадиган (чурра маҳсулоти енгил чиқиб - кирадиган)
- Тўғриланмайдиган (чурра халтаси деворига чурра маҳсулоти чандикли ёпишган)
- Қисилган (чурра маҳсулоти чурра дарвозаси соҳасида қисилиб, қон ва лимфа айланиши бузилиб, тўқималар некрози хавфи ортиб боради) чурраларга бўлинади.

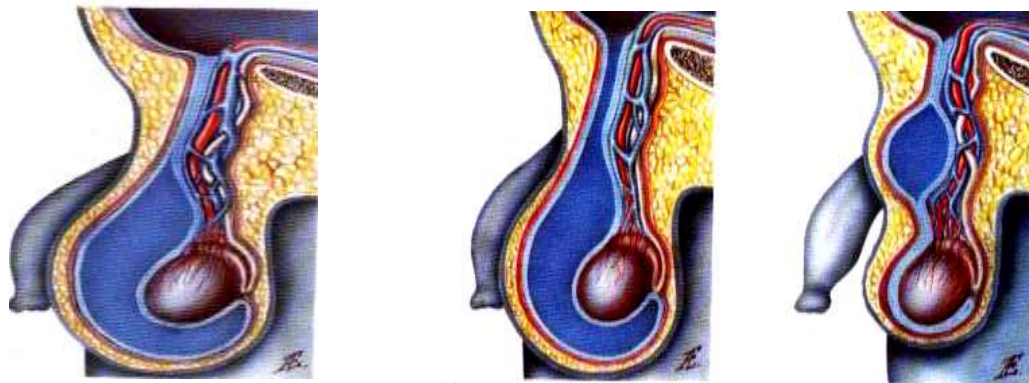
Чов, чов-ёрғоқ чурралари қисилиш механизмига қараб:

Эластик, ахлатли, қисман (ичак девори, сийдик қоғи девори -Рихтер қисилиш) Ретроград қисилиш (*hernia Maydl*) ёки W-симон қисилиш. Бунда ичак қовузлоғи тутқичи билан бирга қорин бўшлиғи ичида қисилиб, некрозланади. Меккел дивертикули қисилиши – Литтре чурраси дейилади

Даволаш принциплари: Чурраларни даволаш – оператив, яни радикал равишда чурра халтасини олиб ташлаш ҳисобланади. Чов канали олд деворини мустаҳкамлашга қаратилган пластик муолажалар, болаларда унчалик муҳим аҳамиятга эга эмас. Болаларда чов канали олд деворини мустаҳкамлаш учун Ру-Краснобаев, Мартинов усуллари қўлланилади.

ҚОРИН ПАРДАСИ ВАГИНАЛ ЎСИҒИ БЕКИЛИШ АНОМАЛИЯЛАРИ

Вагинал ўсимтасининг облитерацияланмаганлиги бу нуқсоннинг асосий сабабчисидир. Агар вагинал ўсимтасининг терминал қисми облитерация бўлмай қолса, гидроцеле - истиско келиб чиқади (6-расм). Проксимал қисмининг бекилиб кетмаслигидан эса уруғ тизимчасининг юқори қисмида суюқлик тўпланиши “фуникоцеле” ёки уруғ тизимчаси истисқоси деб айтилади. Агар облитерация уруғдон ва уруғ тизимчасининг бор бўйича рўй бермаган бўлса, бундай ҳолат қорин бўшлиғи билан боғланган, яъни туташган бўлади (7-расм). Бу туташган уруғдон истисқоси ёки гидрофуникулоцеле деб аталади. Вагинал ўсимтасининг ўртасида облитерация кузатилмаслигидан уруғ тизимчаси кистаси вужудга келади (8-расм). Гидроцеле ва фуникулоцеленинг келиб чиқишига қин ўсимтаси пардаси сўриш қобилятининг пасайиши ҳамда чов канади соҳасидаги лимфа томирларининг яхши ривожланмаганлиги сабаб бўлади. Катта ёшдаги болаларда гидроцеле уруғдон шикастланишидан ҳам келиб чиқади.



6-расм. туташмаган истиско. 7-расм. туташган истиско. 8-расм. Уруғ тизимчаси кистаси.

Клиникаси. Гидроцеле бир томонлама бўлса, ёрғоқнинг шу тарафи катталашади. У овал шаклда катталашган бўлиб, юзаси силлиқ бўлади. Ёрғоқ териси таранглаштирилиб қаралса, ҳосиланинг бироз кўкимтир ранга эга эканлиги кўринади. Гидроцеленинг пастки қутбида уруғдонни пайпаслаш мумкин.

Гидроцеленинг яна таранглашган ва таранглашмаган хиллари тафовут этилади. Таранглашган хилида ҳосила ичида мойқни пайпаслаб бўлмайди ва ҳосиланинг муҳити анча қаттиқ. Бу эса уруғдоннинг тезда атрофияланишига сабаб бўлади. Унинг таранглашмаган хилида эса ҳосиланинг муҳити эластик бўлиб, унинг ичида жойлашган уруғдонни бемалол пайпаслаш мумкин. Гидроцеленинг туташган хилида ҳосила жуда эластик бўлиб, у бармоқлар орасига олинса, суюқлик юқорига кўтарилиб, қорин бўшлиғига кетади ва ўсмасимон ҳосиладан асар ҳам қолмайди. Фақат ёрғоқ териси озгина шалвираб қолади, холос. Агар ёрғоқ қўйиб юборилса, юқоридан суюқлик аста-секин оқиб тушиши ҳисобига ҳосила яна пайдо бўлади. Уруғ тизимчаси

кистасида чов каналининг пастиди қаттиқ муҳитли ўсмасимон ҳосила қўлга уннайди. У одатда оғримайди ва ён томонларга кўпроқ силжийди.

Қиёсий таъхиси. Гидроцелени чуррадан фарқлаш керак. Чуррада кўкимтир рангли ҳосила кузатилмайди, қўл билан пайпаслаганда ичак муҳитини пайқаш мумкин. Қўлни қорин бўшлиғига киритилганда эса ичак ичидаги ҳавонинг қуриллаши аниқланади. Агар чурра ичида чарви бўлса, диққат билан қаралса қуйидаги манзарани кузатиш мумкин: ҳосила қорин бўшлиғига киритилганидан кейин чов соҳаси аввал дўппаяди ва ҳосила аста-секинлик билан ёрғоққа тушади; агарда туташувчи гидроцеле бўлса, бундай дўппайиш ёрғоқ тубидан бошланади, чунки суюқлик юқориданоқиб тушиб, ёрғоқ пастиди тўпланади. Гоҳида сиқилган чов чурраси билан уруғ тизимчаси кистасини фарқлаш ниҳоятда қийин бўлади. Чунки уруғ тизимчаси кистаси чов каналининг ички тешиги тўғрисида бўлса, бола йиғлаганида, кучанганида қорин бўшлиғи-да босим ошиши ҳисобига уруғ тизимчаси кистаси чов каналидан ташқарига чиқади ва худди сиқилиб қолган чуррани эслатади. У ҳолда фарқлашнинг иложи бўлмаса, таъхис сиқилган чурра фойдасига ҳал қилинади ва операция ўтказилади.

Давоси. Хирургик усул билан даволанади. Бола 3 ёшдан ошгандан сўнг бажарилади. Туташмаган гидроцеледа Винкельман усулидаги операция қилинади. Бунда уруғдон қин ўсимтаси пардасини кесиб, пардани уруғдон атрофидан ажратган ҳолда ағдарилади ва чокланади. Фуникулоцеледа эса кистани атроф тўқимадан ажратиб, кесиб олиб ташланади. Туташган гидроцеледа Росс операцияси бажарилади. Нукка кистаси – қиз болаларда чов каналига бачадон бойлами туташган, агар шу ерда қорин парда қисми суюқлик билан чиқса, у Нукки кистаси дейилади. Клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари уруғ йўли кистасидан деярли фарқ қилмайди.

Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни қўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинικο-лабаратор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.
8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ №8

ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ НУҚСОНЛАРИ

Машғулот ўтказиш жойи – кафедра, хирургия бўлими, қайта боғлаш хонаси, рентген кабинет, мультимедия маркази, ўқув хонаси, операция хонаси.

Машғулот жихозланиши– таблицалар, слайдлар, видеофрагментлар, мультимедиялар, беморлар, таркатма материаллар.

Машғулот мақсади: Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида Ташқи жинсий аъзоларининг ривожланиш нуқсонларини ўқитишнинг асосий принципи касалликни аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали таъхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган.

ЎҚУВ – талаба билиши лозим:

а) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари ва нуқсонлари патогенези, қискача эмбриогенезини.

б) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари ва нуқсонлари классификациясини

в) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари нуқсонлари клиник белгиларини

г) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари диагностика ва дифференциал диагностикасини

д) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари хирургик даво принципларини

АМАЛИЙ – талаба бажара олиши лозим:

а) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари ва нуқсонлари бор беморлардан анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиши

б) кўриқдан ўткази олиши ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиши

в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиши

г) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари фарқлаб, ўқий олиши

талаба индивидуал шуғулланиши учун топшириқ:

а) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари асосий клиник белгиларини касаллик тарихида ёритилишини ўрганиш

машғулотни мустақил ўрганиши учун топшириқ:

а) анамнез йиғиш ва уни тўғри талқин қила олиш

б) беморни кўриқдан ўтказиш ва касаллик асосий белгиларини фарқлай олиш

в) бирламчи ташхислаши ва уни асослай олиш

г) текшириш ва даволаш режасини туза олиш

д) операция олд тайёргарлиги ва операция режасини тузиш

Уйга вазифа:

а) Ташқи жинсий аъзолари туғма касалликлари патогенези

б) классификацияси

в) клиник хос белгилари

г) диагностика ва дифференциал диагностикаси

д) хирургик даво принциплари

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик - “болалар жарроҳлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жарроҳлиги, педиатрия, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жарроҳлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жарроҳлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

Машғулотнинг мазмуни

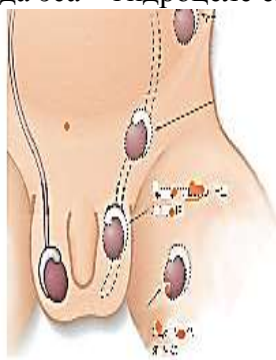
Моякларнинг ривожланиш нуқсонлари. Анорхизм. Монорхизм. Мояк агенезияси ва аплазияси. Полиорхизм. Крипторхизм. Мояк эктопиялари.

Варикоцеле. Фимоз ва парафимоз. Гипоспадия ва Эписпадия. Гематокольпос ва гематометра.

Назарий қисм

Қоринпарда вагинал ўсимтаси ва тухумчалар эмбриогенези - Тухумчалар эмбрионал ривожланишнинг 4-6 ҳафтасида қоринпарда ортида бел соҳасида шаклланиб, аста-секинлик билан ёрғоққа қараб интилади, улар ўз йўлида “қорин парда ортиғи – гунтер чандиғи” ортидан келади. Қорин олд деворини чов соҳасида тешиб ўтиб, чов каналини ҳосил қилади. Чақалоқ туғилганида тухумчалар ёрғоқда бўлиши лозим. “Қорин парда ортиғи – гунтер чандиғи” ўзи билан қорин парда варқаларини олиб тушади, ушбу варақалар “қорин парда қин-вагинал ўсиғи” деб юритилади. Тухумчалар ўз йўлидан адашиши - тухумчалар эктопиясига, йўлда туруб қолиши - крипторхизмга, тухумчалар ривожланишдан ортда қолиши – гипоплазия,

бўлмаслигига – агенезия ёки аплазия сабаб бўлади. Вагинал ўсиғ битмаслиги натижасида эса – гидроцеле ёки чов чурралари келиб чиқади.



1-расм. Тухумчалар эмбрионал ривожланиши даврида ёрғоққа қараб интилиши.

АНОРХИЗМ

-жинсий тухумчаларнинг эмбрионал ривожланиш давридан бўлмаслиги. Чақалок туғилганидан сўнг ҳам тухумчаларнинг ёрғоқда, тушиш йўлларида умуман бўлмаслиги анорхизм дейилади. Анорхизм кўпинча икки ёки бир томонлама буйраклар агенезияси ёки аплазияси билан келади. Ёрғоқда тухумчалар аниқланмайди, беморда эндокрин ўзгаришлар бўлиши мумкин, эндокрин гармонлар билан даволашга ҳаракат қилинади.

МОНОРХИЗМ

ёрғоқда ягона тухумчанинг бўлиши, бир томонлама тухумча аплазияси, агенезияси, даволанмаган крипторхизмда кузатилади. Ягона тухумча кўп ҳолларда “викар” гиперторфияга учрайди. Монорхизм ҳосил бўлишига буйраклар ва жинсий безларнинг бирламчи эмбрионал шакллани давридаги ўзгаришлар сабаб бўлади.

Полиорхизм - Ёрғоқда иккидан ортиқ тухумча аниқланади. Беморни базовта қилмайди.

ТУХУМЧА ГИПОПАЗИЯСИ

Крипторхизм билан биргаликда учрайди. Икки томонлама гипоплазия ҳолатларида эндокрин ўзгаришлар кузатилади. Беморлар адипозогенитал семиришдан азият чекишади, жинсий ривожланишдан орқада қолишади. Эндокринолог билан биргаликда даволанади.

МОЯК ЭКТОПИЯЛАРИ

- Тухумча қорин ортидан ёрғоққа тушиш жараёнида ўз йўлидан “адашиб”, ёрғоққа тушмаса, қов, сон, чов ёки оралиқ сохаларида аниқланса тухумча эктопияси дейилади (2-расм). Давоси: оператив-тухумчани ёрғоққа тушириш.



2-расм. оралиқ эктопияси.

КРИПТОРХИЗМ

- юнон сўзидан олинган бўлиб, яширинган уруғдон деган маънони англатади. Бу касалликда бир ёки иккала уруғдон антенатал даврда ёрғоққа тушмай, қорин бўшлиғи ёки чов каналида тутилиб қолади. Кўпроқ уруғдоннинг чов каналида тутилиб қолиш ҳоллари учрайди. Крипторхизмнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

- 1) бел соҳаси крипторхизми;
- 2) қорин соҳаси крипторхизми;
- 3) чов канали крипторхизми;

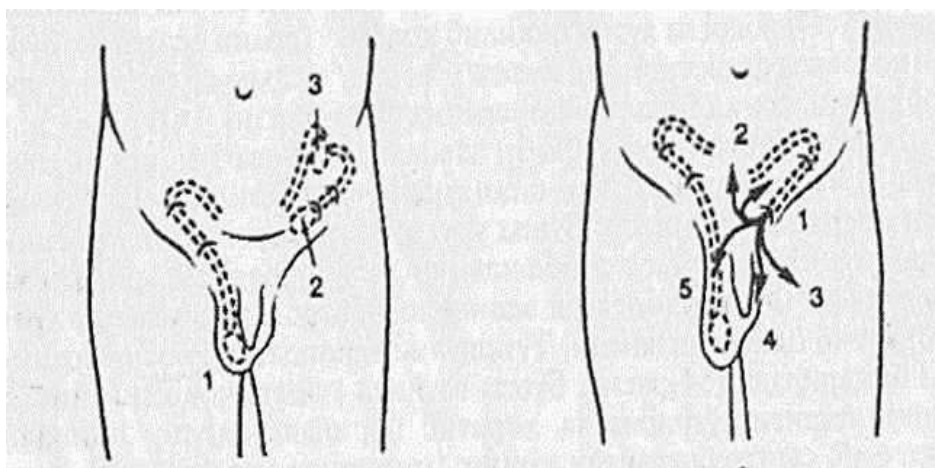
4) чов крипторхизми (3-расм).

Этиопатогенези. Бу нуқсоннинг келиб чиқиши тўғрисида кўпгина назариялар мавжуд. Уларнинг орасида кўпчилик томонидан тан олингани куйидагилардир:

1. Механик назария. Уруғдоннинг ушланиб қолиши унинг ривожланишидаги жараёнида атроф тўқималар билан бўлган ўзаро алоқанинг бузилишига боғлиқ. Унинг ёрғоққа тушиш йўли чандиклар билан бекилиб қолиши мумкин.

2. Эндокрин назария. Бу назарияга биноан, гипофиз стимуляциясига уруғдонлар тўғри жавоб бера олмайди.

3. Генетик назария. Айрим олимлар томонидан генетик омилларнинг крипторхизмнинг келиб чиқишидаги ахамияти тан олинган. Юқоридагилардан келиб чиқиб шуни айтиш мумкинки, крипторхизм полиэтиологик хусусиятга эга.



3-расм. Крипторхизмнинг турлари (схема)

Клиникаси. Бир ва икки томонлама крипторхизм фарқ қилинади. Бир томонлама крипторхизмда тегишли томоннинг ёрғоғи етарли равишда ривожланмаган ва унинг ичида уруғдон қўлга уннамайди. Икки томонлама крипторхизмда эса ёрғоқнинг икки тарафи ҳам ривожланмаган. Уруғдон (уруғдонлар) чов каналида ёки чов канали ташқи тешиги тўғрисида қўлга уннаши мумкин. Агар уруғдонлар қорин соҳасида жойлашган бўлса, пальпацияда умуман ҳеч нарса сезилмайди. Чов каналида жойлашган уруғдон кам-ҳаракат бўлиб, озгина тортиши мумкин бўлган ҳосила тариқасида қўлга уннайди. 5—10 фоиз беморларда крипторхизм билан бирга эндокрин функция ҳам издан чиқади. Бу айниқса икки томонлама крипторхизмда кўпроқ кузатилади. 25 фоиз беморларда эса чов чурраси учрайди.

Давоси. Крипторхизм патогенезининг эндокрин назарияси тарафдорлари бу хасталикни илк бор консерватив усул—гормонлар ёрдамида даволаш лозим, деб айтадилар. Аммо кўпчилик клиницистлар ҳар бир беморга хусусий ёндошиш лозимлигини уқтирадилар. Умуман, крипторхизмнинг икки томонлама бўлиши, бир томонлама бўлган ҳолда ҳам эндокрин бузилишлар билан биргаликда учраши гормонал терапия учун кўрсатма ҳисобланади. Бундай ҳолларда беморларга гонадотропин хориогенинни 10 ёшгача бўлган болаларга 500-1000 ДБ (доза бирлиги), 10 ёшдан катталарга эса 1500 ДБ да, ҳафтада икки марта ва бир ой давомида буюрилади. Бу даволашдан ижобий натижа олинса, муолажа курси 3 ойдан кейин яна такрорланади. Агар ижобий ўзгариш бўлмаса, операция қилиш лозим.

Операция икки босқичда ўтказилади: биринчи босқичда уруғдон пастга туширилиб, ёрғоқ деворчасига фиксацияланади. Иккинчи босқичда сон фасциясига маҳкамлаб қўйилади. Икки босқичлик операцияга Байл—Китл операцияси мисол бўлади. 1-босқичда уруғдон ёрғоққа туширилади ва сон соҳасидаги фасцияга маҳкамланади. 2-босқичда эса уни сон соҳасидан ажратиб, ёрғоққа жойлаб, сон ва ёрғоқдаги тери жароҳатларига чок қўйилади. Соколов усулида орхидопексия усули

амалиётда кенг қўлланилади, ушбу усулда уруғдон ёрғоққа туширилгач, ипак ип билан сонга вақтинча лейкопластир ёрдамида фиксация қилинади. Крипторхизмни операция йўли билан даволашда уруғдоннинг шикастланишларга жуда ҳам сезгир эканлигини инобатга олиш лозим. Операция пайтида қўпол ҳаракатлар қилиш натижасида уруғ йули, қон томирлари жароҳатланиши мумкин.

Варикоцеле. Уруғ тизимчаси вена томирларининг кенгайиши *варикоцеле* деб аталади (5-расм).

Этиопатогенези. Хасталик ривожланишида уруғдон веналарида босимнинг кўтарилиши ҳамда томирлар тонусининг пасайиши кат-та аҳамиятга эга. Уруғ тизимчаси атрофи пардасининг заифлиги ҳам варикоцелега мойиллик туғдиради. Чап уруғдон венасида бо-сим кўтарилишининг сабаби, унинг буйрак венасига маълум бурчак остида қўшилиши ҳамда буйрак венасининг ўзига хос торайишидир. Бу ҳол варикоцеленинг чап томонда учрашига сабаб бўлади.

Клиникаси. Ривожланиш даражасига боғлиқ. Бошланиш даврида шикоятлар бўлмайди. Касаллик ривожланган сари уруғдон, уруғ тизимчаси, чот ораси ва чов канали томонларида оғриқ пайдо бўлади. Ёрғоқдаги оғриқ юк кўтарганда кучаяди. Қараб кўрганда ёрғоқ териси ва уруғдон кўпроқ осилганлиги, тери остидаги уруғ тизимчаси веналари тугунлашганлиги ва кенгайганлиги аниқланади. Пайпаслаганда уруғ найчаси ва унинг вена томири қалинлашган, чувалчангсимон ва хамирсимон кўринишда бўлади. Айрим беморларда варикоцеле томонида гидроцеленинг бошланиш белгилари ҳам кузатилиб, чов каналининг ташқи тешиги бирмунча кенгайган бўлади. Варикоцеле ривожланишига кўра 3 даражага бўлинади:

1. Бунда уруғ тизимчаси соҳасида вена томирлари кенгайган бўлади.
2. Бундай ўзгариш уруғдон пастки қутбигача етади.
3. Варикоз кенгайган вена томири конгломератга айланиб, ёрғоқ соҳасини эгаллайди.



4-расм. варикоцеллида оператив даво принципи.



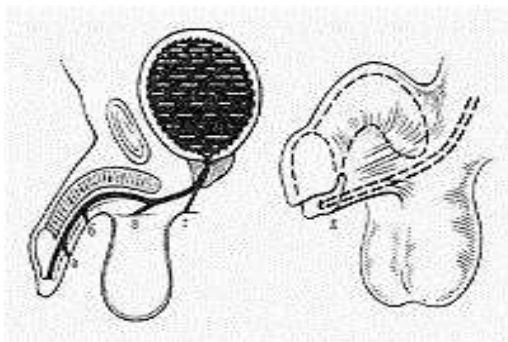
5-расм. ангиография, тухумча веналарининг кенгайиши.

Давоси. Варикоцеле туфайли уруғдон веналарида қон димланади, натижада уруғдонда трофик ўзгаришлар вужудга келиб, бу эса фарзандсизликка олиб келади. Шунинг учун варикоцеленинг иккинчи босқичида операция қилиш мақсадга мувофиқдир. Асосан Иванисевич операцияси қўлланади (4-расм). Бундай усулда операция ўтказилганда буйракдан уруғдонга қоннинг ретроград оқиб келиши тўхтайдди. Бунинг учун уруғдон венаси бойланади. Операцияда рецидив 28 фоизгача кузатилади, бу асосан буйрак ва уруғдон орасидаги бошқа кичик веналарнинг боғланмай қолиши туфайли рўй беради. Шу сабабли ҳам Паломо нафақат уруғдон венасини, балки уруғдон артериясини ҳам боғлашни таклиф қилган. Бу операция кўп ҳолларда гидроцеле бериши, чунки қон томирлари билан лимфа томирлари ҳам боғланиши мумкин. Шунинг учун А.П.Ерохин операциядан олдин уруғдон оқчил қавати тагига 0,3—0,2 мл 0,4 %ли индигокармин ёки 0,5 %ли Эванс эритмаларидан юборишни таклиф қилади. Шундай қилинганда артерия ва вена қон томирлари билан биргаликда йўналган лимфа томирлари кўк рангда бўлиб, яхши кўринади ва улар чокка олинишдан истисно бўлади.

ГИПОСПАДИЯ

Гипоспадия ўғил болаларда тез-тез учраб турадиган туғма нуқсон бўлиб, қизларда жуда кам аниқланади. Кейинги йиллардаги маълумотларга кўра, ҳар 300 та чақалоқнинг бирида гипоспадия қайд этилади. Гипоспадияда уретранинг олд деворининг бўлмаслиги, сийдик чиқариш канали ташқи тешигининг қисман ёки олат воляр юзасининг турли жойларида бўлиши кузатилади. Гипоспадия пайдо бўлишида эмбрион билан она ўртасидаги гормонлар дисбаланси катта аҳамиятга эга. Бу ҳол ҳомиладорликнинг бошланиш даврида рухий шикастланишлар сабабли аниқланади (6-расм).

Таснифи. Гипоспадиянинг *олат боши; тана; тана-ёрғоқ; ёрғоқ ва оралик* шакллари фарқ қилинади. Бундан ташқари, касалликнинг *«гипоспадиясиз гипоспадия»* деб аталувчи тури ҳам бўлиб, баъзан у уретранинг туғма калталиги, деб ҳам юритилади (6-расмда кетма-кет кўрсатилган).



6-расм. гипоспадия ва унинг турлари.

Клиникаси. Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги олат боши чўққисидан бўлмай, олат тож эгати ёки танасининг турли жойларида ҳамда ёрғоқ ва ораликда бўлса, буни гипоспадия, деб тушунмоқ керак. Бунда уретра тешигининг қай жойда жойлашганлигига нисбатан шакли аниқланади. Шуниси муҳимки, гипоспадия тешигидан то олат бошигача хорда тортқиси ва фиброз чандиқлар мавжуд бўлиб, улар олатнинг воляр юза томонга эгилишини таъминлайди. Шунинг учун ҳам гипоспадияга учраган олат худди вергулга ёки ўроққа ўхшаб эгилади. Йиллар ўтиши билан ғовак таналар ўсаверади, бироқ хорда тортқиси ва фиброз чандиқлар узунлиги ўзгармасдан қолаверади. Шу сабабли ҳам олатнинг эгиклиги тобора ортаверади. Мана шу эгиклик туфайли гипоспадиянинг ёрғоқ, тана-ёрғоқ ва оралик турларида болалар ўтириб сийишга мажбур бўладилар.

Гипоспадиянинг олат боши шаклида кўпинча уретра ташқи тешигининг стенози ҳам кузатилади. Вақтида уни бартараф қилмаслик натижасида юқори сийдик чиқариш йўллари кенгайиши ҳамда *уретерогидронефроз* ривожланиши мумкин.

Гипоспадиянинг оралик шаклида бир ёки икки томонлама крипторхизм ҳам қайд этилади. Шунини алоҳида таъкидламоқ лозимки, гипоспадиянинг бу шаклида ёрғоқ ҳам иккига бўлинган бўлиб, улар катта ҳаё лабларини эслатади. Натижада бола туғилган пайтида эътибор билан қарамаслик оқибатида, уларнинг жинси нотўғри белгиланади ва тарбия ҳам шунга яраша бўлади. Баъзан, ташхисни тўғри қўйиш учун жинсий хроматинлар

текширилади, хромосомалар аниқданади ва, ниҳоят, лапароскопия ёрдамида тухумдон ёки уруғдон бор ёки йўқлиги текширилади.

- Давоси.** Гипоспадияни даволашда асосан учта қоидага риоя қилинади. 1. Гипоспадия тешиги стенозини бартараф қилиш.
2. Олат эгрилигини тўғрилаш.
3. Уретранинг етишмаган қисмини тиклаш.

Гипоспадия тешиги стенозини бартараф қилиш мустақил равишда амалга оширилиши ёки биринчи босқич операция билан биргаликда ҳам бажарилиши мумкин. Олатни тўғрилаш—биринчи босқич операцияси бўлиб, бунда олат воляр юзасидаги хорда тармоқлари ва фиброз чандиқлар олиб ташланиб, олат эгрилигига барҳам берилади. Бу операция 1—2 яшарликда бажарилгани маъқул. Иккинчи босқич операцияси—уретропластика деб аталади. Одатда бу операция 3—4 ёшларда амалга оширилади. Албатта, бунда олатнинг ривожланганлик даражасини ҳисобга олиш керак. Энг асосийси, уретропластика куйидаги талабларга жавоб бериши керак:

1. Олат эрекция бўлганида, у эгик бўлмаслиги шарт.
2. Уретранинг ташқи тешиги олат бошида бўлиши зарур.
3. Уретранинг ташқи тешиги етарли даражада кенг бўлиб, сийишда сийдик оқимининг эркин чиқишини таъминлаш керак.

Ҳозирги пайтда гипоспадияни бартараф этишнинг 200 дан ортиқ усуллари мавжуд. Амалий жиҳатдан кўпроқ Дюплей, Броун, Ландерер усуллари қўлланилмоқда. Бир босқичли операция усуллари (Хатсон, Дуккет, Хортон—Девине, Ж. Бекназаров) ҳам жорий қилина бошланди.

ЭПИСПАДИЯ

Бунда сийдик чиқариш каналининг дорсал девори йирилиб, олат ғовак таналари ҳам бир-бири билан зич ёпишмаган бўлади.

Таснифи. *Ўғил болаларда* куйидагича: олат боши эписпадияси; тана эписпадияси; тотал эписпадия (7-расм) бўлади.



7-расм. тотал эписпадия.



8-расм. тотал эписпадия ва экстрофия.

Олат боши эписпадиясида уретра йирилиб, дорсал девори фақат олат бошида бўлмайди, тана эписпадиясида эса бу ҳол олат танасида кузатилади. Тотал эписпадияда сийдик чиқариш каналининг барча қисмида уретранинг дорсал девори бўлмайди, бу ҳол ковуқ сфинктерида ҳам аниқланиши мумкин. Шунинг учун тотал эписпадияда кўпинча сийдик тута олмаслик ҳам қайд этилади.

Қиз болаларда: клитор; субсимфизар; тотал эписпадиялар фарқ қилинади.

Клиникаси. Асосан эписпадия шаклига боғлиқ. Олат боши эписпадиясида сийдик чиқариш каналининг тешиги олат боши асосида жойлашган бўлиб, олат боши ҳам яссиланган. Сийиш жараёни бузилмаган, лекин сийдик турли томонга сачрайди. Эрекцияда олат танаси оз ёки кўпроқ қорин тарафга эгилган бўлади.

Тана эписпадиясида уретра тешиги олат танасида жойлашади. Қов суяклари ҳам симфиздан узоқлашган, қориннинг тўғри мушаги йўқ ёки кам ривожланган. Олат эрекцияланганида қорин тарафга анча эгилади. Айрим ҳолларда бола кулганда, кучанганда

сийдик томчилайди. Сийиш пайтида бола тиззасига суянади (сийдик сачрамаслиги учун). Одатда атроф териси чақаланган.

Тотал эписпадияда уретранинг дорсал девори бўлмайди, олат ҳаддан ташқари эгилган бўлади. Қов суяклари бирлашадиган симфиз соҳасида даҳансимон тешик бўлиб, ундан тўхтовсиз сийдик чиқиб туради. Айрим ҳолларда қовуқ шиллиқ қавати ҳам шу тешикдан кўринади. Қов суяклари орасидаги диастаза 8—12 см гача боради. Бемор «ўрдак юриш» килиб юради. Ёрғоқ ривожланмаган, унинг атроф ва сон терилари чақаланган. Эписпадияга дучор бўлган беморларда крипторхизм, юкори сийдик йўллари нуқсонлари ҳам кузатилади.

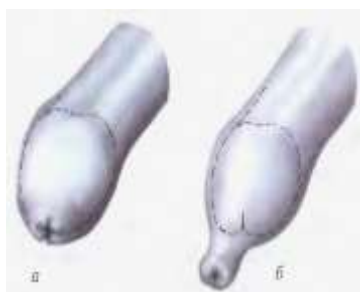
Эписпадиянинг клитор шаклида клитор иккига бўлинган бўлиб, унинг устида уретранинг ташқи тешиги очилади. Сийдик чиқариш жараёни бузилмаган. Бу нуқсоннинг амалий аҳамияти йўқ. Ҳасталикнинг субсимфизар шаклида эса клитор тўлиқ бўлинган, катта ва кичик ҳаё лаблари ўртасидаги олд битишма бўлмайди. Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги даҳансимон бўлиб, қовуқ сфинктери ҳам қисман бўлинган, шунинг учун ҳам сийдик тута олмаслик кузатилади. Симфиз ажралмайди.

Тотал ёки ретросимфизар шаклида сийдик канали ва қовуқ бўйни олд сегменти бўлмайди. Уретра худди тарновга ўхшайди. Доимо сийдик оқиб туради. Ҳаё лаблари ва симфиз тўлиқ айрилган, қорин тўғри мускули ҳам бўлинган бўлади.

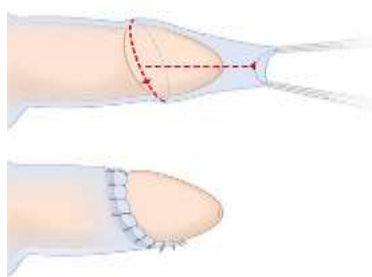
Давоси. Эписпадиянинг олат боши ва клитор турларида даво тадбирлари кўрилмайди. Тана ва тотал шаклидаги эписпадияларни операция қилиш зарур. Агар сийдик тута олмаслик аниқланса, энг аввало шу нуқсонни бартараф этиш лозим. Уретрани тиклашда Юнг, Тирш ва Дюплей—Тирш операциялари бажарилади.

Фимоз

Олат кертмак тешигининг торайишига айтилади. Бунда беморлар сийишдан қийналишади. Одатда кичик ёшдаги болаларда (3—4 ёшгача) кертмак гипертрофия ҳолатида бўлиб, у олат бошчасини тўлиқ ёпиб туради. Кертмак олат бошчаси билан нозик эмбрионал синехия орқали ёпишган. Синехия смегма тўпланишига сабаб бўлиб, смегма эса микроблар учун тайёр озик ҳисобланади. Шу сабабли кичик ёшдаги болаларда гигиена талабларига риояга қилинмаса, яллиғланиш—баланопоститга олиб келади. Натижада бу соҳада иккиламчи кўшимча тўқималар пайдо бўлиб, кертмак тешиги янада тораяди. Болалар сийганда кертмак бўшлиғи кенгаяди, сийдик эса ин-гичка оқимда чиқади, айрим болаларда эса томчилайди. Олат боши кертмак тешигидан ташқарига чиқмайди. Оқибатда сийиш жараёнида кертмак шишиб бўртади. Морфологик структурасига қараб гипертрофик ва атрофик фимоз фарқ қилинади (9-расм).



9-расм. а-атрофик, б-гипертрофик фимоз.



10-расм. циркумцеция операцияси.

Биринчисида кертмак ҳаддан ташқари кўп, иккинчисида эса у олат бошчасига ёпишган бўлади. Фимоз натижасида сийиш бузилиши, сийдик йўллари яллиғланиши (цистит, пиелонефрит) мумкин.

Давоси. Физиологик фимоз бўлса, одатда бола бир ёшга киргунча ҳеч қандай даво талаб қилинмайди. Агар тож эгати бўйлаб смегма тўпланиб қолган бўлса, синехияни эҳтиётлик билан олат бошидан ажратиб, смегма олиб ташланади ва олат боши стерилланган вазелин

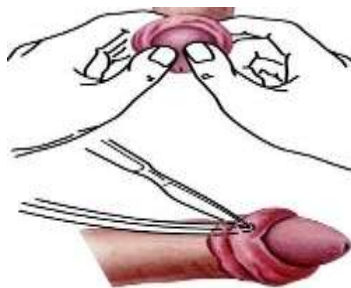
мойи билан ёғланиб, яна ўзининг жойига қайтарилади. Шундан кейин 4—5 кун давомида олат бошини чиқариб, 0,1% ли калий перманганат эритмаси билан ванна қилинади. Ванна охирида препуциал халтачага вазелин ёғи томизилади. Агар ушбу даволар ўз таъсирини кўрсатмаса ва смегма яна тўпланиб, кертмак тешиги торайиб қолаверса, кертмак кесиб олиб ташланади-циркумцезия қилинади (10-расм).

Парафимоз

Кертмак тешиги торайганлиги туфайли олат бошчасининг сиқилиб қолиши *парафимоз* деб юритилади (11-расм). Бунда олат бошчаси шишиб, сийиш қийинлашади, оғриқ пайдо бўлади. Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, кертмакнинг сиқиб қўйган ҳалқаси некрозга учраши, ҳатто олат боши чириб тушиши ҳам мумкин.



11-расм. парафимоз.



12-расм. парафимозни консерватив ва оператив даволаш

Давоси: Консерватив даволаниб, олат бошчаси тўғрилашга ҳаракат қилинади (12-расм, юқориси).

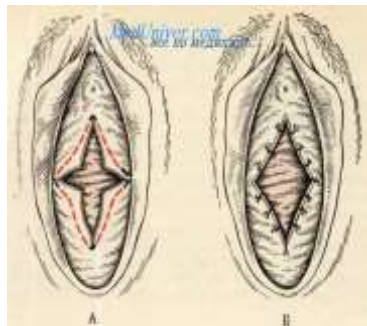
Консерватив муолажалар ёрдам бермаса, умумий оғриқсизлантириш остида шошилишч “циркумцезия” қилинади (12-расм, пасткиси).

Гематокольпос ва гематометра

Балоғат ёшига етаётган қиз болаларга хос бўлган ҳолат ҳисобланади. Қизлик – ҳаё пардасида табиий тешик бўлмаслиги (*hymen imperforatus*) натижасида менструал қоннинг қинда ёки бачадонда тўпланиб қолиши билан характерланади-гематокольпос (11-расм). Гематометра-қин атрезиясида менструал қоннинг бачадонга йиғилиб қолиши. Қизлик пардасининг (қиннинг) тўлиқ берклиги менструация бошланмасидан олдин ҳеч қанақа клиник белги намаён қилмайди. Менструация бошланиши билан менструал қон қинда тўпланиб қолади, беморни бир неча кун қоринни пастки соҳасида оғриқ безовта қилиши мумкин. Орадан бир қанча вақт (1-2 ой) ўтгач беморда яна қорнида оғриқ, кўнгли айниши, ҳолсизлик, баъзида қусиш безовта қилади. Ушбу шикоятлар узвийлик –(цикли) бўлиб, ҳар циклдан сўнг бемор аҳволи ёмонлашади. Натижада беморни болалар хирургига олиб келишади. Кўрганда умумий аҳволи нисбатан қониқарли, қоринни пастки соҳасида юмшоқ, эластик “ўсмасимон” ҳосила пайпасланади. Бимануал текширганда ҳам ҳосила аниқланади. Унинг катталиги ва ҳажми менструал циклни қанчадан бери давом этаётганлиги билан боғлиқ. Ультратовушли текширишда кичик чаноқ соҳасида ҳосила борлиги аниқланади. Визуаль текширганда ҳаё лаблари орасидан бўртиб турган, қонга тўла қизлик пардасини кўриш мумкин (13-расм). Қин атрезиясида эса сўнги ҳолат кузатилмайди.



13-расм.
гематокольпос.



14-расм. гематокольпосда
һутепни “хочсимон”
кесиш.

Даволаш. Оператив – хочсимон кесиб, қон чиқариб юборилади (14-расм). Қин атрезиясида клиник белгилари гематокольпосга ўхшаш бўлади, оператив давосида эса мураккаб микрохирургик – пластик операция бажарилиши лозим.

Назорат саволлари:

1. Касалликни таърифлаб беринг.
2. Касалликни этиопатогенезини тушунтириб беринг.
3. Касалликни асосий клиник белгиларини таърифланг.
4. Касалликни қўшимча клиник белгиларини айтинг.
5. Касалликни клинко-лабаратор текшириш усулларини таърифланг.
6. Касалликни специфик – инструментал текшириш усулларини айтинг.
7. Касалликни қиёслаш лозим бўлган касалликларни айтинг.
8. Касалликни диагностикаси.
9. Касалликни даво усуллари.
10. Касалликни реабилитацияси.

“Болалар хирургияси” фанидан талабалар мустақил ишини ташкил этиш ва назорат қилиш бўйича ЙЎРИҚНОМА

ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ ИШЛАРИНИНГ ТЕМАТИК РЕЖАСИ

т/р	Мавзулар мазмуни	соат
1	Буйраклар аплазияси, агенезияси, гипоплазияси; сийдик найи ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари;	2
2	Буйраклар жойлашиш, сон, ўзаро боғлиқлик ва таркиби аномалияси;	2
3	параумбликал чурра; туғма вентрал чурра;	3
4	киндик оқмалари: тўлиқ ва нотўлиқ;	3
5	Меккел дивертикули; ичак найини иккиланишлари (кистоз, дивертикулли, найли шакллари);	3
6	туғма ўсмалар: тератома, нефробластома, нейробластома, лимфогранулематоз, лимфосаркома.	3
жами:		16 с

Талаба мустақил иши (ТМИ) – муайян фандан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини талаба томонидан фан ўқитувчиси маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Талабалар мустақил ишларининг шакли ва ҳажмини белгилашда қуйидаги жиҳатлар эътиборга олиниши лозим:

- ўқитиш босқичи;
- муайян фаннинг ўзига хос хусусияти ва ўзлаштиришдаги қийинчилик даражаси;

- талабанинг қобилияти ҳамда назарий ва амалий тайёргарлик даражаси (таянч билими);
- фаннинг ахборот манбалари билан таъминланганлик даражаси;
- талабанинг ахборот манбалари билан ишлай олиш даражаси.

Мустақил иш учун бериладиган топшириқларнинг шакли ва ҳажми, қийинчилик даражаси семестрдан-семестрга кўникмалар ҳосил бўлишига мувофиқ равишда ўзгариб, ошиб бориши лозим. Яъни, талабаларнинг топшириқларни бажаришдаги мустақиллиги даражасини аста-секин ошириб, уларни топшириқларни бажаришга тизимли ва ижодий ёндашишга ўргатиб бориш керак бўлади.

Болалар касалликлари ва неонатология кафедрасида ТМИни ташкил қилишда талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш йулга қўйилган:

- фаннинг айрим мавзуларини ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаш;
- амалий, семинар ва лаборатория машғулотларига тайёргарлик кўриб келиш;
- маълум мавзу бўйича реферат тайёрлаш;
- ҳисоб – китоб ва график ишларини бажариш;
- макет, модел ва бадий асарлар устида ишлаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммонинг ечимини топиш, тест, мунозарали саволлар ва топшириқлар тайёрлаш;
- илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш;
- амалий мазмундаги ностандарт вазиятли масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш;
- клиникада навбатчилик қилиш, касаллик тарихи ёзиш;
- уй вазифаларни бажариш ва бошқалар.

Фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда талабаларга мустақил иш учун бошқа шакллардаги вазифалар ҳам топширилиши мумкин. Талабаларга қайси турдаги топшириқларни бериш лозимлиги кафедра томонидан белгиланади. Топшириқлар пухта ўйлаб ишлаб чиқилган ва маълум мақсадга йўналтирилган бўлиб, талабаларнинг аудитория машғулотларида олган билимларини мустаҳкамлаш, чуқурлаштириш, кенгайтириш ва тўлдиришга хизмат қилиши керак.

Мавзуни мустақил ўзлаштириш. Фаннинг хусусияти, талабаларнинг билим даражаси ва қобилиятига қараб ишчи ўқув дастурига киритилган алоҳида мавзулар талабаларга мустақил равишда ўзлаштириш учун топширилади. Бунда мавзунинг асосий мазмунини ифодалаш ва очиб беришга хизмат қиладиган саволларга эътибор қаратиш, асосий адабиётлар ва ахборот манбаларини кўрсатиш лозим.

Топшириқни бажариш жараёнида талабалар мустақил равишда ўқув адабиётларидан фойдаланиб, ушбу мавзуни конспектлаштирадilar, таянч ибораларнинг моҳиятини англаган ҳолда мавзуга тааллуқли саволларга жавоб тайёрлайдилар. Зарур ҳолларда (ўзлаштириш қийин бўлса, саволлар пайдо бўлса, адабиётлар етишмаса, мавзуни тизимли баён эта олмаса ва ҳ.к.) ўқитувчидан маслаҳатлар оладилар. Мустақил ўзлаштирилган мавзу бўйича тайёрланган матн кафедрда ҳимоя қилинади.

Реферат тайёрлаш. Талабага қийинчилик даражаси унинг шахсий имкониятлари, қобилияти ва билим даражасига мувофиқ бўлган бирор мавзу бўйича реферат тайёрлаш топширилади. Бунда талаба асосий адабиётлардан ташқари кўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва ҳ.к.) фойдаланиб

материаллар йиғади, тахлил қилади, тизимга солади ва мавзу бўйича имкон даражасида тўлиқ, кенг маълумот беришга ҳаракат қилади. Зарур ҳолларда ўқитувчидан маслаҳат ва кўрсатмалар олади.

Яқунланган реферат кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Кўргазмали воситалар тайёрлаш. Талабага муайян мавзунини баён қилиш ва яхшироқ ўзлаштириш учун ёрдам берадиган кўргазмали материаллар (жадваллар, чизмалар, расмлар, хариталар, макетлар, моделлар, графиклар, намуналар, фантомлар ва ҳ.к.) тайёрлаш топширилади. Мавзу ўқитувчи томонидан аниқланиб, талабага маълум кўрсатмалар, йўл-йўриқлар берилади. Кўргазмали воситаларнинг миқдори, шакли ва мазмуни талаба томонидан мустақил танланади. Бундай вазифани бир мавзу бўйича бир неча талабага топшириш ҳам мумкин.

Талаба кўргазмали материаллардан фойдаланиш бўйича ёзма равишда тавсиялар тайёрлайди ва кафедрада ҳимоя қилади.

Мавзу бўйича тестлар, мунозарали саволлар, вазиятли масалалар ва топшириқлар тайёрлаш.

Талабага муайян мавзу бўйича тестлар, қийинчилик даражаси ҳар хил бўлган вазиятли масалалар ва топшириқлар, мунозарага асос бўладиган саволлар тузиш топширилади.

Бунда ўқитувчи томонидан талабага тестга қўйиладиган талаблар ва уни тузиш қонун-қоидалари, қандай мақсад кўзга тутилаётганлиги, муаммоли саволлар тузишда мавзунинг мунозарали моментларини қандай ажратиш лозимлиги, топшириқларни тузиш усуллари бўйича йўл-йўриқ берилади. Консультация пайтларида бажарилган ишларнинг қўйилган вазифа ва талабларга жавоб бериш даражаси назорат қилинади (қайта ишлаб келиш, аниқлаштириш ёки тўлдириш таклиф этилиши мумкин).

Тест, саволлар, вазиятли масала ва топшириқлар мажмуаси кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Илмий мақола, тезислар ва мақолалар тайёрлаш.

Талабага бирон бир мавзу бўйича (мавзунини талабанинг ўзи танлаши ҳам мумкин) илмий (рефератив) характерда мақола, тезис ёки маъруза тайёрлаш топширилиши мумкин. Бунда талаба ўқув адабиётлари, илмий тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплайди, тахлил қилади, зарурларини ажратиб олиб, тартибга солади, шахсий тажрибаси ва билими, илмий натижаларига асосланган ҳолда қўшимчалар, изоҳлар киритади, ўз нуқтаи-назарини баён этади ва асослайди. Бунда талаба ўқитувчи билан ҳамкорликда ишлайди.

Тайёрланган мақола, тезис ёки маъруза кафедрада ҳимоя қилинади.

Амалий мазмундаги ностандарт масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш.

Бир мавзу ёки бўлим бўйича ностандарт, алоҳида ёндашиш талаб қилинадиган, назарий аҳмиятга эга бўлган амалий топшириқлар, ижодий ёндашиш талаб қилинадиган илмий-ижодий вазифалар, моделлар, макетлар, намуналар яратиш вазифаси топширилиши мумкин. Амалий топшириқлар масалани ҳал қилишнинг оптимал вариантларини излашга ва топишга қаратилган бўлиши керак.

Талабанинг қизиқиш ва қобилиятига қараб, унга илмий характердаги топшириқлар бериш, ўқитувчи билан ҳамкорликда илмий мақолалар тайёрлаш ва чоп эттириш мумкин.

Клиникада навбатчилик қилиш ва касаллик тарихи ёзиш.

Талаба клиникада навбатчи врач билан биргаликда тунги навбатчилик қилади. Навбатчилик вақтида беморларни қабул қилишда, беморларни кўрувида, шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишда, хирургик муолажалар ва ҳ.к. да актив иштирок этиб, қилинган ишлар бўйича кундалик тўлдиради.

Фанни ўтиш семестри (цикли) давомида бир ёки икки бемор учун касаллик тарихи ёзиб, кафедрада ҳимоя қилади. Касаллик тарихи ёзишда клиник фаннинг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тартибига риоя қилиши эътиборга олинади.

Касаллик тарихи ҳимоясида талабанинг анализни тўла ёритиши, клиник ва лаборатор текширувларни таҳлил қила олишига, охириги диагнозни асослай олишига, даво режасини тўғри тузиб, асослаши ва бошқаларга эътибор берилади.

Талабалар мустақил ишини самарали ташкил этиш:

- тизимли ёндошиш;
- барча босқичларини мувофиқлаштириш ва узвийлаштириш;
- бажарилиши устидан қатъий назорат қилиш;
- ташкил этиш ва назорат қилиш механизмларини такомиллаштириб бориш зарур.

Мустақил иш топшириқлари муваффақиятли яқунланиши учун қуйидаги талаблар бажарилиши лозим:

- мақсад (билимни мустаҳкамлаш, янги билимларни ўзлаштириш, ижодий фаолликни ошириш, амалий кўникма ва малакаларни шакллантириш ва ҳ.к.) аниқ асосланиши;
- вазифа ва топшириқларнинг аниқ-равшан белгиланиши;
- топшириқларни бажариш алгоритми ва методларидан талабаларнинг етарли даражада хабардор бўлиши;
- маслахат ва бошқа ёрдам турларининг тўғри белгиланиши (йўлланма ва кўрсатма бериш, мавзунинг мазмуни ва моҳиятини тушунтириш, муаммоли топшириқларни бажариш усуллари бўйича тушунча бериш, айрим муаммоли моментларни биргаликда ҳал қилиш ва ҳ.к.);
- ҳисобот шакли ва баҳолаш мезонини аниқ белгилаш;
- назорат вақти, шакли ва турларини аниқ белгилаб олиш (амалий семинар, лаборатория машғулотлари, консультация ёки назорат учун махсус ажратилган вақт; маъруза ёки реферат матни, бажарилган топшириқлар дафтари, назорат ишлари, уй вазифаси дафтари, тест, мақола, ностандарт топшириқлар, саволлар, мақола, кўргазмали жихозлар ва ижодий ишлар; савол-жавоб, бажарилган иш мазмуни ва моҳиятини тушунтириб бериш, ёзма шаклда баён қилиш ва ҳ.к.).

Талабалар мустақил ишини шартли равишда иккига ажратиш мумкин:

Аудиторияда амалга оширилган ТМИлари. Ўтилган мавзунини қайта ишлаш, кенгайтириш ва мустаҳкамлашга оид топшириқлар бажарилади;

Аудиториядан ташқарида амалга оширилган ТМИлари. Ўқув дастуридаги айрим мавзуларни мустақил ҳолда ўзлаштириш, уйга берилган вазифаларни бажариш, амалий ва лаборатория ишларига тайёргарлик кўриб келиш, ижодий ва илмий-тадқиқот характеридаги ишлар ва ҳ.к.

Биринчи тур ишлари талабаларнинг назарий ва амалий билимларини ўзлаштириб бориш даражаси, амалий машғулотларга (амалиёт, лаборатория, семинар дарслари) тайёргарлик савияси ва уй вазифаларининг бажарилиш сифатини текшириш мақсадида, одатда, назорат ишлари олиш, савол-жавоб, суҳбат, мунозара,

амалий топшириқларни бажартириб кўриш ва ҳ.к. усулларда асосан амалиёт дарсларида назорат (жорий назорат) қилинади.

Жорий назоратда талабанинг дарс пайтида ўтилган материалларни ўзлаштириш ва уйга берилган вазифаларни бажаришдаги фаоллиги, бажариш савияси ва ўзлаштириш даражаси эътиборга олинади.

Иккинчи тур ишлар фаннинг ишчи ўқув дастурида аудиториядан ташқарида ўзлаштирилиши белгиланган мавзу бўйича маълумот ва ахборотларни мустақил равишда излаб топиш, таҳлил қилиш, конспектлаштириш (ёки реферат тарзида расмийлаштириш) ва ўзлаштириш, ижодий ёндашишни талаб қиладиган амалий топшириқларни бажариш кўринишида амалга оширилади. Бу турдаги ишларни бажариш жараёни ва ўзлаштириш сифатининг назорати дарсдан ташқари пайтларда, махсус белгиланган консультация соатларида амалга оширилади.

Талабалар мустақил ишини баҳолаш. ТМИ натижалари амалдаги “ талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом”га асосан баҳолаб борилади.

ГЛОССАРИЙ

ТЕРМИН	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
АНГИОГРАФИЯ	Ошқозон хазм тизимида кон кетишни аниқлаш иложини берувчи инструментал рентгенологик текшириш тури	X-ray inspection tool that allows you to detect bleeding in the gastrointestinal tract.
АНОСКОПИЯ	Аноскоп ердамида текшириш усули	research that is carried out using a special instrument – anoscope
АРТРОСКОП	Бугин бушлигини текшириш учун асбоб	device inserted into a joint to its inspection
АРТРОСКОПИЯ	Эндоскоп ердамида бугин бушлигини текшириш ва амалиёт бажариш	research and operations in the joint cavities rigid endoscope
БЕРНШТЕЙН ТЕСТ	Кислотани ошқозондан кизилунгачга тушганини текширувчи синама	test to determine whether heartburn caused by acid gets into the esophagus from the stomach
БИОПСИЯ	Анализ учун тукимадан синама олиш	taking a piece of tissue for analysis
ВЕНТРИКУЛОСКОПИЯ	Мия ошқозончаларини текшириш усули	the study of the brain ventricles via fiber optical devices
ВИДЕОЛАПАРОСКОП	Видекамера, лапароскоп, еритувчи ва нурли асбоб	device that combines a video camera, a laparoscope, lighting, optical fiber
ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ	Эндоскоп ердамида ошқозон ва уникки бармок ичак бушлигини текшириш	Method antrum and duodenum examination using an endoscope
ГИСТЕРОСКОП	Махсус нурлар билан мослаштирилган асбоб	hollow instrument, equipped with a special lighting device
ГИСТЕРОСКОПИЯ	Бачадон ичини эндоскопик текшириш ва муолажалар утказиш	endoscopic research, medical and surgical manipulation into the uterine cavity
ДЕФЕКОГРАФИЯ	Аноректор сохани текшириш усули, дефекация жараенини курсата бериши мумкин	X-ray of the anorectal area, reflecting the full value of the act of defecation
КОЛОНОСКОПИЯ	Югон ичакни куриш учун текшириш усули	study, in which the doctor can see the colon throughout
КОЛОРЕКТАЛ ПАССАЖНИ ТЕКШИРИШ	Югон ичакдан пассаж жараенини куриб бера оладиган текшириш усули	test to determine how food moves through the large intestine
ЛАПАРОСКОП	Корин бушлигини текшириш учун кулланиладиган камера билан мослашган найча	a long, thin tube equipped with an optical camera to examine the inside of the abdominal organs
ЛАПАРОСКОПИЯ	Лапароскопия ердамида текшириш утказиш	study using a laparoscope
ЛАРИНГОСКОП	Хикилдокни текшириш учун мослама	instrument for the study of the larynx
ЛАРИНГОСКОПИЯ	Хикилдокни текшириш	laryngeal examination

ЖИГАР ТЕСТЛАРИ	Жигар ва ут йулларини фаолиятини бахоловчи кон тахлиллари	blood tests to help you determine how well the work the liver and biliary system
ПРОКТОСИГМОИ ДОСКОПИЯ ПРОКТОСКОП	Тугри ва сигмасимон ичакни эндоскопик текшириш усули	endoscopic examination of rectum and sigmoid
	Тугри ичакни эндоскопик текшириш учун ускуна	endoscopic instrument, which is a solid short pipe that is used to study the area of the anus and rectum
ПРОКТОСКОПИЯ	Тугри ичакни эндоскопик текшириш усули	endoscopic examination of the rectum
РЕЗЕКТОСКОП СИГМОИДОСКОП ИЯ	Эндоскоп тури	kind of endoscope
ХОЛАНГИОГРАФ ИЯ	Югон ичакни ичини текшириш эндоскопик усули	diagnostic endoscopy of the inside of the colon
ХОЛАНГИОПАНК РЕАТОГРАФИЯ ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ТЕРИ ОРКАЛИ ЖИГАР ОРКАЛИ ХОЛАНГИОГРАФ ИЯ	Ут йулларини текшириш	biliary tract study
ЭЗОФАГОГАСТРО ДУОДЕНОСКОПИ Я	Ошқозон ости без ива ут йулларини текшириш иложи берувчи усул	study bile ducts and pancreas
	Ут йулларини текшириш рентгенологик усули	X-ray examination of the gallbladder and bile ducts
	Ошқозон, кизилунгач, 12 бармок ичакни текшириш усули	study to identify esophageal diseases, gastric or duodenal ulcers

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ М.Д. 6А120502-2 2
20 йил «_»_»_



Содиқов

БОЛАЛАР ЖАРРОХЛИГИ
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	100000	–Таълим
	700000	–Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	140000	–Ўқитувчилар тайёрлаш ва педагогика фани
	720000	–Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5140900	– Касбий таълим (5720100 – Даволаш иши)
	5720100	– Даволаш иши

Тошкент – 201_

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими ўқув-методик бирлашмалари фаолиятини мувофиқлаштирувчи кенгашнинг 200_ йил «__»_____даги «__»-сонли мажлис баёни билан мақулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- | | |
|-----------------|--|
| Салимов Ш.Т. | – “Умумий жарроҳлик, жарроҳлик касалликлари, болалар жарроҳлиги” кафедрасининг профессори, т.ф.д |
| Фақиров А.З. | – “Умумий жарроҳлик, жарроҳлик касалликлари, болалар жарроҳлиги” кафедрасининг доценти, т.ф.н |
| Садирхонов О.С. | – “Умумий жарроҳлик, жарроҳлик касалликлари, болалар жарроҳлиги” кафедрасининг доценти, т.ф.н |

Такризчилар:

- | | |
|-----------------|---|
| Бекназаров Ж.Б. | – Тошкент врачлар малакасини ошириш институти “Умумий ва болалар жарроҳлиги” кафедраси болалар жарроҳлиги курси мудири, профессор, т.ф.д. |
| Хамроев А.Ж. | – Тошкент педиатрия тиббиёт институти “Болалар госпитал хирургияси” кафедрасининг профессори, т.ф.д |

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий кенгашида тавсия қилинган (200_ йил «__»_____даги «__»-сонли баённома).

Кириш

Фаннинг бакалавр тайёрлашдаги ўрни ва аҳамияти. Болалар хирургияси “факультет” ва “госпитал” курслари назарий билим ва амалий кўникмаларни ўз ичига олган бўлиб, уларни даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабалари эгаллаб олиши зарур бўлади.

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий укув юртлирининг даволаш, тиббий педагогика факультетларининг талабаларига болалар жаррохлигидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур болалар жаррохлигининг асосий булимларини ўз ичига олиб тиббиёт олий укув юртлири талабаларига бола организмида кечадиган туғма норасоликлар ва касалликлари моҳиятини ва уларнинг механизмини молекула ва хужайра даражасида тушуниб етиш учун зарур булган билимларни эгаллашга имкон бериб, организмни фаолиятини ва унинг атроф муҳит билан мулоқотини чуқурроқ тушунишга асос яратади.

Уқув фанининг мақсад ва вазифалари

Болалар жаррохлигининг факультет курси фаннинг бир қисми бўлиб, ўз ичига туғма нуқсонлар ва аномалияларнинг келиб чиқиши, диагностикаси ва жаррохлик йўли билан даволашни ўз ичига олади. Даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларини “болалар хирургияси” фанида ўқитишнинг асосий принципи туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалияларини аниқлаш, фундаментал ва бошланғич клиник фанлар интеграциясига асосланиб, инсон фило-, онто-, ва эмбриогенези, ўсиш физиологияси ҳамда патологияси, семиотикаси, замонавий лаборатор ва ускунавий текшириш усуллари орқали ташхислашни ўзлаштириб, даволаш ва соғлиқни қайта тиклашда мумтоз стандартларга асосланиши кўзда тутилган. Болалар жаррохлигининг госпитал курси фаннинг давомий қисми бўлиб, ўз ичига болаларда ортирилган хирургик касалликларни келиб чиқиш сабаблари, ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклашлар тушунилади. Кафедрада “болалар жаррохлиги” фанидан таълим беришда талабаларни олдинги курсларда олган амалий билим ва кўникмалари, яъни нормал, патологик анатомия ҳамда физиология, биокимё, тиббий генетика, микробиология, топографик анатомия ва амалиёт жаррохлиги, ички касалликлар пропедевтикаси, умумий жаррохлик, анестезиология ва жонлантириш фани, асаб касалликлари фани, факультет ва госпитал жаррохлиги, урология ҳамда травматология фанлари орқали ўзлаштирилган билимларига асосланади.

Фан бўйича билим, малака ва кўникмага қўйиладиган талаблар

Талабалар:

- Болалар хирургиясини касб ва фан сифатида илмий ҳамда амалий жиҳатларини етарлича англаб етиши ва улар хусусида тегишли **тасавурларга эга бўлиши керак.**

Талабалар:

- Болалар хирургиясида аномалиялар назарияси, касалликлар патогенези, аномалиялар, туғма норасоликлари ва ортирилган касалликларини сабабини, касалликларнинг клиникаси, дифференциал диагностикаси, консерватив ва оператив даволашини, прогнозини, диспансеризацияси ва реабилитацияси принципларини **билиши керак.**

Талабалар:

- УТТ, рентгенография, торакоскоп, фонендоскопдан фойдалана билиши; қўлланма, справочник, жадваллардан фойдалана **олиши керак.**

Талабалар:

- клиник болалар хирургиясида клиник, лаборатор ва инструментал ташхис қўйишни, энг кўп учрайдиган норасоликлар ва хирургик касалликларда амалий ёрдам кўрсатиш бўйича тажрибага эга **бўлиши керак.**

Талабалар:

- сиқилган чов чуррасида ,норасоликларда, фимоз ,парафимозда пешоб тутилганида,флегмона, карбункул касалликларда жарроҳлик ёрдами кўрсатиш бўйича *малака ва кўникмаларга эга бўлиши керак.*

Фаннинг уқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жihatдан ўзвий кетма-кетлиги

Болалар жарроҳлиги фани клиник фан бўлиб, хар бир беморда тўғма норасоликлар ва нуқсонларни аниқлашда талабалар одам нормал анатомияси, топографик анатомия, физиология ва патофизиологияни яхши билиши керак. Шу билан биргалликда патологик жараен қандай асоратлар беришини ва қандай патоморфологик узгаришлар келиб чиқишини гистология, патологик анатомияни мукамал эгаллаганда болалар жарроҳлиги фанини яхши узлаштира оладилар.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Болалар жарроҳлик фани, болалар жарроҳлигининг асосий булимларини ўз ичига олиб тиббиет олий уқув юртлари талабаларига бола организмда кечадиган туғма норасоликлар ва касалликлари моҳиятини ва уларнинг механизмини молекула ва хужайра даражасида тушуниб етиш учун зарур булган билимларни эгаллашга имкон беради. Организмни фаолиятини ва унинг атроф муҳит билан мулоқотини чуқурроқ тушунишга асос яратади. Ундан ташқари норасоликлар келтириб чиқарадиган жарроҳлик касалликларни вақтида ташхислаш ва керакли тиббий ёрдамни кўрсатиш асосий ўринни эгаллайди. Госпитал болалар жарроҳлиги эса, болаларда учрайдиган тезкор жарроҳлик касалликларни тўғри ташхислаш ва тез жарроҳлик амалиётини ўтказишни ўз ичига олади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг болалар жарроҳлиги фанини яхши узлаштиришлари учун ўқитишнинг илгор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информация – педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим ахамиятга эга. Фанни узлаштиришда дарслик, уқув ва услубий қулланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар, интернет материаллари, жарроҳлик амалиети видеотасмаларидан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда илгор педагогик технологиялар қўлланилади.

Асосий қисм

Қизилўнгач туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари

Қизилўнгач анатомияси ва физиологиясини бола ёшига боғлиқлиги. Қизилўнгач атрезиялари , атрезия турлари (оқмали ва оқмасиз). Қизилўнгач стенози. Туғма қисқа қизилўнгач. Қизилўнгач-трахея оқмалари. Қизилўнгач халазияси ва ахалазияси. Қизилўнгач туғма хасталикларини клиникаси, ташхисланиши, даволаш амалиётидан кейинги соғлиқни тиклаш тадбирлари.

Ўпкаларнинг туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари

Ўпкалар агенезияси, аплазияси ва гипоплазияси. Трахея ва бронхлар туғма норасоликлари. Ўпканинг туғма кисталари, туғма лобар эмфиземаси. Бронхоэктазлар. Ўпка секвестрланиши. Нафас йўллари туғма хасталиклари клиникаси, ташхиси, даволашдан кейинги соғлиқни тиклаш тадбирлари.

Диафрагма туғма чурралари

Ёлғон чурралар: Бохдалек чурраси, парастернал ва френико-перикардиал чурралар. Хақиқий: диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари, диафрагма релаксацияси (турлари). Диафрагма чуррасида “асфиксик сиқилиши” синдроми. Диафрагма туғма чурралари клиникаси, ташхисланиши, даволаш, амалиётдан кейин соғлиқни тиклаш тадбирлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичак туғма ўтувчанлигини бузилишлари (ичак тизимини юқори туғма тутилиши)

Меъда-ичак йўлини анатомио-физиологик хусусиятлари. Ошқозон атрезияси. Пилороспазм. Пилоростеноз. Дуоденал тутилиши. 12-бармоқли ичак атрезиялари ва стенози. Аорта-мезентериал дуоденал тутилиш. Ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши. Ледд синдроми. Туғма юқори ичак тутилишлари клиникаси, ташхисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Ичак тизимини қуйи туғма тутилиши

Ингичка ичак атрезияси. Қорин бўшлиғининг ички чурралари. Ичак найининг туғма иккиланиши. Мекониал илеус. Гиршспрунг касаллиги. Долихосигма. Аноректал соҳа ривожланиш нуқсонлари: тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси (оқма ва оқмасиз шакли). Туғма қуйи ичак тутилиши клиникаси, ташхисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари

Туғма портал гипертензия сабаблари. Болаларда дарвоза венасининг тромбози. Бадд-Киари синдроми. Фиброхолангиокистоз. Биллиар атрезияни жигар ичи ва ташқи ҳамда мужассам турлари. Умумий ўт йўли ва меъда ости безини кисталари. Халқасимон меъда ости бези (тўлиқ ва нотўлиқ халқа кўринишлари).

Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари клиникаси, ташхисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Буйраклар ва пешоб чиқариш йўлларининг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари

Буйракларнинг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари (классификацияси, буйрак ривожланиш аномалиялари тавсилоти). Сийдик найи ривожланиш нуқсон ва аномалиялари: сийдик найи обструкцияси, сийдик найи иккиланиши, гидроуретер, мегауретер, қовуқ-сийдик найи рефлюкси. Болаларда гидронефроз. Инфравезикал обструкция: сийдик чиқарув канали стенозлари ва қопқалари, уруғ дўнгчаси гипертрофияси, мегатригонум ва Лъето учбурчаклигининг шиллиқ парда гипертрофияси ҳамда Марион касаллиги. Қовуқ туғма касалликлари: туғма иккиланиши, экстрофияси, дивертикули ва уракус битмаслиги. Буйраклар ва сийдик чиқарув йўллари тизимининг туғма хасталиклари клиникаси, ташхисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Қорин олд девори ҳамда қоринпарда қин ўсимтасининг туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари

Қорин олд девори ривожланиш нуқсонлари: киндак чурраси, қорин оқ чизиғи чурралари, гастрошизис ва эмбрионал чурра. Қовуқ экстрофияси. Қоринпарда қин ўсимтасининг битмаслиги. Туғма чов чурралари (чов-ёрғоқ ҳамда чов-лабиал чурралар), мойк ва уруғ тизими парда истискоси, Нукк кистаси. Қорин олд девори ҳамда қоринпарда қин ўсимтасининг туғма хасталиклари клиникаси, ташхисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Ташқи жинсий аъзоларнинг туғма ривожланиш нуқсонлари ҳамда аномалиялари

Моякларнинг туғма ривожланиш нуқсонлари. Анорхизм. Монорхизм. Мояк агенезияси ва аплазияси. Полиорхизм. Крипторхизм. Мояк эктопиялари. Варикоцеле. Фимоз. Гипоспадия. Эписпадия. Гематокольпос ва гематометра. Ташқи жинсий аъзоларнинг туғма хасталикларининг клиникаси, ташҳисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Болаларда кўкрак бўшлиғи таранглашиш синдроми

Ўпка бактериал деструкцияси, классификацияси. Плевра пункцияси (анжомлар, бажариш йўриғи). Торакоцентез (кўрсатмаси, анжомлар, бажариш йўриғи). Плевра бўшлиғини илғор ва сусткаш дренажлаш. Медиастенит ва кўкс оралиғи эмфиземаси. Микротрахеостомия ва медиастенотомия (кўрсатмаси, анжомлар ва бажариш йўриғи). Кўкрак бўшлиғи таранглашиш синдроми чакирувчи касалликлар клиникаси, ташҳисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Болаларда ўткир қорин синдроми

Болаларда ўткир аппендицит хусусиятлари. Чувалчангсимон ўсимта ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ўсаётган организмдаги анатомик ва физиологик нозикликлари. Болаларда аппендицит таснифи ҳамда бола ёшига боғлиқ бўлган клиникаси ва қиёсий ташҳислаш хусусиятлари. Аппендицитни ташҳислаш ва ўзини ҳамда асоратларини даволашга бўлган замонавий қараш.

Болаларда перитонит (чақалоқлар перитонити, қизалоқлар криптоген пельвиоперитонити, аппендикуляр перитонит). Ташҳислаш ва даволаш тактикаси. Ярали-некротик энтероколит: клиникаси, диагностикаси, даволаш ва амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Болаларда меъда - ичак трактидан қон кетиш

Болаларда дарвоза гипертензияси синдроми: таснифи, клиникаси, ташҳиси ва даволаш усуллари. Меллори-Вейс синдроми: сабаблари, клиникаси, қиёсий ташҳисланиши, даволаш тактикаси. Ошқозон ўткир яраси ҳамда меъда ва 12-бармоқли ичак яра касаллиги: асоратлари, ташҳисланиши, даволаш. Меккел дивертикули: қон кетиш сабаблари, диагностикаси ва даволаш. Тўғри ичак полипи: турлари, асоратлари, ташҳислаш, даволаш. Болаларда меъда - ичак трактидан қон кетишини даволаш ва амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Болаларда орттирилган ичак тутилиши

Болаларда орттирилган ичак тутилиши таснифи, клиникаси, ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш. Обтурацион ичак тутилишлари (трихо-, фитобезоарлар; гижжа инвазияси ва копростаз). Ёпишма чандиқли ичак тутилиши: сабаблари, таснифи, клиникаси, ташҳислаш, даволаш. Ичак инвагинацияси: турлари, этиологияси, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари. Болаларда ортирилган ичак тутилишини даволаш ва амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Хирургик инфекциянинг болалардаги хусусиятлари

Болаларда йирингли хирургик касалликлар келиб чиқишидаги тўқималарнинг бола ёшига боғлиқ анатомик ва физиологик хусусиятлари роли. Чақалоқлар некротик флегмонаси. Чақалоқлар мастити. Омфалит. Аденофлегмона. Псевдофурункулез. Болалар йирингли хирургик касалликлари клиникаси, ташҳисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Болаларда ўткир гематоген остеомиелит

Ўткир гематоген остеомиелит. Остеомиелитнинг сурункали ва атипик турлари. Остеомиелитларни болаларда учраш сабаблари, кечиш ўзига хосликлари, ташҳислаш ва даволаш хусусиятлари. Болаларда остеомиелитни клиникаси, ташҳисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

- 1.Амалий машғулотлар маърузаларни тинглаш.
2. Мажбурий ўқиш лозим бўлган мавзуларни коспект қилиш.
- 3.Мустақил ўқишда рефератлар ёзиш.
- 4.Беморлар курацияси ва касаллик тарихи баённомаси ёзиш (5-курс учун), касаллик тарихини таҳлил қилиш (6-курс учун).
- 5.Мажбурий мавзулардан доклад тайёрлаш, мустақил ишларда вазиятли масалалар ечиш.
- 6.Поликлиника шароитларида амбулатор хариталарни муҳокама қилиш йўллари билан бажариш.
- 7.Тестлардан ўтиш ёзма якуний назорат асосида топшириш.

Мустақил ишларни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Буйраклар аплазияси, агенезияси, гипоплазияси; жойлашиш, сони, ўзаро боғлиқлиги ва таркиби аномалияси; сийдик найи ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари; параумбликал чурра; туғма вентрал чурра; киндак оқмалари: тўлиқ ва нотўлиқ; Меккел дивертикули; ичак найини иккиланишлари (кистоз, дивертикулли, найли шакллари); туғма ўсмалар: тератома, нефробластома, нейробластома, лимфогранулематоз, лимфосаркома.

Болаларни жарроҳлик амалиёт ишидан олдин тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлаш принциплари; премедикацияни асосий таркибий қисмлари (гиперводемик гемодилуция, инфузион терапия хусусиятлари ва принциплари ва жарроҳлик амалиётидан кейин болани озукалантириш ва фаоллаштириш); қизилўнгач кимёвий ҳамда термик куйишлари, қизилўнгач ёт жисмлари, қизилўнгач перфорацияси; сийдик-тош касаллиги; тунги энурез; мойкни ўткир хасталик синдроми; парафимоз.

Информацион-услубий таъминот

Фанни ўқитишда ўқитишнинг интерфаол усулларида, ахборот-коммуникацияларининг презентацион, мультимедиа, электрон- дидактик технологияларидан кенг фойдаланилади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий адабиётлар

- 1.Сулейманов А.С ва ҳам муал.Болалар хирургияси. дарслик 2000 йил Тошкент, Ибн Сино нашриёти.
2. Исаков Ю.Ф ,«Детская хирургия». дарслик 2004, в 2-т, М
3. Исаков Ю.Ф. ва ҳам муалл «Руководство по торакальной хирургии детей», .Шифокорлар учун қўлланма 1978, М
- 4..Баиров Г.А «Срочная хирургия детей», дарслик 1997, С-П

Кўшимча адабиётлар

1. .Акопян В.Г “Хирургия печени у детей”, қўлланма 1978,М
- 2..Ленюшкин А.И «Детская колопроктология», қўлланма 1990, М.
- 3.Баиров . Г.А «Абдоминальная хирургия детей», дарслик 1994, С-П

4. Лопаткин Н.А, Пугачев А.Г. «Детская урология», 1986, М.дарслик
5. Михельсон В.А. «Основы детской анестезиологии и реанимации», дарслик. 1984, М.
6. Дурнов Л.А. «Педиатрическая онкология»,дарслик 1996, М
7. Кудрявцев В.А, «Детская хирургия в лекциях». дарслик 2000, Архангельск.
- 8.Холдер Т.Н, Ашкрафт К.У, «Детская хирургия», Қўлланма 1997, в 3-х т., перевод с англ.
9. Интернет материаллари:
[www/ Murm./det hir.;](http://www/Murm./det_hir.;) www.college/ru; [www.Med/ surg/ child/](http://www.Med/surg/child/)

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНОНОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ, НЕОНАТОЛОГИЯ,
БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими
томонидан рўйхатга
олинди № _____
« _____ » _____ 2017 й.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўқув ишлари проректори
т.ф.н., доц. _____ С.Ш.Олимов
“ _____ ” _____ 2017 й.

“Болалар хирургик касалликлари”
ФАНИ БЎЙИЧА ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУР

Таълим йўналиши

Билим соҳаси:	500000	- Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	- Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	- Даволаш иши
	5111000	- Касб таълими (5510100- Даволаш иши)

Курс	V
Соат ҳажми	73
<i>Шу жумладан:</i>	
Маъруза	6
Амалий машғулот	23
Клиник машғулот	28
Мустақил иш	16

Бухоро - 2017

Фаннинг ишчи ўқув дастури ўқув, ишчи ўқув режа ва ўқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

КИРИШ

Болалар хирургияси фани ўз ичига туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалияларининг келиб чиқиши, диагностикаси ва хирургик йўл билан даволашни олади. Болалар “факультет” хирургияси курси назарий билим ва амалий кўникмаларни ўз ичига олган бўлиб, уларни даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабалари эгаллаб олиши зарур бўлади.

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайерлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юртлирининг даволаш, тиббий педагогика факультетларининг талабаларига болалар жаррохлигидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур болалар жаррохлигинининг асосий бўлимларини ўз ичига олиб тиббиёт олий ўқув юртлири талабаларига бола организмда кечадиган туғма норасоликларнинг моҳиятини ва уларнинг механизмини молекула ва хужайра даражасида тушуниб етиш учун зарур бўлган билимларни эгаллашга имкон бериб, организмни фаолиятини ва унинг атроф муҳит билан мулоқотини чуқурроқ тушунишга асос яратади.

Фанининг мақсад ва вазифалари

Хирургик коррекцияни талаб қиладиган туғма нуқсон ва норасоликлар билан туғилган беморларни клиник ташхислай олиш, текшириш, даволаш ва реабилитация асосларини ўрганиши, тушунчага эга бўлишини шакллантиришдир. Врач амалиётида тез-тез учрайдиган, хирургик коррекцияни талаб қиладиган туғма нуқсон ва норасоликлар касалликлар диагностикаси, биринчи ёрдам, тез диагностика ва функционал булимлар буйича беморларни етказишни таърифлайди. Уларнинг вазифаси беморларга бирламчи диагностика муолажаларини белгилай олиш, биринчи ёрдам курсатишни шакллантириш ва ташкил қилишдир.

Фанни вазифаси:

1. Болаларда учрайдиган туғма нуқсон ва аномалиялар, улар этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси тўғрисида билимлар бериш.
2. туғма нуқсон ва аномалиялар билан беморларни клиник куриқдан ўтказиш, текшириш, ташхислаш, клинко-инструментал текшириш усулларидан фойдалана олишни ўргатиш.
3. Болалар ҳаётига хавф соладиган туғма нуқсон ва аномалияларни текшириш алгоритминини ўргатиш.
4. Болаларда учрайдиган туғма нуқсон ва аномалияларни хирургик коррекция ва даволаш принциплари ва асоратлари тўғрисида тушунча бериш.
5. Талабаларда болаларда учрайдиган туғма нуқсон ва аномалиялар умумамалий врач ёрдами амалий кўникмаларини ҳосил қилиш, даволаш – диагностика протоколларини ва операциядан сўнги реабилитация принципларини ўргатиш.

Талаба қуйидаги амалий кўникмаларга эга бўлиши керак:

1. одам онто-, фило-, ва эмбриогенези тўғрисида тасаввурга эга бўлиши керак
2. болалар нормал анатомияси ва физиологиясини билиши
3. соғлом бола биохимик ва гематологик параметрларини билиши
4. туғма нуқсон ва аномалиялар сабаби ва учраши, ирсий омилларини билиши
5. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларда асорат ва ўлим сабабларини фарқлай олиши
6. нуқсон ва аномалиялар ривожланиши мумкин бўлган муддатни билиши;
7. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор профилактикаси

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

1. хирургик коррекцияга мутож бўлган туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни фарқлай олиши;
2. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни умумий аҳволини баҳолай олиш.
3. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни ташхислаш, бемор ҳаётига хавф соладиган ҳолатларни фарқлай олиши, бирламчи врач ёрдами ва кейинги даволаш тактикасини аниқлаш.
4. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни парваришни ташкил қилиш.
5. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни аҳволини стабиллаштириш, оғирлашишига йўл қўймаслик.
6. асоратлар сабабини аниқлай олиш.
7. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларга консерватив даво ва асоратлар чегарасини аниқлай олиш.
8. клиник ташхис ва асоратларини тўғри шакллантириш ва асослаш.
9. нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни индивидуал ва патологик ҳолатига қараб даволаш режаси, асоратларни олдини олиш режасини туза олиши.
10. туғма нуқсон ва аномалиялар билан туғилган бемор болаларни диспансеризация кузатувини ташкил қилиш ва ўтказиш.

Амалий аудитор машгулотлар (бемор курацияси) турлар буйича бажариладиган топшириқлар сонига мажбурий минимал талаблар:

- Бемор болалардан ва уларнинг ота – оналаридан анамнез йиғиш.
- Беморларнинг курацияси.
- Бемор болаларни қайта боғлай олиши (перевязка).
- Лаборатор курсаткичларнинг натижаларини интерпретацияси. Умумий кон, сийдик, нажас тахлили. Коннинг биокимёвий курсаткичлари. Конни, сийдикни ва нажасни, йирингни бактериологик экиш.
- Инструментал – текширув усуллари натижаларининг интерпретацияси.
- 1.Рентгенограмма
- 2. ЭКГ.
- 3. Буйрак, сийдик қопи, жигар, ут пуфак УТТ си.
- 4. Эндоскопик текширув усуллари.
- Нозологик ташхис ва болаларга даво принциплари режасини туза олиш
- Ҳолатий масалаларни ечиш.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Фундаментал ва умумклиник фанлар:

- нормал, топографик ва патологик анатомия;
- одам эмбриологияси ва генетика;
- физиология ва патология физиология;
- биокимё ва клиник биокимё;
- социал гигиена ва соғлиқни сақлашни ташкил қилиш;

Клиник фанлар:

- акушерлик ва гинекология;
- неонатология;
- педиатрия;
- болалар юкумли касалликлари;
- анестезиология ва реанимация;
- хирургия (умумий, факультет, госпитал);
- урология;

эндокринология;
терапия
Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Болалар хирургияси фани умумий амалиёт шифокорларининг билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга эга. У бошқа асосий фанлар билан биргаликда энг кўп учрайдиган болалар хирургик касалликларининг мазмун моҳиятини илмий асосланган ҳолда яхлит маълумот бериш, шу билан бирга талабада клиник фикр юритишни ривожланишини таъминлайди.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Юқумли касалликларда ҳамширалик иши фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

“Болалар хирургияси” фанини лойиҳалаштиришда қуйидаги асосий концептуал ёндошувлардан фойдаланилади:

Шахсга йўналтирилган таълим. Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутди. Бу эса таълимни лойиҳалаштирилади, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндирилиши назарда тутди.

Тизимли ёндошув. Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантиқийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланганлиги, яхлитлиги.

Фаолиятга йўналтирилган ёндошув. Шахснинг жараёнли сифатларини шакллантиришга, таълим олувчининг фаолиятни активлаштириш ва интенсифлаштириш, ўқув жараёнида унинг барча қобилияти ва имкониятлари, ташаббускорлигини очишга йўналтирилган таълимни ифодалайди.

Диалогик ёндошув. Бу ёндошув ўқув муносабатларини яратиш заруриятини билдиради. Унинг натижасида шахснинг ўз-ўзини фаоллаштириши ва ўз-ўзини кўрсата олиши каби ижодий фаолияти кучаяди.

Ҳамкорликдаги таълимни ташкил этиш. Демократик, тенглик, таълим берувчи ва таълим олувчи фаолият мазмунини шакллантиришда ва эришилган натижаларни баҳолашда биргаликда ишлашни жорий этишга эътиборни қаратиш зарурлигини билдиради.

Муаммоли таълим. Таълим мазмунини муаммоли тарзда тақдим қилиш усули таълим олувчи фаолиятини активлаштиради. Бунда илмий билимни объектив қарама-қаршилиги ва уни ҳал этиш усулларини ижодий тарзда қўлланилиши диалектик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усулларини қўллаш – янги компьютер ва ахборот технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этиш.

Ўқитишнинг усуллари ва техникаси. Маъруза (кириш, мавзуга оид, визуаллаш), муаммоли таълим, кейс-стади ва лойиҳалаш усуллари, амалий ишлар.

Ўқитишни ташкил этиш шакллари: диалог, полилог, мулоқот ҳамкорлик ва ўзаро ўрганишга асосланган фронтал, коллектив ва гуруҳ.

Ўқитиш воситалари ўқитишнинг анъанавий шакллари (дарслик, маъруза матни) билан бир қаторда – компьютер ва ахборот технологиялари.

Коммуникация усуллари: тингловчилар билан оператив тескари алоқага асосланган бевосита ўзаро муносабатлар.

Тескари алоқа усуллари ва воситалари: кузатиш, блиц-сўров, оралик, жорий ва якуний назорат натижаларини таҳлили асосида ўқитиш диагностикаси.

Бошқариш усуллари ва воситалари: ўқув машғулотни бошқарувчи педагогик хизмат кўришидаги ўқув машғулотларини режалаштириш, қўйилган мақсадга эришишда ўқитувчи ва талабанинг биргаликдаги ҳаракати, нафақат аудитория машғулотлари, балки аудиториядан ташқари мустақил ишларнинг назорати.

Мониторинг ва баҳолаш: ўқув машғулотларида ҳам бутун дарс давомида ҳам ўқитишнинг натижаларини режали тарзда кузатиб бориш. Цикл охирида ОСКИ ёрдамида тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

“Болалар хирургияси” фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича тарқатма материаллар тайёрланади. Талабалар билимини баҳолаш озаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Болалар хирургияси фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

ДУМАЛОҚ СТОЛ УСУЛИ

Стол устига вазиятли масала ёзилган қоғоз ташланади. Ҳар бир талаба ўзининг жавоб вариантини ёзиб, бошқа талабага узатади. Ҳамма ўз жавобини ёзиб бўлгандан кейин таҳлил қилинади. Нотўғри жавоблар ўчирилиб, тўғри жавоблар муҳокама қилиниб, талабаларнинг билим даражаси аниқланади, баҳоланади. Бу усулни нафақат ёзма, балки оғзаки ҳолда ҳам олиб бориш мумкин.

Масалан:

- Болаларда ичак тутилишини изоҳланг
- Болаларда ичак тутилишини рентгенологик белгиларини айтинг
- Болаларда обтурацион ва инвагинацион ичак тутилишини рентгенологик белгиларини фарқини айтинг

Савол тўлиқ ва аниқ берилиши, шу саволда жавобнинг бир қисми ётиши лозим.

СТОЛ ЎРТАСИДА РУЧКА

Бу усулда гуруҳга топшириқ берилади (масалан, 3-ёшгача болаларда ўткир аппендицит белгиларини айтиб беринг, дагностикаси тактикаси ўзига хослиги нимадан иборат?), талаба ёзиб, қўшнисига узатади, ўзининг ручкасини стол ўртасига қўяди.

Масалан: гуруҳга ўқитувчи берган мавзу: --“болаларда ўткир аппендицит”. 10-15 дақиқа ичида гуруҳ ўз жавобларини ёзиб беришлари керак. Жавобни ёзган талаба ручкасини қўяди, қоғозни кейинги талабага беради. Жавобни билмайдиган талаба қоғозни кейинги талабага узатади, лекин ручкани қўлида ушлаб қолади. Бир вариантни икки марта такрор ёзиш мумкин эмас. Топшириқ бажарилгандан кейин жавобларни ўқитувчи ўқиб беради.

- анато­мо-физиологик жаҳатдан чувалчангсимон ўсимта етук эмаслиги
- врачларга нисбатан “негативизм”
- “қўлни итариш” симптоми
- Психологик контакт ва х.к.

Ўқиб бераётган вақтда ҳар бир вариант таҳлил қилиб борилади.

Бу усулнинг ижобий томонлари:

- ўқитувчи ким дарсга тайёрлигини кўради,
- дарсга тайёр бўлмаган талаба оғзаки таҳлиллар давомида максимал зарур билимларни мавзу борасида билиб олади;
- бу гуруҳли, маъсулиятли иш талабаларни тартибга солиб, ҳар битта талабага кетган вақтни тежайди;

- талабалар ўз жавобларини икки марта таҳлил этадилар – оғзаки ва ёзма. Бу уларнинг билимларини янада мустаҳкамлайди.

РОТАЦИЯ УСУЛИ *ёрдамида фикрни баён этиш*

Бу усул мавзуни кичик гуруҳлар билан алоҳида ва бутун гуруҳлар билан таҳлил этишга асосланган. Ҳар бир кичик гуруҳ 30 минут давомида 3 та топшириқни таҳлил этади, кейинги 15 минутда ҳамма биргаликда таҳлил қилади. Аудиторияда бир неча нашрланган топшириқлар осиб чиқилади. Ҳар бир кичик гуруҳ (2-3 киши) 10 минут давомида муҳокама қилиб, ўз вариантларининг жавобларини ёзиб оладилар, кейин бошқа топшириққа ўтадилар ва шу тариқа давом этадилар. Ҳар бир гуруҳ ўзининг рангли фломастерини олади (кўк, кизил, қора). Ҳар бир қоғоз учала рангда белгиланган бўлиши керак. Ҳар 10 минутда вариантлар алмаштирилиб турилади. Кичик гуруҳ ўзидан олдинги гуруҳ жавобларини ўқиб, кўшимча киритади, жавоблар такрорланмаслиги керак. 15 минутдан кейин таҳлил қилинади. Оптимал жавоб топилиб, дафтарга ёзилади. Бу усул мавзуни жамоа билан таҳлил этишга қаратилган.

Ҳар хил рангли фломастердан фойдаланиш, ҳар бир гуруҳ берган жавобни баҳолашда қулай ҳисобланади. Жавоблар олдиндан номерлаб қуйилиб, санаш учун қулай ҳисобланади. Энг кўп жавоб берган кичик гуруҳлар максимал балларни олишади.

ИНЦИДЕНТ УСУЛИ

Талабаларни экстремал ҳолатда ўқитиш мақсадида, клиник кафедраларда инцидент усули қўлланилади. Талабаларга турли хил вазиятли масалалар борасидаги муаммолар ҳақида қисқа маълумот берилади. Бу масалани тезда 0,5-1,5 дақиқа ичида таҳлил қилиш керак. Бу усул талабаларнинг фикрлаш қобилиятини ошириб, вазиятли ҳолатларга тайерлайди. Инцидент усули тез ёрдам масканида шошилиш ёрдам беришда катта аҳамиятга эга. Хатосиз бу ҳаракатни бажариш 1,0 коэффицентга тенг. Муҳими масаланинг тўлиқлиги эмас, балки унинг тезлиги. Бу усул таълимнинг турли босқичларида қўлланилади, айниқса янги материални ўзлаштириб, мустаҳкамлашга қаратилган.

ТУР

Талабалар айлана булиб жойлашиб, таклиф этилган саволларни навбат билан изоҳлайдилар. Ҳар бир кишида фикрини баён этиш ҳуқуқи бўлиб, у кўшимча бир янги фикрни айтиши керак, шундай қилиб ҳамма қатнашчиларнинг фикрини билиш зарур. Талаба ўз навбатини хоҳласа ўтказиб юбориш ҳуқуқига эга. Баъзан тиббий асбоб бир четдан бериб юборилади ва талаба уни олгандан кейин жавоб бериши мумкин. Бу турда ҳамма тенг бўлиб, бир-бирининг юзини кўра олади ва диққат билан тинглайди.

Раундлар ҳар хил мақсадларда ишлатилиши мумкин: баҳолаш, муаммони ечиш, режалаштириш, турни ўтказишда қўлланилади. Турни омадли ўтказиш мақсадида айлана жой тайерлаш керак, чунки талабалар ва олиб боровчи бир-бирларини кўриб туриши керак. Охирида ҳаммага қатнашганликлари учун ташаккур билдирадилар. Гуруҳ билан ишлаганда талабаларга тур қоидалари эслатиб турилади. Ўқитувчи гуруҳ билан ишлаганда талабага нима қилишини тушунтириши керак. Турларни дарснинг охирида ёки бошида қўллаш мумкин. Масалан «мен билишни истайман», «бу дарсда мен ўрганаман».

«ГАЛЕРЕЯ БУЙЛАБ ТУР» усули

Кичик гуруҳларга битта муаммо берилади. Ҳар бир гуруҳ 10 минут давомида ўзининг фикрини ёзиб, бошқа гуруҳдаги жавоб варақалари билан алмашинади. Кейинги гуруҳ олдинги гуруҳнинг жавобини баҳолаб, агар жавоб тўлиқ бўлмаса ўзининг вариантини таклиф этади.

Кунлик мавзу бўйича мисоллар:

Кукрак кафаси ички аъзолари кисилиш синдроми.

1-лист. Упка бактериял деструкцияси.

2-лист. Бронхоэктаз касаллиги.

3-лист. Медиастинитлар.

Талабалар ўз жавобларини берганларидан сўнг ва ўз ўртоқлари жавобларига кўшимча киритганларидан сўнг улар биргаликда тахлил қилиниб, энг тўғри жавобларни танлаб олиб, юқори балл билан изохлайдилар.

«ПОЛЕМИКА» усули

Диспут – чегараланган қоидалар асосида иккиё ундан ортиқ кишилар орасидаги сўз билан олиб бориладиган бахс – мунозара. Унинг асосида онгли жавоб берган кишининг оппонентдаги устунлиги етади. Диспут қатнашчиларининг қизиқиши учун олиб борилади. Диспутда ҳеч бўлмаганда икки киши ва битта Раис бўлиши керак. Битта қатнашчи сўзни очиб, иккинчи қатнашчи шу сўзга қарши чиқади – бу оппонент бўлади.

Диспутни очувчига ва оппонентга олдиндан сўзга чиқиш учун матн тайерлаб берилади. Хар бир қатнашчи 5 минут давомида сўзга чиқади. Диспутнинг очилишида ярим соат давомида диспут мавзусига оид қаршиликлар бўлса айтилади. Бунинг учун 3 минут берилади. 2 марта сўзга чиқиш мумкин эмас. Хамма қатнашчилар раисга мурожат этадилар ва унинг қарори қатъий ҳисобланади.

Сўзга чиқиш тартиби қуйидагича:

- Очувчи
- Оппонент
- Очувчининг ёрдамчилари
- Оппонентнинг ёрдамчилари
- Аудиторияда қатнашувчиларнинг сўзга чиқиши
- Оппонентнинг сўзга чиқиши
- Очувчи

Раиснинг ассосий вазифаси қатнашчиларни диспутдан четланишини чеклаш.

«АКАДЕМИК ПОЛЕМИКА» усули

Гурух 2 командага бўлинади. Уларнинг хар бирига вазиятли масала берилади, масалан, врач – бемор. Хар бир командада бир – иккита талаба консультациянинг ижобий томонларини тахлил қилиб (адвокатлар), бошқалар консультациянинг салбий томонларини тахлил этадилар (прокурорлар).

“Адвокатлар” ва “Прокурорлар” натижалари ўқиб берилади ва бутун гурух олдида тахлил қилинади. Бу усул талабалардан чуқур билимларни талаб этади. Ўқитувчи «суд ишини» ривожланишини назорат қилиб, вазиятда химоя ва қарши кучларни кўриб чиқади.

Масалан. Бемор Н. 12 ешда. Қоринда оғриқ, ўнг ёнбош соҳада доимий оғриқ, А\Б- 110\70 мм. сим. уст. Онасининг айтишича, бола кам характ бўлиб қолган, иштахаси суст. Кўнгил айниши, бир марта қусган. Врач кўшимча равишда қонда лейкоцитлар миқдорини, сийдик анализини топширишни тавсия этди. Пархез ва но-шпа таблеткасини таклиф этди. Такрорий қабул – иккинчи кунда. Кечкурун беморнинг ахволи оғирлашди, қориндаги оғриқ кучайди, оғриқлар кунгил айниши ва қусиш билан бирга ичи бир марта ўтган. Врачни уйга чақиришган, “анальгин+димедроль” м/о қилиниб, «тез ёрдам» билан касалхонага жўнатишди. Тез тиббий ёндам маркази қабул бўлимига келтиришгандан сўнг, беморга “ўткир аппендицит, перитонит?” ташхиси қўйилиб, шошилиш операция қилишга келишилди. Бу даврда беморни ахволи янда оғирлагани кузатилди.

Тахлил.

«Прокурор» 1чи марта бемор врач кўригида бўлганда “ўткир аппендицит” ташхиси қўйилмаган ва у касалхонага юборилмаган, шу учун унда перитонит ривожланиб, шошилиш операция қилишга мажбур бўлиган.

«Адвокат» - врач қонда лейкоцитлар миқдорини, сийдик таҳлилин буюрган, панҳез тайинлаб, оғриқда но-шпа буюрган, қайта кўриққа келишини тайинлаган.

«Прокурор» врач тавсия бенгандан сўнг, врач шу ҳолат симптомларини назорат қилиши керак, лейкоцитлар миқдорини ошиши, ношпадан кейин қоринда оғриқ сусаймаганлиги, қусиш ва бошқалар.

Шу тарика, таҳлил вақтида полемикалар ёрдамида талабалар шу мавзуга оид билимларини намоён этадилар. Бу нафақат билимни, балки вазиятни таҳлил қилиб билишидир. Бу эса келажакдаги иш фаолиятларида ахамиятга эга.

«ҚОР БЎЛАКЧАСИ» усули

2 гуруҳдан иборат бўлган талабалар ўзаро битта муаммони ёки вазиятни, энг кўп тўғри жавобларни тўплаш мақсадида таҳлил қиладилар. Масалан, уткир аппендицит симптомларини тасвирлаш ва бошқа оғриқли қорин синдромларининг қисий ташхисотини олиб бориш.

Хар қандай тўғри жавоб шу гуруҳга «қор бўлакчаси» кўринишида балл келтиради. Энг кўп балл тўплаган гуруҳга аъло баҳолар қўйилади.

«Аквариум» услуби

Бунда гуруҳдан 3 киши танланиб ўртага қўйилади, улар – «балиқ» бўлса, қолган талабалар кузатувчилар бўлади. Бу ҳолат «нима, қаерда, қачон?» телеуйинига ўхшайди. Ўртадаги талабалар бир минут ичида жавоб тополмаса, улар ўрнига бошқа учлик ўтиради.

Бу услубнинг афзаллик томонлари:

- Мавзу ўртада муҳокама қилинади.
- Мавзуни очиқ беради.
- Талабаларнинг билимини текшириш.
- Дискуссия қилиш билими ошади.
- Уйин усулида ўтказилади.
- Хар бир талаба иштирок этади.

3. Ўқув соатлари миқдори

Соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулоти бўйича тақсимланиши (соат)				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулоти	Клиник машғулоти	
73	57	6	23	28	16

4. Маърузалар

4.1. Маъруза машғулотларининг тематик режаси Маъруза машғулотлар мавзуси

№	Номи	соат
1	Ошқозон – ичак тракти ривожланиши норасоликлари ва нуқсонлари	2 с
2	Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари	2 с
3	Буйрак ва сийдик йўллари ривожланиши норасоликлари ва нуқсонлари. Қоринпарда вагинал ўсиғи ва тухумчалар ривожланиши норасоликлари ва нуқсонлари	2 с
Жами		6 соат

1. *Оиқозон – ичак тракти ривожланиши норасоликлари ва нуқсонлари.* Тугма ичак тутилишлари хакида тушунча. Ичаклар ивожланиши эмбриогенези: Пилоростеноз, Ледда синдроми, мальротация синдроми, атрезиялар, мегаколон, ичак найи иккиланишлари, Мегаколон. Клиникаси, ташхиси, давоси, операциядан кейинги реабилитация.

2. *Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиши нуқсонлари ва аномалиялари.* Туғма портал гипертензия сабаблари. Болаларда дарвоза венасининг тромбози. Бадд-Киари синдроми. Фиброхолангиокистоз. Биллиар атрезияни жигар ичи ва ташқи ҳамда мужассам турлари. Умумий ўт йўли ва меъда ости безини кисталари.

3. *Буйрак норасоликлари ва нуқсонлари – таърифи, классификацияси.* Туғма гидронефроз, уретерогидронефрозлар. Супра-, инфравезикал обструкциялар. *Қоринпарда вагинал ўсиги ва тухумчалар ривожланиши норасоликлари ва нуқсонлари.* Чов чурралари, истиско, крипторхизм, варикоцеле этиопатогенези, клиникаси, дифференциал диагностикаси, даволаш усуллари.

5. Амалий ва клиник машғулотларнинг тематик режалари

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	хам маси
1.	Қизилўнгач туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари	2	3	5
2.	Ўпкаларнинг туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари Диафрагма туғма чурралари	2	3	5
3.	Меъда ва 12б.и. туғма ўтувчанлигини бузилишлари (туғма юқори ичак тутилиши)	3	4	7
4.	Ичак тизимини куйи туғма тутилиши	3	4	7
5.	Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари	4	3	7
6	Буйраклар ва сийдик чиқариш йўллари ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари	3	4	7
7.	Қорин олд девори, қорин-парда қин ўсимтаси ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари,	3	4	7
8.	ташқи жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари	3	3	6
Жами:		23	28	51

5.1. Амалий машғулотлар мавзулари мазмуни

№	Амалий машғулотлар номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда қисқача мазмуни	Адабиётлар
1	Қизилўнгач туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари, Қизилўнгач анатомияси ва физиологиясини бола ёшига боғлиқлиги. Қизилўнгач атрезиялари, атрезия турлари (оқмали ва оқмасиз). Қизилўнгач стенози. Туғма қисқа қизилўнгач. Қизилўнгач-трахея оқмалари. Қизилўнгач халазияси ва ахалазияси. <i>Интерфаол усул: стол ўртасида ручка</i>	А-1,2,3,7,8. Қ-1,2,4,6,8,9,10,11.
2	Ўпканинг туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари, Диафрагма туғма чурралари. Ўпкалар агенезияси, аплазияси ва гипоплазияси. Трахея ва бронхлар туғма норасоликлари. Ўпканинг туғма кисталари, туғма лобар эмфиземаси. Бронхоэктазлар. Ўпка секвестрланиши. Нафас йўллари туғма хасталиклари. Ёлғон чурралар: Бохдалек чурраси, парастернал ва френико-перикардиал чурралар. Хақиқий: диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари, диафрагма релаксацияси (турлари). Диафрагма чуррасида “асфиксик сиқилиши” синдроми. Диафрагма туғма	А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,8,9,10,11.

	чурралари клиникаси, ташҳисланиши, даволаш, амалиётидан кейин соғлиқни тиклаш тадбирлари. Интерфаол усул: думалоқ стол усули	
3	Меъда ва 12б.и. туғма ўтувчанлигини бузилишлари (туғма юқори ичак тутилиши). Меъда-ичак йўлини анатомио-физиологик хусусиятлари. Ошқозон атрезияси. Пилороспазм. Пилоростеноз. Дуоденал тутилиши. 12-бармоқли ичак атрезиялари ва стенози. Аорта-мезентериал дуоденал тутилиш. Ичак ниҳояланмаган физиологик бурилиши. Ледд синдроми. Туғма юқори ичак тутилишлари клиникаси, ташҳисланиши, даволаш, кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари. Интерфаол усул: ротация усули ёрдамида фикрни баён этиши	А- 1,2,3,7,8. Қ- 1,24,6,8, 10,11, 12
4	Ичак тизимини қўйи туғма тутилиши. Ингичка ичак атрезияси. Қорин бўшлиғининг ички чурралари. Ичак найининг туғма иккиланиши. Мекониал илеус. Гиршспрунг касаллиги. Долихосигма. Аноректал соҳа ривожланиш нуқсонлари: тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси (оқма ва оқмасиз шакли). Клиникаси, ташҳисланиши, даволаш ҳамда амалиёт ишидан кейинги соғлиқни қайта тиклаш тадбирлари. интерфаол усул: инцидент усули	А- 1,2,3,4,5. Қ- 1,24,6,8, 10,11, 12
5	Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Туғма портал гипертензия сабаблари. Болаларда дарвоза венасининг тромбози. Бадд-Киари синдроми. Фиброхолангиокстоз. Биллиар атрезияни жигар ичи ва ташқи ҳамда мужассам турлари. Умумий ўт йўли ва меъда ости безини кисталари. Халқасимон меъда ости бези (тўлиқ ва нотўлиқ халқа кўринишлари). интерфаол усул: тур	А- 1,2,3,4,5. Қ- 1,24,6,8, 10,11, 12
6	Буйрақлар ва сийдик чиқариш йўллариининг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Буйрак ва Сийдик найининг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари -классификацияси, сийдик найи обструкцияси, иккиланиши, гидроуретер, мегауретер, қовуқ-сийдик найи рефлюкси. Болаларда гидронефроз. Инфравезикал обструкция: сийдик чиқарув канали стенозлари ва қопқалари, уруғ дўнгчаси гипертрофияси, мегатригонум ва Лъето учбурчаклигининг шиллик парда гипертрофияси ҳамда Марион касаллиги. Қовуқ туғма касалликлари: туғма иккиланиши, дивертикули ва ураҳус битмаслиги. Клиникаси. интерфаол усул: тур «полемика»	А- 1,2,3,7,8. Қ- 1,24,6,8, 10,11, 12
7	Қорин олд девори, қорин-парда қин ўсимтаси ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Қорин олд девори ривожланиш нуқсонлари: киндик чурраси, қорин оқ чизиғи чурралари, гастрошизис ва эмбрионал чурра. Қовуқ экстрофияси. Қоринпарда қин ўсимтасининг битмаслиги. Туғма чов чурралари (чов-ёрғоқ ҳамда чов-лабиал чурралар), мойк ва уруғ тизими парда истисқоси, Нукк кистаси клиникаси. интерфаол усул: тур «академик полемика»	А- 1,2,3,6,7, 8.Қ- 1,2,4,6,8, 10.
8	Ташқи жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Мойкларнинг ривожланиш нуқсонлари. Анорхизм. Монорхизм. Мойк агенезияси ва аплазияси. Полиорхизм. Крипторхизм. Мойк эктопиялари. Варикоцеле. Фимоз. Гипоспадия. Эписпадия. Гематокольпос ва гематометра. Ташқи жинсий аъзоларнинг туғма хасталиқларининг клиникаси, ташҳисланиши, даволаш интерфаол усул: тур «кор парчаси»	А- 1,2,3,6,7, 8.Қ- 1,2,4,6,8, 10.

5.2. Ўқув клиник амалиёти

Мавзувий режа бўйича Вилоят болалар куп тармоқли тиббиёт маркази бўлимларида, амалий кўникмаларни эгаллаш лабораториясида, ҚВП модулида ўтказилади.

Клиник машғуллар мавзулари мазмуни

№ маш- ғулот	Клиник машғулотлар номлари ва уларнинг қисқача мазмуни
1.	Қизилўнғач туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.
2.	Ўпкаларнинг туғма ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари Диафрагма туғма чурралари. Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.
3	Меъда ва 12б.и. туғма ўтувчанлигини бузилишлари (туғма юқори ичак тутулиши) Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.
4.	Ичак тизимини қуйи туғма тутулиши Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.
5.	Жигар, ўт йўллари ва меъда ости безини ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.
6.	Буйраклар ва сийдик чиқариш йўлларининг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.
7.	Қорин олд девори, қорин-парда қин ўсимтаси, ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари. Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукаммал урганиш.

8.	Ташқи жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари Беморлар курацияси. Шикоят ва анамнез анамнезни йиғиш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Тахминий ташхисини тузиш. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Бемор операциясида иштирок этиш. Жамоа билан беморлар таҳлили. Касаллик тарихини мукамал урганиш.
----	--

7.Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Лаборатория ишлари болалар хирургик касалликлари фанидан тайёрланган намунавий дастури бўйича режалаштирилмаган.

8. Мустақил иш ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишининг асосий мақсади – ўқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида муайян ўқув ишларини мустақил равишда бажариш учун билим ва кўникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзулар бўйича ёзма ҳисобот (конспект) тайёрлаш;
- берилган мавзулар бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- илмий мақола ва анжуманга маъруза тайёрлаш ва ҳ.к.

8.1. Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

т/р	Мавзулар мазмуни	соат
1	Буйраклар аплазияси, агенезияси, гипоплазияси; сийдик найи ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари;	2
2	Буйраклар жойлашиш, сон, ўзаро боғлиқлик ва таркиби аномалияси;	2
3	параумбликал чурра; туғма вентрал чурра;	3
4	киндик оқмалари: тўлиқ ва нотўлиқ;	3
5	Меккел дивертикули; ичак найини иккиланишлари (кистоз, дивертикулли, найли шакллари);	3
6	туғма ўсмалар: тератома, нефробластома, нейробластома, лимфогранулематоз, лимфосаркома.	3
	жами:	16 с

Амалий кўникмалар:

I. Диагностик ва даволаш зарурий усуллари ва манипуляциялар:

1. Элефант Синамаси;
- 2.Ошкозонни зондлаш, озиклантириш, ошкозонни ювиш;
- 3 .Даволаш ва диагностик атропинизация принциплари;
- 4 .Ковук катетеризацияси ва ковук перкутан пункцияси;
5. Сифон тозаловчи клизма;
- 6.Новакаинли блокадалар: Лукашевичу-Оберст, Школьников, пре-, ва паратрахеал, паравертебрал, паранефрал, пресакрал, футляр.

Асосий адабиётлар

- 1.Сулейманов А.С ва ҳам муал.Болалар хирургияси. дарслик 2000 йил Тошкент, Ибн Сино нашриёти.
2. Исаков Ю.Ф, «Детская хирургия». дарслик 2004, в 2-т, М
3. Исаков Ю.Ф. ва ҳам муалл «Руководство по торакальной хирургии детей», .Шифокорлар учун қўлланма 1978, М

4..Баиров Г.А «Срочная хирургия детей», дарслик 1997, С-П

Қўшимча адабиётлар

1. Аюбян В.Г “Хирургия печени у детей”, қўлланма 1978,М
- 2..Ленюшкин А.И «Детская колопроктология», қўлланма 1990, М.
- 3.Баиров . Г.А «Абдоминальная хирургия детей», дарслик 1994, С-П
4. Лопаткин Н.А, Пугачев А.Г. «Детская урология», 1986, М.дарслик
5. Михельсон В.А. «Основы детской анестезиологии и реанимации», дарслик. 1984, М.
6. Дурнов Л.А. «Педиатрическая онкология»,дарслик 1996, М
7. Кудрявцев В.А, «Детская хирургия в лекциях». дарслик 2000, Архангельск.
- 8.Холдер Т.Н, Ашкрафт К.У, «Детская хирургия», Қўлланма 1997, в 3-х т., перевод с англ.
9. Интернет материаллари:
www.murm.det.hir.; www.college.ru; www.Med.surg.child/
www.tma.uzsi.net.

ТАРКАТМА МАТЕРИАЛЛАР

Вазиятли масала № 1

С. исмли бемор, 2 кунлик, тугрукхонадан болалар хирургияси булимига кучирилган. Чакалокни тугилгандан дархол бурун ва огзидан куп микдорда купикли ажралма кела бошлаган. Биринчи кун охирига бориб беморда нафас аритмияси, хансираш, цианоз белгилари пайдо булган. Нафас сони – 54 марта дакикада. Упкаларида хар хил калибрили хириллашлар хамма жойида эшитилади. Пульс - 146 та дакикада. Юрак тонлари кучли, ритмик. Юрак чуққисиди систолик шовкин эшитилади.

Жигар ковулга ёйидан 1,5 см чикиб турибди, талок пайпасланмайди. Меконий булган. Корин дам, купрок эпигастрал сохасида, таранг эмас, палпацияда огриксиз.

1. Дастлабки диагнозни куйинг.
2. Диагнозин тасдиқлаш учун яна кандай текшириш усуллари ни утказиш зарур.
3. Операция олди тайёргарлик ва даволаш тактикаси

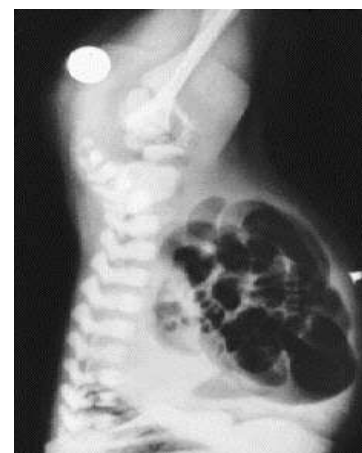


Вазиятли масала № 2

Д. исмли киз бола, 6 соатлик, тугрукхонада. Анамнезидан маълумки, онаси 21 ёшда. Хомиладорлик ва тугрук биринчиси. Мазкур хомиладорликнинг 8-9 хафталигида 3 кун давомида майда нуктали тошмалар тошган ва буйин сохасида огрик безовта килган. Хомиланинг учинчи уч ойлиги хомиланинг тушиши хафви билан утган. Тугрук 35-36 хафталик муддатда булган, бунда хомила сувлари хира, Апгар шкаласи буйича 6-7 балл. тана огирлиги– 2050 гр, буйи – 41 см.

Бола тугилгандан сунгги куриқда анал сохасида орка чикарув тешиги йуклиги аникланган. Корин одатдаги шаклда, дам эмас. Бола йиглаганда уретрадан газ пуфаклари ажралади. Сийдик меконий билан аралашган.

1. Дастлабки диагноз куйинг



2. Дигнозни тасдиклаш учун кандай кушимча текширишлар утказиш зарур
3. Беморни даволаш тактикасини аникланг.
4. Мазкур нуксонларда кандай оператив усуллар кулланилади.

Вазиятли масала №3

И. исмли бола, 22 кунлик, болалар жаррохлиги булимига онасининг сузига кура эмизгандан кейин кусиш шикоятни билан ёткизилди. Болада кусиш ётганда, кичкирганда, йиглаганда юзага келади. Умумий ахволи огир. Курик пайтида болада кисман кекириш бор. Иштахаси камайган. Суюк барий билан Тренделенбург холатида контрастли рентгенография килинганда барий аралашмасини ошкозондан кизилунгачга кайтиши аникланади. Эзофагоскопияда кизилунгач шиллик каватда тургун пептик яралар аникланади.

1. Дастлабки диагнозни куйинг.
2. Кандай кушимча текширишлар утказиш зарур?
3. Мазкур касалликда кандай даволаш тактикаси кулланади?

Вазиятли масала № 4

А. исмли 3 ёшли угил бола, шифохонага режали равишда онаси сузидан мустакил ахлат килмасликка, метеоризмга шикоятни билан мурожаат килди. Касаллиги 5 ойлигида, кушимча овкат беришдан кейин бошланган, шундан сунг болада вакти вакти билан ич котиши ва корин дам булиши ва кусиш безовта кила бошлаган. Тозаловчи хукнадан сунг ёки газ чиқарувчи най урнатилгандан сунг ахлат килган.

Курик вақтида умумий ахволи огир. Боланинг физик ривожланиши орқада колмокда. Иштахаси суэ. Гипотрофик. Тери копламалари окимтир. Корин хажми симметрик катталашган, палпацияда юмшок, огриксиз. Аускультацияда ичакларнинг харакати шовкинлари баланд эшитилади. Тугри ичак бармок билан курилганда ампула буш, сфинктер тонуси ошган. Кон умумий тахлилида – урта даражали анемия аникланади.

1. Дастлабки диагноз куйинг.
2. Беморни даволаш тактикаси белгиланг.
3. Хирургик даволаш усуллари ва муддатини айтинг.



Вазиятли масала №5

К. исмли 13 ёшли бола, клиникага тез чарчашга, тез тез бош огришига, физик зурикиш вақтида балгамли йуталга, вакти вакти билан туш сохасидаги огрикка шикоятни билан мурожаат килди. Анамнезида бола тез тез бронхит билан касалланиб туради. Йутал доимо кузатилмокда, касаллик авж олган вақтларда кучаяди. Ажралган балгам йирингли. Тана харорати субфебрил. Утказган касалликлари: грипп, кизамик, бронхит, уткир пневмония.

Бола тана массаси дефицити 35% гача. Тери копламалари окимтир, нам. Оёк-кул бармоклари тирнок фалангалари барабан таёкчаси куринишига эга. Пульс – 84 та дакикасига. НС – 28 та дакикада. Кукрак кафаси чап томони нафас актида орқада колмокда. Нафас актида ёрдамчи мушаклар иштирок

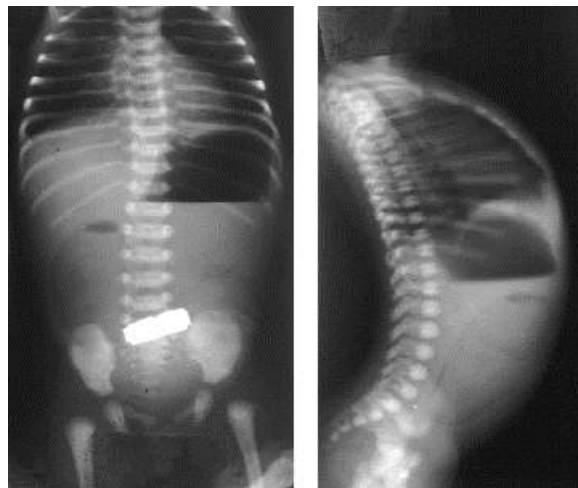


этмокда. Чап упканинг хаво сизими камайган. Аускультацияда майда пуфакчали хириллалар, купрок чап упка пастки ва ён сохаларида.

1. Дастлабки диагноз куйинг.
2. Диагнозин тасдиқлаш учун кандай текшириш усулларини утказиш зарур.
3. Консерватив терапия ва мазкур касалликнинг хирургик даволаш усуллари айтинг

Вазиятли масала № 6

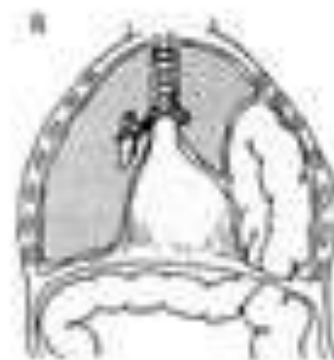
С. исмли угил бола, 20 соатлик. Тугрукдан 4 соат утгач бола ивиган сут ва ут аралаш кулган. Кусик моддаси куп микдорда. Курик вақтида корин нотекис, эпигастрал сохаси шишган. Шиш кулгандан сунг кичиклашган. Корин пайпаслаганда юмшок, хамма сохалари огриксиз. Жигар ковулга ёйидан 1,5 см чиккан, талок пайпасланмайди. Меконий ажралган. Пульс- 146 тагача дакикада. Юрак тонлари аник, ритмик. Юрак чуққисида систолик шовкин. НС- 53 та дакикада. Упкаларида хул хириллалар эшитилади. Болалар хирургии куригидан сунг болани болалар хирургияси булимига кучириш тавсия этилган.



1. Дастлабки диагнозни куйинг.
2. Диагнозин тасдиқлаш учун кандай текшириш усулларини утказиш зарур.
3. Оператив даволаш усуллари.
4. Операциядан кейинги даврда булиши мумкин булган асоратларни айтинг.

Вазиятли масала № 7

И. исмли бола, 1 кунлик, болалар жаррохлиги булимига ушиб борувчи нафас етишмовчилиги клиникаси билан ёткизилди. Болада тугилиши биланок нафаснинг кийинлашуви, кучли хансираш 1 мин. да 62 тагача, кичкирганда ва тинчликда кучаювчи цианоз юзага келган. Нафас етишмовчилиги прогрессив кучайиб борган.



Булимга олиб келинганда ахволи огир, тери копламларида яккол диффуз цианоз мавжуд. Кукрак кафасини чап томондан бочкасимон шиш куринишидаги деформацияси аникланади. Нафас кийинлашган, нафасда ёрдамчи мушаклар иштирок этади, 1 минутда 86 тагача, хансираш кузатилмокда. Перкуссияда чап томонда тимпаник товуш, аускультацияда унгдан сусайган нафас, хириллалар эшитилади, чапдан эса упка товуши эшитилмайди. Юрак тонлари тушдан унг томонда эшитилади, Пульс дакикасига 160 марта. Корин шакли ассиметрик.

1. Дастлабки диагнозни куйинг.
2. Плевра ичидаги зуриқиш симптомларининг ошиб боришига сабаб нима.
3. Оператив даволашга курсатма ва унинг асосий этаплари.

Вазиятли масала № 8

В. исмли бола, 5 кунлик. 3 кунлигида чакалоқлар патологияси булимига олиб келинди. Шикоятлари кориннинг доимий дамлигига, ошқозон махсулотларининг димланишига, ут рангли қусишга, холсизликка, тери копланларининг оқаришига, тана хароратининг 38,3 С гача кутарилишига.

Куриқда: ахволи оғир, холсиз. Тери копланлари кулранг-ер рангли, акроцианоз. Катта ликилдоқ 3 x 2,5 см, шишмаган. Упкасида дағал нафас, хириллашлар йўқ. НС дақиқасига 50 марта. Юрак тонлари аниқ. Пульс дақиқасига – 137 марта. АКБ – 80/40 мм. сим. уст.га тенг. Корин бир текис дамлаган, ичаклар перистальтикаси куришиб турибди, пальпация қилишнинг иложи йўқ, пальпация қилганда каттик кичкиради. Корин бушлигида бирор бир қушимча ҳосила аниқланмади. Жигар ковурга ёйдан 3,5 см чиқиб турибди, талок пайпасланади. Меконий чиқмаган.

1. Дастлабки диагнозни қуйинг.
2. Қандай қушимча текширишлар утқизиш зарур?
3. Операция олди тайёргарликнинг узига ҳослиги.
4. Мазкур беморда қандай даволаш тактикаси қулланади?



Вазиятли масала № 9

Уғил бола С., 14 соатлик, туғруқхонада. Анамнезидан маълумки, онаси 20 еш. Биринчи хомилдорлик, биринчи туғруқ, хомилдорликнинг 8-9- ҳафталигида 3 кун давомида буйин соҳасида оғрик безовта қилган ва нуқтасимон тошмалар булган. Хомилдорликнинг учинчи уч ойлигида хомила тушиши хавфи билан утган, туғруқ 35-36 - ҳафтада булган, хомила суви лойқалашган, Апгар шкаласи буйича 6-7 балл билан баҳоланган. Тана массаси туғилганда 2050 гр, узунлиги 41см. Туғруқхонада куриқда тери билан копланмаган киндик тизимчаси асосидан чиқувчи улчами 15x10см усмасимон буртма аниқланди. Ҳосила чузилган амнион пардаси билан копланган бу парда орқали ингичка ичак тутқичи ва жигар куринади. Яллигланиш белгилари йўқ.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Туғруқхонада биринчи ердам.
3. Бу патологияда болаларда қандай операция турлари бажарилади.
4. Асоратлари.



Вазиятли масала № 10

А. исмли бола, 1,5 ойлик. Қасаллик бошлангандан 2 ҳафта утгач «фонтансимон», утқир, ачқик хидли қусиш, тана оғирлигининг қамайиши, кам сийишга шикоят қилиб келди.

Қасаллик утқир, эмизидан кейин ва эмизганга нисбатан куп ивиган сутли қусиш билан бошланган. Қурсатилган симптомлар доимий характерда булиб, қучайиб борган. Уч кун аввал бола холсиз булиб қолган, сийишлар сони ҳар порцияда сийдик микдори қамайган. 3 кундан бери ахлат қилмаган.

Куриқда боланинг атрофга реакцияси суст, юз қиёфаси азобланган, тана массаси 3200 гр. Териси оқимтир, шиллик



каватлари оч пушти рангда ва курук. Ликилдок чуккан. Тери ости ёг кавати камайган. Пульс – 132 / дак. НС – 34 / дак. Эмизишга харакат килинганда кушишдан кейин эпигастрал сохадаги камаювчи шиш эътиборни узига тортади. Корин девори буйлаб силанганда меъда перистальтикаси тулкини эзага келади. Per rectum: ампула буш, сфинктер тонуси ошган.

1. Дастлабки диагноз куйинг.
2. Кандай кушимча текширишлар утказиш зарур?
3. Операция олди тайёргарлик нималарни уз ичига олади
4. Оператив даво усуллари



Вазиятли масала № 11

Д. исмли угил бола, 12 соатлик тугрукхонада. Анамнезидан, хомиладорликнинг 8-9- хафталигида 3 кун давомида буйин сохасида огрик безовта килган ва нуктасимон тошмалар булган. Хомиладорликнинг учинчи уч ойлигида хомила тушиши хавфи билан утган, тугрук 35-36 - хафтада булган, хомила суви лойкалашган, тана массаси тугилганда 2050 гр, узунлиги 41 см.

Тугрукхонада биринчи куриқда киндикдан унга корин олдинги деворида дефект борлиги аникланди, улчами 4x2,5 см, ингичка ичак туткичи эвентирацияси кузатилган. Киндик тизимчаси узгарисиз. Ингичка ичак туткичлари бир-бири билан ёпишган, айрим жойлари тук рангда.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Ушбу беморга даволаш тактикасини курсатинг.
3. Операция олди тайёргарлиги, унинг давомийлиги ва хусусиятлари.
4. Болалардаги бу патологияда кандай жаррохлик усуллари кулланилади.



Болалар хирургияси Вазиятли масала № 12

С. Исмли угил бола, 2 ешда, ота- онаси боланинг корин чап сохасида усмасимон хосила борлигига шикоят килиб келган, бу хосилани 3 кун олдин чумилтириш вақтида сезиб колишган. Яна шу аникландики, болада кейинги 6 ой давомида сабабсиз безовталик хуружлари, тез-тез сийиш кузатилади. Бола холсиз, жисмоний ривожланишдан орқада колган. Куриқда: тери коплами ва куринадиган шиллик пардалари окимтир- пушти рангда, тоза. Тери ости ёг кавати суст ривожланган. Упкада нафас кукрак кафасининг иккала томонидан бир хил эшитилади, хириллашлар йук. НС-28 та минутига. Юрак тонлари аник,



ритмик. Пульс-110 та минутига. Корин тугри шаклда, дамсиз, пальпацияда юмшок, чап ен сохада эластик консистенцияли, кучсиз огрикли, харакатчан, улчами 5х3 см ли хосила аникланади. Перитониал симптомлар манфий. Ахлат ва диурез нормада.

1. Диагноз куйинг.
2. Касаллик клиник манзараси
3. Даволаш усуллари.

ТЕСТ САВОЛЛАРИДАН НАМУНАЛАР

**“гипоспадиясиз” еки
“хордасимон”**

гипоспадия деганда:

уретранинг тугма

калталиги

уретранинг тугма

эгрилиги

уретернинг тугма

калталиги ва эгрилиги

олатнинг тугма калталиги

“Ички чурра” деганда

нима тушинилади

Чурра дарвозаси ва

халтаси корин бушлигида

Чурра дарвозаси корин

бушлигида, халтаси тери

остида

Чурра дарвозаси корин

бушлигида, халтаси

паранефрал клетчаткада

Чурра дарвозаси корин

бушлигида, халтаси

кукрак бушлигида

1 ешгача булган

болаларда мояк

пардалари

таранглашган ис-

тискосини даволаш

усули:

Винкелман операияси;

Росса операияси;

Бергман операияси;

Мояк пардаларини тешиш

(пункция);

1,5 ешгача болаларда

уруг тизимчаси ва мояк

пардалари истискосини

пайдо булишини асосий

сабаби:

корин парда кинсимон

усимтаси

облитерациясини

бузилиши;

шикастланиш;

инфекция;

чов ергок сохаси кон ва

лимфа томирлари

ривожланишини

бузилиши;

2 ешли болада чов

эктопияси шаклидаги

крипторхзм аникланди;

качон операция тавсия

этилади:

кечиктирмасдан операция

килинади;

6 ешгача;

10 е'шгача;

12 ешгача;

2 ешли болада чов

эктопияси шаклидаги

крипторхизм

аникланди; Кайси

вакгда операция килиш

керак:

кечиктирмасдан операция

килинади;

6 ешдан кейин;

10 ешгача;

12 ешгача;

2 ойлик болада

пилоростеноз касаллиги

тасдикланди;

Тактикангиз:

операция килиш;

бир курс спазмолитиклар

билан даволаб, кейин

операция килиш;

консерватив даволаш;

бир хафта давомида

парентерал озиклантириб,

кейин операция;

3 хафталик чакалокда

пилоростеноз борлигини

кайси белги тасдиклай

олмайди:

ут аралаш кушиш;

пальпацияда катталашган

привратникни

аникланиши;

ошкрзон

перистальтикасини

куруниши;

барийни ошкрзонда туриб

қрлиши;

4 ешли болада

Гиршпрунг

касаллигини

декомпенсация

боскичида даволаш

усули:

киска муддатли операция

олди тайергарлиги

радикал операция;

сифонли хукна билан

консерватив даволаш;

шошилич колостома;

консерватив даволаш ва

колостома;

5 ешли болада

Гиршпрунг

касаллигини

декомпенсация тури

аникланди;

Тактикангиз;

радикал операция;

сифонли хукналар билан

консерватив даволаш;

цекостома куйиш;

юккрига кутарилувчи

йугон ичакка икки

стволли колостома

куйиш;

6 ешли боланинг
упкасида киста топилди,
ахволи коникарли
нафас етишмовчилиги
йук; Тактикангиз:
Операция
Киста пункцияси
Консервитив даво
Кузатиш
9 ешли болада мояк
пардаларининг
туташиган истискосини
даволаш усули:
Росса операцияси ва чов
канални Мартинов
буйича пластика килиш;
тухум пардаларини
тешиш (пункция);
Росса операцияси;
Винкельман операцияси;
Тугма калта кизилунгач
диагнозини аниклашда
асосий текшириш усули:
кизилунгачни контрастли
текшириш (Тределенбург
холатида);
эзофагоскопия;
ангиография;
фиброэзофагоскопия;
Тугма кизилунгач-
трахеа окмаси
диагностикасини асосий
усули:
трахеобронхоскопия;
ультратовушли
текшириш;
эзофагоскопия;
контрастли
эзофагография;
Тугма пилоростенозда
кусишнинг узига
хослиги:
фонтансимон кусиш;
ут аралаш кусиш;
кон аралаш кусиш;
узармаган овкат билан
кусиш;
Тугма пилоростенозни
асосий даволаш усули:
пилоромииотомия;
спазмолитикларни узок
муддат бериш;

пилорик канални бужлаш;
гастроэнтероанастомоз;
Агарда яйги тугилган
чакалок биринчи
эмизишдан сунг кусса,
Кизилунгач атрезияси
борлигини билиш учун
нима килиш керак:
ошкозонга зонд утказиш;
ичакларни контрастли
текшириш;
корин бушлиги
аускультацияси;
кукрак кафасини обзор
рентгенографияси;
Анал сох;а терисидан
тутри ичак кур тугаган
кисмигача булган
масофа канча булса
тугри ичак пастки
атрезияси дейилади:
2 см;гача;
3 см;гача;
4 см;гача;
5 см;дан куп булса;
Анал тешиги оралик
эктопияси кайси
касалликдан
фарклаиниши керак:
тугри ичак ва анал тешиги
атрезиясининг оралик
окмали тури;
тугри ичак ва анал тешиги
агрезиясиниш кин
дахлизи окмаси;
тугри ичак ва анал
тешигининг окмаси
турлари;
тугри ривожланган анал
тешиги ва тугри ичак
хамда оралик окмаси
булган холларда;
Анал тешиги тугма
торайишида клиник
белгиларнинг куриниш
вакти:
тугилгандан бошлаб;
1-овкат бергандаи кейин;
кушимча овкатлар бера
бошлагач;
1 ешдан кейин;

Анал тешигининг
эктопиясида кайси
халат операция килишга
курсатма булади:
окмани кин лахлизида
жойлашиши;
ичаклар дисбактериози;
капростаз;
анал тешигини олдинга
еки оркага силжиши;
Анаректал соха бу :
Орка чикарув тешиги –
анус ва тугри ичак-ректум
сохаси тушинилади
Орка чикарув тешиги –
анус ва йугон ичак-колон
сохаси тушиналади
Сийдик чикарув тешиги
ва тугри ичак-ректум
сохаси тушинилади
Оралик ва йугон ичак-
колон сохаси тушиналади
Ангиопульмонографияд
а упка кон
томирларининг кандай
холати бахоланади
Артериал, капиляр, веноз
кон билан тулишиш
жараени
Артериал, капиляр, веноз
кон билан тулишиш,
лимфа окимини
Кон томирлар топкасини
Упка паренхимаси кон ва
лимфа томирлар билан
таъминланишини
Анурияларнинг кайси
бири сийдик
аззоларининг
патологияси билан
боглик эмас:
аренал;
преренал;
субренал;
ренал;
Бадди Киари
синдромида портал кон
айланиши
бузилишининг кайси
шакли учрайди:
жигардан ташкари шакли
жигар усти шакли;

жигар ичи шакли;
жигар ости шакли;
**Беморда портал
гипертензия ва
ошкрзондан кон кетиш
асорати кузатиляпти,
консерватив
муолажалар ердям
бермаяпти; Нима килиш
керак:**
гастротомия ва кон
кетагган томирларни
боглаш;
таннер операцияси;
спленэктомия;
органопексия;
**Бир сугкалик
сийдикдаги шаклли
элементлар сони кайси
синама ердамида
аникданади:**
Зимницкий;
Аддис-Каковский;
Амбурже;
Ничепоренко;
**Богдалек тешигидан
куйидаги чурра хосил
булади;**
диафрагмал чурралар;
киндик тизимчаси
чурралари;
кориннинг олдинги
девори чурралари;
ички чурралар;
**Болада мояк
пардаларини ва уруг
тизимчасини
туташмаган
истискосини даволаш
усули:**
Винкельман операцияси;
Росса операцияси;
Бергман операцияси;
мояк пардаларини тешиш
(пункция);
**Болада таркалган икки
томонлама бронхоэктаз
аникланди, даво услуби:**
Планли равишда оператив
даво
Зудлик билан оператив
даво

Бюлау буйича плевра
бушлигини дренажлаш
Пульмоэктамия
**Болалар бронхоэктазия
касаллиги
бронхоскопиясида:**
Трахеобронхиал дарахт
холати бахоланади ва
максимал санация
килинади
Трахеобронхиал дарахт
утказувчанлик холати
бахоланади
Трахеобронхиал дарахт
холати бахоланади ва
резекция килинади
Трахеобронхиал дарахт
холати бахоланади ва
секция килинади
**Болаларда
бронхоэктазия
касаллигини оператив
даволаганда :**
Зарарланган соха кон
томир, упка паренхимаси
колдирилиб, факат бронх
экстирпация килинади
Зарарланган соха кон
томир, упка паренхимаси
ва бронх экстирпация
килинади
Зарарланган сохада факат
кон томир колдирилиб,
упка паренхимаси ва
бронх экстирпация
килинади
Зарарланган сохада факат
бронх колдирилиб, кон
томир ва упка
паренхимаси экстирпация
килинади
**Болаларда
бронхоэктазия
касаллигини оператив
даволаганда упка
резекциясидан бронх
экстирпациясини
афзаллиги:**
Кон-томирлар сакланиши,
упка паренхимасида
енгиллаштирувчи шунт
хосил булиши

Кон-томирлар сакланиши,
упка паренхимасида
склеротик тукима хосил
булиши
Упка паренхимасида
аэрация – хаво
алмашинуви сакланиши
Хаммаси тугри
**Болаларда портал
гипертензияда
гастротомиядан кейини
ошкзозон тикилган
чокларини очилиб
кетганлигини кайси
кулай текшириш усули
билан аникдаш мумкин:**
спленопортография;
ультратовушли текшириш;
ирригография;
корин бушлигини обзор
рентгенографияси;
**Болаларда портал
гипертензияда оптимал
портоковал анастомоз
хисобланади:**
кавамезентериал
анастамоз;
спленоренал анастомоз;
дарвоза ва пастки ковак
веналар орасидаги
анастамоз;
енбош артериялардан
артериовеноз шунт
куйиш;
**Болаларда
таранглашмаган мояк
пардалари истискосини
сабаби:**
кин усимтасини
епилмаганлиги;
корин ичи босимини
ошиши;
чов сохаси кон ва лимфа
тизими диспропорцияси;
чов-ергок сохаси
шикастлари;
**Болаларда чов
чурралари
операциясидан асосий
максад:**
корин парда кин
усимтасини йукотиш;

чов канали олдинги
деворини мустахкамлаш;
чов каналини орка
деворини мустахкамлаш;
чов каналини
торайтириш;

**Болаларда чов
чурраларини операция
килиш учун оптимал
еш:**

3 ешдан;
1 ешдан;
5 ешдан;
ташхис куйилгач;

**Болаларда чов
чурраларини пайдо
булишининг асосий
сабаби:**

корин парда кин
усимтасини
бекилмаслиги;
болани куп йиглаши;
чов канали юза тешиги
улчамларини катта
булиши;
чов сохаси мушаклари
етишмовчилиги;

**Болаларда чов
чуррасини операция
килишнинг ешга
богликлиги асосида
нима етади:**

чов чурраси асоратлари
ривожланиш хавфи;
иммунитет хусусиятлари;
чов сохаси юмшок
тукималарини
дифференцировка
хусусиятлари;
бириктирувчи тукима
метоболизми характериға;

**Бронхоэктаз
касалигининг
шакллари буйича
канака турлари бор:**
цилиндрик, кистасимон,
халтасимон;
цилиндирик, кистасимон,
диффуз ;
цилиндирик, кистасимон,
аралаш;

халтасимон, аралаш,
кистасимон;
**Бронхоэктаз
касалигининг
шакллари буйича
канака турлари бор:**
цилиндрик, кистасимон,
халтасимон;
цилиндирик, кистасимон,
диффуз ;
цилиндирик, кистасимон,
аралаш;
халтасимон, аралаш,
кистасимон;

**Бронхоэктазия
касалиги билан купрок
ендош булади:**
Бурун ендош бушликлари
ва бурун-халкум
касаликлари
Бронхит, пневмония, упка
ателектази

Бронхиал астма,
сурункали бронхит
Лобар эмфизема,
диафрагмал чурралар

**Бронхоэктазия
касалиги бор богча
ешидаги болалар
купинча кайси
касаликлар билан
касаланадилар**

Бронхит, пневмония,
юкори нафас йуллари
катарал яллигланиши
Бронхит, пневмония,
юкори нафас йуллари ет
жисми

Бронхит, деструктив
пневмония, юкори нафас
йуллари уткир респиратор
инфекцияси

Бронхиал астма,
пневмония, юкори нафас
йуллари катарал
яллигланиши

**Бронхоэктазия
касалиги бронхлар
кенгайиш тури ва
локализацияси
аниклашдаги**

**информатив текшириш
усули:**

Бронхография
Тасвирий рентгенография
Бронхоскопия
Компютерли томография

**Бронхоэктазия
касалиги
бронхоскопиясида
кулланиладиган
контраст модда:**

Сувда эрувчи
(пропилюдол)
Егда эрувчи (йодолипол)
Сувда эрувчи (барий
сульфат)

Верографин, ангиографин

**Бронхоэктазия
касалиги
бронхоскопиясида
наркоз тури:**

Эндотрахеал
(комбинирлашган)
Томир ичи мононаркоз
(кетамин)

НЛА
(нейролептанальгезия)

Перидураль анестезия
**Бронхоэктазия
касалиги даволаш
принципи:**

Махаллий учокка,
макроорганизмга,
микроорганизмга
Махаллий учокка,
макроорганизмга,
трахеобронхиал дарахтга
Махаллий учокка, упка

паренхимасига,
микроорганизмга
Барчаси тугри

**Бронхоэктазия
касалиги келиб
чикишига караб
таснифланади:**

Орттирилган, тугма,
дизонтогенетик
Тугма ва орттирилган
Орттирилган, тугма,
дизэмбриогенетик
Орттирилган, тугма ва
постоперацион

**Бронхоэктазия
касаллиги купрок кайси
ешда учрайди**

5 ешгача
10 ешгача
1 ешгача
14 ешгача

**Бронхоэктазия
касаллиги огир
асоратида кузатилади:**

Сассик балгам, кон
кетиши, кон тупуриш
Балгам тупуриш, тез
чарчаш, терлаш
Сассик балгам, хансираш,
тахикардия
Иштаха пасайиши, кон
кетиши, кон тупуриш

**Бронхоэктазия
касаллиги сабаби**

купрок:

Ортирилган
Тугма
Дизонтогенетик
Тугма ва Ортирилган

**Бронхоэктазия
касаллиги тасвирий
рентгенографиясида:**

Ячейкасимон оқариш ва
халкали-галвирсимон соя
аникланади
Гомоген соя аникланади
Упканинг юкори
сегментларида кора
доғлар булади
Синуслар қорайиши
кузатилади

**Бронхоэктазия
касаллиги тугма турида
бронхлар кайси турда
кенгайган булади**

Кистасимон, дағал
халтасимон
Кистасимон,
цилиндрсимон
Дағал халтасимон,
цилиндрсимон
Цилиндрсимон,
шингилсимон

**Бронхоэктазия
касаллигида асосан**

**кайси структура
зарарланади**

Бронхлар
Упка паренхимаси
Алвеолалар
Трахея

**Бронхоэктазия
касаллигида
аускультатив
эшитилади:**

Хар хил калибрли нам ва
курук хириллашлар
эшитилади
Нафас каттиклашиб, дағал
товуш эшитилади
Сусайган нафас
Пуэриль нафас фониди
бронхофония

**Бронхоэктазия
касаллигида перкутор**

аникланади:

Тумтоклашиши
Кутичали товуш
Узгаришсиз
Хаммаси тугри

**Бронхоэктазия
касаллигини оператив
даволаганда кузатилади:**

Упка, юрак
етишмовчилиги, кичик
кон айланиш доирасида
гипертензия
Упка, юрак
етишмовчилиги, катта кон
айланиш доирасида
гипертензия
Упка, жигар циррози,
кичик кон айланиш
доирасида гипертензия
Постгипоксик
энцефалопатия, кичик кон
айланиш доирасида
гипертензия

**Бронхоэктазия
касаллигининг асосий
диагностик усули:**

Бронхография
Бронхоскопия
Кукрак кафасини
ултиратовушли текшириш
Кукрак кафаси умумий R-
графияси

**Бронхоэктазия
касаллигининг асосий
диагностик усули:**

Бронхография
Бронхоскопия
Кукрак кафасини
ультратовушли текшириш
Кукрак кафаси умумий R-
графияси

Бронхоэктазия нима

Бронхларнинг патологик
кенгайиши билан
кечадиган сурункали
яллигланиш касаллиги
Бронхларнинг патологик
кенгайиши билан
кечадиган уткир
яллигланиш касаллиги
Уткир бронхитнинг
сурункали утгандаги
клиник куриниши
Упка паренхимаси ва
бронхлар патологик
кенгайиши

**Бронхоэктазияда
бронхларнинг кайси
функцияси бузилади**

Дренаж функцияси
Аэрация функцияси
Тармокланиши
Газ алмашинуви

**Бронхоэктазияда
кенгайган бронхларда
қандай шароит ҳосил
булади**

Инфекцияланган
балгамнинг туриб
қолишига
Газларнинг туриб
қолишига
Аэрация бузилиши
натижасида газларнинг
ифлосланишига
Дренаж функциясининг
яхшиланишига

**Бронхоэктазияда
сурункали яллигланиш
атроф-туқимага қандай
таъсир этади**

Упка паренхимаси
склерози ва зарарланган
соҳанинг газ

алманишувига иштирок
этмаслигига олиб келади
Упка паренхимаси
яллиглиниши ва
зарарланган соханинг
склерозига
Упка паренхимаси
деформацияси ва кон
айланишига иштирок
этмаслигига олиб келади
Зарарланган соханинг газ
алманишувига иштироки
кучайишига

**Буйрак гипоплазияси
аникланади:**

Экскретор урографияда
Тасвирий урографияда
УТТ да
Пальпацияда

Буйрак гипоплазияси:

Буйрак улчамининг
кичиклиги
Буйрак косача ва жомча
улчамининг кичиклиги
Буйрак паренхимаси
улчамининг кичиклиги
Буйрак емирилиши

Буйрак дистопияси:

Жойлашув аномалияси
Структура аномалияси
Улчами аномалияси
Узаро муносабат
аномалияси

**Буйрак иккиланишига
хос:**

Буйрак иккала сегменти
бир фиброз капсулада,
иккита жом мавжуд
Буйрак иккала сегменти
бир сероз капсулада,
иикита жом мавжуд
Буйрак иккала сегменти
алохида фиброз
капсулада, иккита жом
мавжуд
Буйрак иккала сегменти
бир фиброз капсулада,
бирта жом мавжуд

**Буйрак кисман
иккиланишида сийдик
найи:**

юкори сегмент сийдик
найи пастки сегмент
сийдик найига ковукдан
юкорида туташади
юкори сегмент сийдик
найи пастки сегмент
сийдик найига ковукдан
пастда туташади
юкори сегмент сийдик
найи пастки сегмент
сийдик найига ковукда
туташади
юкори сегмент сийдик
найи ва пастки сегмент
сийдик найи ковукга
алохида киради

**Буйрак тулик
иккиланишида сийдик
найи:**

юкори сегмент ва пастки
сегмент сийдик найи
ковукга айрим-айрим
киради
юкори сегмент ва пастки
сегмент сийдик найига
ковукда туташади
юкори сегмент сийдик
найи пастки сегмент
сийдик найига ковукдан
юкорида туташади
юкори сегмент сийдик
найи пастки сегмент
сийдик найига ковукдан
пастда туташади

**Буйраклар
иккиланишининг асосий
диагностика усули:**

эксекретор урография;
ультратовушли
текшириш;
радиоизотоп ренография;
обзор урография;

**Буйракларни
жойлашиш
аномалияларини
тасдикловчи энг
ишончли текшириш
усули:**

эксекретор урография;
умумий урография;
буйрак пункцияси;

радиоизотопли
ренография;
**Буйракларнинг
куйидаги кайси холати
гетеролатерал
дистопияда учрайди:**

1-симон;
L-симон;
S-симон;
такасимон;
**Вангенстин буйича
рентген текшириш
утказиш вақтида
беморнинг холати:**
оегини юкорига килиб;
вертикал;
горизонтал;
корин билан еткизиблиб;
**Варикоцелега айнан хос
булган белги:**

ергодда чувалчангсимон
хосилаларни
пайпасланиши;
ергокни шиши;
мояк хажмини
катталашиси;
мояк хажмини
кичиклашиши;
**Варикоцелега нима
сабаб булиши мумкин:**
буйрак венасида
босимнинг баландлиги;
мояк ва унинг ортиги
касалликлари;
мояк артериясида
босимнинг ортиши;
буйрак артериясида
босимни ортиши;

**Варикоцелени рационал
даволаш усули:**

иваниссевич операцияси;
чап мояк венасини
эндоваскуляр
склеротерапияси;
консерватив даво;
паломо операцияси;
**Варикоцеленинг
ривожланишига
мойиллик берувчи
омиллар:**

можк веналари
клапанларининг
нимжонлиги;
можк ва унинг ортиги
касаллиги;
корин парда кинсимон
усимтаси касалликлари;
ергок шикастлари;
**Везико-уретрал рефлюкс
неча даражаси
фаркланади:**

5 та
6 та
4 та
3-4 та

**Везико-уретрал
рефлюкс:**

Сийдикнинг ковуқдан
юкори сийдик йулига
кайтиши
Сийдикнинг ковуқдан
пастки сийдик йулига
тушиши
Сийдикнинг юкори
сийдик йулидан ковуқга
тушиши
Сийдикнинг буйракдан
юкори сийдик йулига
тушиши

**Везико-уретрал
рефлюксни аниқлашда
кулланилади:**

Микцион
цистоуретрография
Микцион цистография
Экскретор урография
УТТ

**Везико-уретрал
рефлюксни оператив
даволашда
кулланилади:**

Грегуар, Политано-
Либтедд, Коэн
операциялари
Грегуар, Политано-
Либтедд, Микулич
операциялари
Грегуар, Фреде-
Рамштедда, Коэн
операциялари

Дюмаэль-Баиров,
Политано-Либтедд, Коэн
операциялари

Вильямс усмаси бу:

нефробластома
лимфобластома
нейробластома
гемоангиома

**Вольф найдан
куйидагилар хосил
булади:**

йигувчи каналчалар,
косачалар, уретер, уруг
найи;
буйрак коптокчалари,
илон изи каналчалар;
бачадон, кин, уруги
пуфакчаси; уруг найи;
жом, уретер, бачадон
найи, буйрак

**Гематокольпос
характерланади:**

Кизлик – хае пардасида
табий тешик булмаслиги
натижасида менструал
коннинг кинда еки
бачадонда тупланиб
колиши билан
характерланади;

Кизлик – хае пардасида
табий тешик булиши
натижасида менструал
коннинг биринчи марта
чикиши билан
характерланади;

Кизлик – хае пардаси
табий булмаслиги
натижасида менструал
коннинг кинда еки
бачадонда тупланиб
колиши билан
характерланади;

Кизлик – хае пардасида
табий тешик булмаслиги
натижасида хомиланинг
кинда еки бачадонда
колиши билан
характерланади;

Гематокольпос:

балогат ешига етаётган
киз болаларга хос булган
холат хисобланади;
балогат ешига етган киз
болаларга хос булган
холат хисобланади;
балогат ешига етаётган
угил болаларга хос булган
холат хисобланади;
турмуш курган аелларга
хос булган холат
хисобланади;

**Гематокольпосда
клиник белгилари
менструал цикл**

бошланиши билан:
менструал кон кинда
тупланиб колади, бир
неча кун коринни пастки
сохасида огрик безовта
килади;

менструал кон кинда
тупланиб колади, бир
неча кун тенезм
кузатилади;
менструал кон киндан
окиб, бир неча кун
коринни пастки сохасида
огрик безовта килади;
бир неча кун коринни
пастки сохасида огрик,
кунгил айтиши, кушиш
безовта килади;

**Гематокольпосда
клиник белгилари хар
циклдан сунг
характерланади:**

шикоятлари узвийлик –
(цикли) булиб, хар
циклдан сунг бемор
ахволи емонлашади;
шикоятлари узвийлик –
(цикли) булиб, хар
циклдан сунг бемор
ахволи яхшиланади;
шикоятлари камайиб, хар
циклдан сунг бемор
ахволи емонлашади;
шикоятлар килмайди, хар
циклдан сунг бемор
ахволи бироз
емонлашади;

Гематокольпосда клиник белгилари:
Кизлик пардасининг тулик берклиги менструация бошланмасидан олдин хеч канака клиник белги намаен килмайди;
Кизлик пардасининг тулик берклиги менструация бошланмасидан олдин киндан сабабсиз кон кетиши билан намаен килади;
Кизлик пардасининг тулик берклиги менструация бошланмасидан олдин коринда огрик билан намаен булади;
Кизлик пардасининг тулик берклиги хомиладорлик вактида киндан сабабсиз кон кетиши билан намаен килади;
Гематокольпосда коринни бимануал курганда:
Хосила аникланади;
Кон аникланади;
Шиллик, сероз ажратма аникланади;
Хеч нарса аникланмайди;
Гематокольпосда коринни объектив курганда:
Коринни пастида эластик “усмасимон” хосила пайпасланади;
Коринни юкорисида эластик “усмасимон” хосила пайпасланади;
Коринни пастида дагал, гадур-будур “усмасимон” хосила пайпасланади;
Коринда хеч нарса пайпасланмайди;
гематокольпосда оператив даво:

Хочсимон кесиб, кон чикариб юборилади;
Ейсимон кесиб, кон чикариб юборилади;
Доирасимон кесиб, кон чикариб юборилади;
Калавасимон кесиб, кон чикариб юборилади;
Гематокольпосни визуаль текширганда:
хае лаблари орасидан буртиб турган, конга тула кизлик пардасини куриш мумкин;
хае лаблари орасидан буртиб турган, сийдикка тула кизлик пардасини куриш мумкин;
хае лаблари орасидан буртиб турган, кон сизиб турган кизлик пардасини куриш мумкин;
хае лаблари орасидан хеч нарса буртмайди;
Гематокольпосни гематометрдан визуаль текширгандаги фарки:
хае лаблари орасидан буртиб турган, конга тула кизлик пардасини куриш мумкин, кин атрезиясида эса сунги холат кузатилмайди;
хае лаблари орасидан буртиб турган, сийдикка тула кизлик пардасини куриш мумкин, кин атрезиясида эса сунги холат кузатилмайди;
хае лаблари орасидан буртиб турган, кон сизиб турган кизлик пардасини куриш мумкин, кин атрезиясида эса сунги холат кузатилмайди;
хаммаси нутгри;
Гематокольпосни УТТ текширганда:
Кичик чанок сохасида хосила борлиги аникланади;

Кичик чанок сохасида усма борлиги аникланади;
Кичик чанок сохасида хомила борлиги аникланади;
Кичик чанок сохасида хеч нарса аникланмайди;
Гематокольпоснинг сабаби:
химен атрезияси;
кин атрезияси;
бачадон ва кин шикастланиши;
хайзнинг барвакт бошланиши;
гематометра:
балогат ешига етаетган киз болаларга хос булган холат хисобланади;
балогат ешига етган киз болаларга хос булган холат хисобланади;
балогат ешига етаетган угил болаларга хос булган холат хисобланади;
турмуш курган аелларга хос булган холат хисобланади;
гематометрада морфологик кузатилади:
Кин атрезияси натижасида менструаль коннинг бачадонга тупланиб колиши;
Кизлик – хае пардасида табиий тешик булмаслиги натижасида менструал коннинг кинда еки бачадонда тупланиб колиши;
Хае лаблари орасидан буртиб турган, кон сизиб турган кизлик пардасини куриш мумкин;
Хаммаси нутгри;
Гематометра-кин атрезиясида оператив даво:
Ингичка ичак кисман резекция килиниб, ундан кин хосил килинади;

Йугон ичак кисман
резекция килиниб, ундан
кин хосил килинади;
Ковук кисман рекция
килиниб, ундан кин хосил
килинади;
Кин ерилиб, кичик хае
лаблари бачадон
буйинчасига тикилади;
гематометрнинг
клиникасида
гематокольпосдан
фаркли томони:
клиник белгилари
гематокольпосга ухшаш
булади;
клиник белгилари
гематокольпосга ухшаш
булмади;
клиник белгилари
гематокольпосга ухшаш
булади;
клиник белгилари
гематокольпосга ухшаш
булади, факат юкори
температура билан
кечади;
гематометрнинг
оператив давосида
гематокольпосдан
фаркли томони:
Мураккаб микрохирургик
– пластик операция
бажарилиши лозим;
Оператив даволанмади;
Хочсимон кесилади;
Икки холатда хам бир
даво тактикаси
кулланилади;
Геминефрэктомия
операцияси:
Экскретор урографияда
функцияси аникланмаган,
асоратланган иккиланган
буйрак кисми олиб
ташланади;
Экскретор урографияда
функцияси аникланмаган,
асоратланган иккиланган
буйрак олиб ташланади;
Экскретор урографияда
функцияси аникланган,

асоратланмаган
иккиланган буйрак кисми
олиб ташланади;
Иккиланган буйрак олиб
ташланади
Гемоангиома шакллари:
оддий, каверноз, аралаш
оддий, мураккаб, аралаш
оддий, катарал,
фленманоз
оддий, каверноз,
гемолитик
Гидронефроза
тугриловчи
(корригирующий)
операциялардан
самарали хисобланадн:
Кучер операцияси;
Фoley операцияси;
Бонин операцияси;
кушимча кон томирини
кесиш;
Гидронефррозни
чакирувчи аберант кон
томири булганда
оптималь операция тури:
аберант кон томирини
транспозицияси;
кон томирини боглаш;
буйракни пастки кисмини
кесиш;
Фoley операцияси;
Гидронефррозни
чакирувчи аберант кон
томири булганда
оптималь операция тури:
аберант кон томирини
транспозицияси;
кон томирини боглаш;
антивазал
пиелoureтеростомия;
Фoley операцияси;
Гидроцеленнинг чов
ергок чуррасидан асосий
фаркли белгиси:
диафоноскопияда
еришиши;
огрик булмаслиги;
ергокни катталашиши;
ергок терисида узгариш
булмаслиги;
гипоспадия бу:

уретра олд-вентрал
девори етишмаслиги
натижасида уретра
огзининг пастрокдан
очилиши;
уретра олд-вентрал
девори етишмаслиги
натижасида уретра
огзининг юкоридан
очилиши;
уретра орка-дорзал девори
етишмаслиги натижасида
уретра огзининг
пастрокдан очилиши;
уретра орка-дорзал девори
етишмаслиги натижасида
уретра огзининг
юкоридан очилиши;
Гипоспадиянинг олат
танаси шаклида
даволашни бошлаш
учун беморнинг оптималь
еши:
уч ешдан кейин;
бир ешгача;
бир ярим ешгача;
уч ешгача;
гипоспадиянинг кайси
шаклида бемор жинсини
аниклаш кийинчилик
тугдиради
оралик
бош, тана;
ергок;
хордасимон
гипоспадиянинг кайси
шаклларида бемор киз
болага хос сияди
ергок, оралик
бош, тана;
бош, ергок;
тана, ергок;
гипоспадиянинг кайси
шаклларида бемор угил
болага хос сияди
бош, тана;
бош, ергок;
тана, ергок;
ергок, оралик
гипоспадиянинг неча
тури мавжуд
5 та;

4 та;
2 та;
Хеч канака тури
булмади;
**гипоспадиянинг
оператив даволашни
латинча номланиши**
неоуретроплатика
неоутериноплатика
неоуретероплатика
неоплатика
**гипоспадияни
даволашда куйидаги
принципларга риоя
килинади:**
гипоспадия тешиги
стенозини бартараф
килиш, олат эгрилигини
тугрилаш, уретранинг
етишмаган кисмини
тиклаш;
гипоспадияда олат
эгрилигини тугрилаш,
уретранинг етишмаган
кисмини тиклаш;
гипоспадия тешиги
стенозини бартараф
килиш, олат эгрилигини
тугрилаш, олат етишмаган
кисмини тиклаш;
гипоспадия тешигини
олат бошига келтириш,
олат эгрилигини
тугрилаш, уретранинг
етишмаган кисмини
тиклаш;
**Гиришпругн касаллиги
этиологиясида нима
мухим урин тутади:**
ичак деворида
парасимпатик нерв
охирларининг тугма
етишмовчилиги;
ичак девори
мушакларининг
гиперплазияси;
ичакнинг тугма
торайиши;
ахлат тошлари;
**Гиришпругн касаллигида
асосий**

**рентгенодиагностик
усул:**
барий билан
ирригография килиш;
пневмоирригоскопия;
венгенстин усулида
рентген килиш;
корин бушлигини обзор
рентгенографияси;
**Гиришпругн касаллигида
ахлатни йугон ичакда
тупланиб колишини
бартараф этиш усули:**
сифонли хукна, хона
температурасидаги
гипертоник эритма билан;
сифонли хукна, изотоник
эритма билан (0;9%ли
натрий хлор эритмаси);
оддий тозаловчи хукна;
мойли хукна;
**Гиришпругн касаллигида
колостома куйиш кайси
вакда мажбурийдир:**
касалликни утқир
кечишида консерватив
усул фонда бермаса;
касалликнинг
комненсацялашган
формасида;
аганглионар кисм киска
булиб, боланинг умумий
ахволи коникарли булса;
касалликнинг
субкомпенсациялашган
турида;
**Гиришпругн касаллигида
операция усули:**
Соаве-Ленюшкин
операцияси;
Фреде-Рамштед
операцияси;
Иванисевич операцияси;
Андерсен-Кучер
операцияси;
**Гиришпругн касаллигида
радикал операциянинг
мохияти:**
ичакни торайган ва
кисман кенгайган
кисмини кесиб олиб
ташлаш;

ичакнинг торайган
кисмини кесиб ташлаш;
ичакнинг кенгайган
кисмини кесиб ташлаш;
ичакни торайган кисмини
айланиб утувчи кетма-кет
анастомоз куйиш;
**Гиришпругн касаллигида
сифонли хукна килиш
учун кайси эритма
ишлатилади:**
ош тузининг 1% ли
эритмаси
0;9% ли натрий хлор;
совунли эритма;
3% ли водород пероксиди;
**Гиришпругн
касаллигини даволашда
кайси операция
паллиатив хисобланади:**
Колостома куйиш
Свенсон операцияси;
Соаве операцияси;
Дюамель операцияси;
**Гиришпругн
касаллигини сурункали
кечишида операция
учун оптимал еш:**
3 ешгача
3-6 ойлик;
1 ешгача;
10 ешгача;
**Гиришпругн
касаллигини утқир
кечишида агарда
консерватив даво ердан
бермаса энг оптимал
операция:**
Колостома;
Свенсон операияси;
Дюамел операияси;
Соаве операияси;
**Гиришпругн
касаллигини утқир
шакли клиник
белгилари качон юзага
чикади:**
тугилгандан бошлаб;
2-3 хафталикдан бошлаб;
кушимча овкатлар бера
бошлагач;
1 ешдан кейин

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Болалар хирургияси” фанидан талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида

Н И З О М

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил 07 август № 276-сонли “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низомни амалиётга жорий этиш ҳақида”ги буйруғи билан тасдиқланган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида “Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом” ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигида 2010 йил 26 августда 1981-1 сон билан (Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и ва “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида ”ги давлат рўйхати 1981-2 сон 13.12.2012 йил) ҳамда “Олий таълим тўғрисидаги низомга қўшимча киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1222-2 сон, 13.12.2013 й) буйруқлари асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти «Педиатрия ва болалар хирургияси» кафедрасида “болалар хирургияси” фанидан талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий ҳужжат бўлиб ҳисобланади.

I. Умумий қоидалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим стандартларига мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим стандартларига асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишончлилик ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) фанларнинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

е) талабаларнинг фанлар бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ж) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Фанлар бўйича талабалар билимини семестрда баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинади ва тасдиқланади ҳамда ҳар бир фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилади.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назоратга ажратилган максимал балл, шунингдек жорий ва оралик назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун куйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

жорий назорат – талабанинг фан мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Жорий назорат болалар хирургияси фанининг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, семинар, лаборатория ва амалий машғулотларида оғзаки сўров, тест ўтказиш, суҳбат, назорат иши, коллоквиум, уй вазибаларини текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин; Талабанинг мустақил иши ўқув режасида муайян фанни ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

оралиқ назорат – семестр давомида ўқув дастурининг тегишли (фаннинг бир неча мавзуларини ўз ичига олган) бўлими тугаллангандан кейин талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Болалар хирургияси фани машғулотлар соати даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг 5-курс талабалари учун 75 соатни, 6-курс талабалари учун машғулотлар 84 соатни ташкил қилади. Болалар хирургияси фанидан **5-курс** даволаш ва тиббий педагогика факультетлари машғулотлар соати 72 соатдан кўп (75 соат) бўлганлиги сабабли ажратилган умумий соатлар ҳажмидан келиб чиққан ҳолда оғзаки ёки ёзма шаклида белгиланади, **6-курс** талабалари учун машғулотлар 84 соатни (72 соатдан кўп, лекин машғулотларнинг 54 соати (62.3%) ни мустақил иш ташкил қилганлиги учун оралик назорат ўтказилмайди.

якуний назорат – семестр якунида муайян фан бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули. Якуний назорат асосан таянч тушунча ва ибораларга асосланган “тест” ёки ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синон) шаклида ўтказилади. Таълим йўналиши ва мутахассисликлари айрим фанларининг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда факультет Илмий кенгаши қарори асосида кўпи билан 40% фанлардан якуний назоратлар бошқа шаклларда (оғзаки, тест ва ҳоказо) ўтказилиши мумкин.

7. Оралик назоратни ўтказиш жараёни кафедра мудири томонидан тузилган комиссия иштирокида даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, оралик назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда оралик назорат қайта ўтказилади.

8. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

9. Ўқув йили тугаганидан кейин рейтинг назорати натижаларига кўра талабаларни кейинги курсга ўтказиш тўғрисида белгиланган тартибда қарор қабул қилинади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг “болалар хирургияси” фани бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. “Болалар хирургияси” фани бўйича талабанинг семестр давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда бутун сонлар билан баҳоланади.

Ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади:

жорий баҳолаш - 45 балл;

оралиқ баҳолаш – 20 балл;

мустақил иш - 5 балл;

яқуний баҳолаш – 30 балл;

“Болалар хирургияси” фани талабаларни ўқитиш услубларини ўзига хослигини инобатга олган ҳолда билимини баҳолашда ЖБ, ТМИ, ОБ ва ЖБларнинг қийматини ҳисобга олиш учун коэффициентлари қўлланилади.

“Болалар хирургияси” фани цикл-блок тизимида ўқитиладиган фанлар жумласидан бўлгани ҳолда, **5-курс** даволаш ва тиббий педагогика факультетларида аудитория соатлари 72 соатдан кўп (5 соат) бўлганлиги сабабли оралиқ баҳолаш (ОБ) ўтказилади ва қуйидаги коэффициентлар қўлланилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2,75	0,05
3.	Оралиқ баҳолаш	20	11,0	0,2
4.	Яқуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	ЖАМИ	100	55,0	1

“Болалар хирургияси” фани **6-курс** даволаш ва тиббий педагогика факультетларида аудитория соатлари 84 соатни (72 соатдан кўп, лекин машғулотларнинг 54 соати (62.3%) ни мустақил иш ташкил қилганлиги учун оралиқ назорат ўтказилмайди ва ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади. **6-курс** талабалари учун машғулотлар

жорий баҳолаш - 45 балл;

мустақил иш - 5 балл;

яқуний баҳолаш – 50 балл;

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2,75	0,05
3.	Яқуний баҳолаш	50	27,5	0,5
	ЖАМИ	100	55,0	1

13. Талабанинг фан бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллаш олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллаш олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;

билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида муайян фандан жорий ва оралик назоратлар бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилиб, кафедра мудирини томонидан тасдиқланади ва талабаларга эълон қилинади.

15.

16. Талабаларнинг ўқув фани бўйича мустақил иши жорий, оралик ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг фан бўйича бир семестрдаги рейтинги қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

бу ерда:

V – семестрда фанга ажратилган умумий ўқув юкларидан (соатларда);

O' – фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Фан бўйича жорий, оралик ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балларнинг 55 фоизи саралаш балли этиб белгиланади ва бунда жорий ва оралик назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балларнинг 55 ва ундан юқори фоизидан ортиқ балл тўплаган барча талабалар ушбу фан бўйича якуний назоратга киритилади.

19. Талабанинг семестр давомида фан бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг.

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

20. Оралик ва якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат “Болалар хирургияси” фани машғулоти цикли-блок тизимида ўтказиши сабабли циклни охирида ўтказилади.

21. Жорий ва оралик назоратларда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат турига, сўнгги жорий ва оралик назоратлар учун якуний назоратга бўлган муддат берилади.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий, оралик ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга руҳсат берилади.

22. Семестр якунида фан бўйича жорий, оралик якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш баллидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр туганидан кейин қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида фанни ўзлаштира олмаган талаба, факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, фан бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет деканига ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет деканининг тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган тартибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида ҳулосасини билдиради.

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудирини, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

25. Талабанинг фан бўйича назорат турларида тўплаган баллари семестр якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади. Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштириши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Ҳар бир фан бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва шу куннинг ўзида (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

27. Якуний назорат натижаларига кўра фан ўқитувчиси талабаларнинг фан бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.

28. Талабанинг рейтингини унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди. Талабанинг семестр (курс) бўйича умумий рейтингини барча фанлардан тўпланган рейтинг баллари йиғиндисини орқали аниқланади.

29. Талабалар умумий рейтингини ҳар бир семестр ва ўқув йили якунлангандан сўнг эълон қилинади.

30

31. Талабаларнинг назорат турлари бўйича эришган натижалари кафедралар, деканатлар ва ўқув – услубий бўлинмаларида компьютер хотирасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

32. Жорий, оралиқ ва якуний назорат натижалари кафедра йиғилишлари, факультет ва институт Илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

VI. Якуний қоидалар

33. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг ҳолиселигини текширишни ташкил этади ва назорат қилади.

34. Ушбу Низомда белгиланган масалалар бўйича келиб чиққан низолар қонун ҳужжатлари асосида ҳал қилинади.

“Педитрия ва Болалар хирургияси” кафедраси йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № 1 26 август 2017 йил.

ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН АСОСИЙ ДАРСЛИКЛАР ВА ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ

Асосий адабиётлар

1. Сулейманов А.С ва ҳам муал. Болалар хирургияси. дарслик 2000 йил Тошкент, Ибн Сино нашриёти.
2. Баиров Г.А «Срочная хирургия детей», дарслик 1997, С-П.
3. Исаков Ю.Ф ,«Детская хирургия». дарслик 2004, в 2-т, М.
4. Исаков Ю.Ф. ва ҳам муалл «Руководство по торакальной хирургии детей», .Шифокорлар учун қўлланма. 1978, М

Қўшимча адабиётлар

1. Ахмеджанов И.А. ва б. “Болалар урологияси”. Қўлланма 2003 й. Тошкент Ибн Сино нашриёти.
2. Баиров . Г.А «Абдоминальная хирургия детей», дарслик 1994, С-П
3. Лопаткин Н.А, Пугачев А.Г. «Детская урология», 1986, М.дарслик
4. Кудрявцев В.А, «Детская хирургия в лекциях». дарслик 2000, Архангельск.
5. Михельсон В.А. «Основы детской анестезиологии и реанимации», дарслик. 1984, М.
6. Холдер Т.Н, Ашкрафт К.У, «Детская хирургия», Қўлланма 1997, в 3-х т., перевод с англ.
7. Интернет материаллари: [www/ Murm./det hir.;](http://www/Murm./det_hir.) [www.college/ru;](http://www.college/ru) [www.Med/ surg/ child/](http://www.Med/surg/child/) [www.tma.uzsi.net.](http://www.tma.uzsi.net)