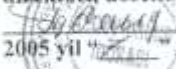


**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
BOLALAR GOSPITAL XIRURGIYASI KAFEDRASI
BOLALAR JARROHLIGI ILMIY MARKAZI**

“TASDIQLAYMAN”
O‘z.R.SS.Y O‘quv-uslub idorasi
direktori, dosent
 T.S. SAIDOV
2005 yil 12 20



**BOLALARDA OSHQOZON – ICHAK TRAKTINING
RIVOJLANISH NUQSONLARI**

Talabalar va magistrlar uchun o‘quv - uslubiy qo‘llanma

Samarqand 2005

TUZUVCHILAR: Samarqand Davlat tibbiyot instituti rektori, bolalar gospital jarrohligi kafedrası mudiri, bolalar jarrohligi ilmiy markazi bosh direktori t.f.d., prof. A. M. Shamsiev

Samarqand Davlat tibbiyot instituti bolalar gospital jarrohligi kafedrası ass., t.f.n. M. U. Supanqulov

Samarqand Davlat tibbiyot instituti bolalalar gospital jarrohligi kafedrası t.f.d., prof. D.O. Ataqulov

Samarqand Davlat tibbiyot instituti bolalar gospital jarrohligi kafedrası t.f.n., dosent E.E. Qobilov

TAQRIZCHILAR: Toshkent pediatriya instituti bolalar jarrohligi kafedrası mudiri t.f.d., prof. N. Sh. Ergashev

II – Toshkent Davlat tibbiyot instituti bolalar jarrohligi kafedrası mudiri, t.f.d., prof. Sh. T. Salimov

Samarqand Davlat tibbiyot instituti 1 – son bolalar jarrohligi kafedrası professori, t.f.d. M.K. Azizov

BOLALARDA OSHQOZON - ICHAK TRAKTINING RIVOJLANISH NUKSONLARI MAVZUSI BO'YICHA TALABALAR VA MAGISTRLAR UCHUN O'QUV – USLUBIY QO'LLANMA/

Bolalar xirurgiyasida uqitishning asosiy prinsipi – tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarda, xususan oshqozon - ichak traktining tug'ma rivojlanishi bo'lgan bolalarni operatsiyadan keyingi rehabilitatsiyasini tashkillashtirish, vrachlik yordamini ko'rsatish va nozologik diagnostikani aniqlashni o'rgatishdan iborat. Bolalar xirurgiyasi kursida o'rgatish dasturi boshlangich kurslarda o'tilgan fundamental fanlar tarkibiga filo-, onto- va embriogenezga kiruvchi odam o'sishi va rivojlanishining fiziologiya va patologiyasi, semiotikasi va zamonaviy, instrumental diagnostika usullari, davolash va rehabilitatsiyasining klassik standart asoslarini o'rganadi.

O'QITISH MAKSADI: Oshqozon - ichak trakti tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarni klinik diagnostikasi, davolash va rehabilitatsiyasini amalda qo'llash va tadbiri qilish.

O'RGANISH USULLARI:

1. Oshqozon - ichak trakti rivojlanish nuqsoni bo'lgan bolalarda kasallik etiologiyasi, patogenezi va klinikasi bo'yicha bilimni shakllantirish.
2. OIT tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarda laborator, rentgenologik va instrumental tekshirish usullari yordamida studentlarda klinik jihatdan ko'rish va tekshirish qobiliyatini oshirish
3. OIT tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarda hayoti uchun xavf tugdiruvchi holatlarda talabning diagnostik algoritmi o'zlashtirishi.
4. OIT tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarda xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish.
5. OIT tug'ma nuqsoni kasalliklarida davolash diagnostik standartlarga va operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya bayonnomasiga asoslangan umumiy vrachlik yordamini ko'rsatish qobiliyatini oshirish.

Bolalarda OIT rivojlanish nuqsoni mavzusi bo'yicha talab qilinadigan bilimlarni oshirish.

1. Odamning onto-, filo- va embriogenezi hakida tushuncha.
2. Bolaning normal anatomiya va fiziologiyasi.
3. Soglom bolaning gematologik va bioximik ko'rsatkichlari.
4. OIT rivojlanish tug'ma nuqsoni uchrashi va shakllanish sabablari, irsiy xarakteri.
5. OIT rivojlanish tug'ma nuqsonida uchraydigan asoratlar va o'limga olib keluvchi sabablari.
6. OIT rivojlanish tug'ma nuqsonini davolash.
7. OIT rivojlanish tug'ma nuqsoni profilaktikasi.

TALABA BILISHI KERAK:

1. OIT rivojlanish nuqsoni bo'lgan kasal bolaning holatini baholash.
2. OIT rivojlanish tug'ma nuqsoni kasalligi bo'lgan bolaga o'z vaqtida tashxis ko'yish, differentsiatsiya qilish, 1-vrachlik yordamini ko'rsatish va keyingi maxsuslashtirilgan tibbiy yordamni ko'rsatish.
3. OIT tug'ma rivojlanish nuqsoni bo'lgan bolaning parvarishini tashkillashtirish.
4. OIT tug'ma rivojlanish nuqsoni bo'lgan kasallarda klinik diagnozni to'g'ri ko'yish va asoslash.

1. PILOROSTENOZ (O‘TKIR FORMASI).

Kasallik oshqozon pilorik qismi mushak qavatining gipertrofiyasi hisobiga keskin qalinlashishi bilan kechadi. Bunda oshqozondan ovqat evakuatsiyasi tutilishi asta-sekin rivojlanib boradi, to ovqatning to‘liq o‘tmasligigacha. Kasallik genetik geterogen hisoblanadi. Qiz bolalar va o‘gil bolalar o‘rtasida uchrash ehtimoli 4:1 nisbatda.

KLINIK MANZARASI – kasallik simptomlari to‘satdan boshlanadi va keskin o‘tadi. Kasallik simptomlarini namoyon bo‘lish vaqti pilorik kanalning torayishi darajasiga va organizm kompensator xususiyatlariga bogliq. Kasallikning birinchi simptomlari kasal hayotining 2 – hafta oxiri 3 – hafta boshlarida paydo bo‘ladi. Dastlab ovqatlanishlar orasida favvorasimon qusish kuzatiladi.

Qusuq massasining ivigan hajmi bir marta ovqatlanish miqdoridan ko‘p. Sut suzmasimon ivigan, achigan hidda bo‘ladi. Qusuq massasida o‘t bo‘lmaydi. Ba‘zi xollarda qusuq massasi tarkibida qon laxtalarini ko‘rish mumkin.

Uzoq to‘xtovsiz qusish bola umumiy ahvolining yomonlashishiga, tuz-suv almashinuvining buzilishiga (gipoxloremiya, eksikoz ba‘zan gipokaliemiya)ga olib keladi.

Bolani ovqatlantirishning iloji bo‘lmay qoladi, chunki ozgina sut ham qusishga olib keladi.

Siydik ajratish kamayadi, axlati tutiladi yoki dispeptik "och" axlat bo‘ladi. Bola tana massasini yo‘qotadi. Har kungi tana massasining kamayishi bola tugilgandagi massaga to‘g‘ri kelib qoladi. Kasallikning 3 ta formasi farqlanadi:

1. yengil
2. o‘rta og‘ir
3. og‘ir

Bemorni kuzatgan vaqtda eksikoz va gipotrofiya rivojlanish darajasini ko‘rish mumkin. Ko‘ruv vaqtida qorin devori epigastral sohasida dam bo‘ladi, oshqozon peristal’tikasi " qum soat " ko‘rinishida bo‘ladi.

Ba‘zan pal’patsiya jarayonida pilorik qismni gipertrofiyalanganligini aniqlash mumkin. Laborator tekshirishlar gipoxloremiya; gipokaliemiya, metabolitik alkaloz, qonning quyuqlashganligini (OSK, OSP pasayishi, OSƏniڭ oshishi, gematokrit ko‘rsatkichi va gemoglobin miqdorining oshishi)ni ko‘rsatadi.

Pilorostenozning asosiy va ko‘shimcha aniqlash metodi rentgenodiagnostika hisoblanadi.

Tekshirish nahorda bajariladi. Obzor rentgenografiyadan keyin 5% li bariy aralashmasi bir martalik ovqatlanishga teng hajmda beriladi.

Pilorostenoz uchun quyidagi rentgenologik simptomlar xarakterli:

1. Naxorda suyuqlik to‘planishi hisobiga oshqozonning kattalashishishi.
2. Oshqozonning chuqur segmentar peristal’tikasi.
3. Oshqozondan kontrast aralashmaning 1-evakuatsiyasining sekinlashuvi(2-5 soatgacha)
4. O‘ng enbosh holatda tekshirganda privratnikning torayishi natijasida "tumshuq" simptomi kuzatiladi.
5. Ichakda gazlarning sezilarli kamayishi.
6. Bariy sul’fatning oshqozonda 24 soatgacha ushlanib qolishi.



Pilorostenozning diagnostikasida fibroezofagogastroskopiya ham ko'llaniladi. Bunda oshqozonning kengaygan burmali antral qismi ko'rinadi, pilorik kanal yorig'i igna o'lchami hajmida kichraygan va havo yuborganda ochilmaydi-(pilorospazmdan farqli o'laroq).

Bundan tashqari fibroskopiya qizilungachni kuo'rishga imkon beradi, ko'pincha pilorostenoz bilan kuzatiluvchi reflyuks ezofagit darajasini aniqlashga yordam beradi.

Zamonaviy sharoitda asosiy va noinvaziv diagnostika usuli oshqozonni UTT bilan tekshirish hisoblanadi. Bunda nafaqat pilorik kanalning torayishi, oshqozon devori mushak qavatining 0,4 sm va undan yuqori qalinlashuvi kuzatiladi. Usulning diagnostik aniqligi darajasi yuqori, ko'p xollarda UTT diagnoz qo'yish uchun etarli.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKA.

Oshqozon-ichak traktining utkazuvchanligi chaqaloqlarda fiziologik yetilmaganligi sabab deyarli hamma chaqaloqlarda qayt qilish uchraydi. Bunda pilorostenozni boshqa somatik va xirurgik kasalliklar bilan differentsial diagnostika qilishga to'g'ri keladi, shuningdek o'g'jish va qusishning asosiy belgilari bo'lgan fiziologik holatlar bilan ham !

QUSISH VA O'GJISH SINDROMINING DIFFERENTIAL - DIAGNOSTIKASI.

SIMPTOM	Piloro- stenoz	Piloro- spazm	Gastroezofa go- reflyuks	Viseroabdomi - nal sindrom
Kasallik boshlangan vaqtdagi yoshi	3 hafta	10-12 hafta	Har qanday yoshda	Hayotining 1-chi kunlarida
Jinsi	Ko'proq erkaklar	Farqi yo'q	Farqi yo'q	Farqi yo'q
Favvorasimon qusish	+++	+ - -	+ + -	- - -
O't aralash qusish	- - -	- - -	+ + -	+ + -
Qonda bilirubinning oshishi	+++	+ - -	+ + -	- - -
Tana massasining yo'qotilishi	+++	- - -	+ + -	- - -
Eksikoz	++ -	- - -	+ - -	- - -

“Qum soat” simptomi	+++	+ - -	- - -	- - -
Nevrologik simptom	- - -	+ - -	+ - -	+ + +
Spazmolitiklar qo‘llash natijasi	- - -	+ + +	+ + -	+ + +

Simptomlarning shartli belgilanishi:

+++ yaqqol namoyon bo‘lgan;

++ - o‘rtacha;

+ - - kam namoyon bo‘lishi

- - - uchramaydi;

Pilorostenoz va vistsero- abdominal differentsial diagnostikasi qiyinchilik tug‘dirmaydi.

Bulardan pilorospazm, gastroezofagal reflyuks(GƏR) vistseroabdominal sindrom (VAS), adreno-genital sindrom (AGS). Oxirgisi tug‘ruq va orqa miya travmasini o‘tkazgan bolalarda kuzatiladi. Bunda ko‘pincha qusish va o‘g‘jish kuzatiladi. Lekin bemorni ko‘rganda va tekshirganda, nevrologik simptomlar kuzatiladi. Pilorospazmda esa bu holat kuzatilmaydi. Adreno- genital sindromning tuz yo‘qotuvchi shakli bo‘lgan bolalarda yorgok terisining pigmentatsiyasi xarakterli, qorinning oq chizig‘i, surg‘ich oldi areolalarda, katta jinsiy lablar terisining pigmentatsiyasi xarakterli, shuningdek klitor gipertrofiyaga uchraydi.

Qonning bioximik analizida giponatriemiya, giperkaliemiya uchraydi. Xamma kasallarda metabolik atsidoz uchraydi. Siydigida 17 - ketosteroidlar oshadi.

DAVOLASH. Pilorostenozda operativ davo qilinadi. Gipovolemiya, alkaloz, gipokaliemiyani korrektsiya qilish maqsadida operatsiyadan oldin tayorgarlik o‘tkaziladi. Frede-Ramshted bo‘yicha piloromiotomiya operatsiyasi o‘tkaziladi. Operatsiya maqsadi anatomik to‘siqni yo‘qotish va pilorik qism o‘tkazuvchanligini ta‘minlash.

Operatsiya shillik qavat germetikligini tekshirish bilan yakunlanadi. Buning uchun oshkozonga 10-15 ml xavo yuborilib tekshiriladi. Agar shillik qavat zararlangan bo‘lsa, jarohatdan yuborilgan havo pufakchalari chiqadi va bunda 2 qatorli chok ko‘yilib, boshka joydan piloromiotomiya operatsiyasi o‘tkaziladi.

Enteral ovqatlantirish operatsiyadan 3-6 soat o‘tib boshlanadi. Dastlab bolaga 5% li glyukoza eritmasi, keyin 5-10 mldan xar 2 soatda sut beriladi. 6-sutkaga borib ovkatlantirish xajmi 60-70 mlga oshiriladi, kasal xar 3 soatda ovqatlantiriladi. Operatsiyadan keyingi 1- sutkalarda suyuqliklar elektrolitlar, oksil va boshqa ingredientlar yetishmovchiligi infuzion terapiya xisobiga to‘ldiriladi. SHuning bilan birga mikrokлизмalar tavsiya qilinadi (5% glyukoza yeritmasi va Ringer Loka eritmasi teng miqdorlarda 30 mldan kuniga 4 marta iliq xolda).

PROGNOZ: Operatsiya yaxshi natija beradi. Bolalarning anemiya, gipovitaminoz, gipotrofiyasini bartaraf qilish maqsadida dispanser kuzatuvga olinadi.

TUG‘MA ICHAK TUTILISHI.

Tug‘ma ichak tutilishi chaqaloqlik davrida ko‘p uchraydigan, shoshilinch operativ davo talab qiladigan kasalliklardan biri hisoblanadi. Oldingi adabiyotlarda tugma ichak tutilishi yuqori va pastgi ichak tutilishlariga bo‘linadi.

Tug'ma ichak tutilishida joylashish joyidan qat'iy nazar tekshirish usullari, operatsiyadan oldingi tayorgarlik muddati, davolash taktikasi, operativ korrektsiya usuli aniqlanadi.

YUQORI ICHAK TUTILISHI.

Yuqori ichak tutilishiga asosan 12 barmoqli ichakning tutilishi kiradi. Bu ichak tutilishining sabablariga 12 barmoqli ichak rivojlanishining nuqsoni (atreziya, membrana), 12 barmoqli ichak atrofidagi organ va tomirlar rivojlanish nuqsonlari (halqasimon oshqozon osti bezi, preduodenal darvoza venasi, abberakt tomirlar duodenumning bosilishi) kiradi.

KLINIK MANZARASI - duodenum tutilishi joylashish joyidan qat'iy nazar qusish o't aralash yoki o'tsiz bo'ladi.

Agar to'siq Fater surgichidan yuqorida joylashgan bo'lsa, qusuq massasida o't bo'lmaydi. Agap tutilish Fater surgichidan pastda joylashgan bo'lsa, qusuq massasida o't bo'ladi, to'g'ri ichakdan esa tiniq shilliq chiqadi. Dastlabki hollarda har qanday ichak tutilishida odatiy simptomlar bo'lmasligi sababli diagnoz quyish qiyin bo'ladi. (axlat chiqadi, oshqozonda yig'ilgan luqmalar yo'q). Shuning uchun o'z vaqtida diagnoz qo'yish uchun qusish va o'g'jishga diqqatni qaratmasdan boshqa simptomlarga ham e'tibor qilish kerak. Ko'pincha yuqori ichak tutilishi bilan tug'ilgan bolalar yetilmagan, gipotrofik bo'lib tug'iladi, bunday bolalarning tana massasi kam hollarda 2500 grdan oshadi. Yuqori ichak tutilishi bo'lgan hamma bolalarda qorni cho'kkan bo'ladi. Ba'zi bolalarda epigastral sohaning cho'kishi bo'lmasligi ham mumkin. Lekin o'g'jish va qusishdan keyin oldingi qorin devori cho'kadi. Hamma bolalarda erta sariqlik paydo bo'lib, tez orada avj oladi. **SABABI:** jigarda bilirubin konyugatsiyasining buzilishi va qon kontsentratsiyasining oshishi, shuningdek tez orada tana massasining yo'qotilishi, o'rtacha 1 sutkada 5-7% tana massasi yo'qotiladi. Shunday qilib, chaqaloqlarda quyidagi simptomlar bo'lganda vrachda tugma duodenal ichak tutilishi haqida shubha paydo bo'lishi kerak: o'g'jish va qusish sindromi, qorinning cho'kishi, o'sib boruvchi tana massasining yo'qotilishi, perinatal gipotrofiya, chala tugilish, tez paydo bo'luvchi va o'sib boruvchi sariqlik.

DIAGNOSTIKA - yuqori ichak tutilishini asosiy tekshirish usullaridan biri rentgen hisoblanadi. Bunda vertikal holatda 2 proektsiyada obzor rentgenogramma qilinadi.

Yuqori ichak tutilishining "to'liq" tipik rentgenologik simptomi bo'lib, suyuqlik sathi bo'lgan 2 ta havo pufakchalari va ichak pastgi qismida gazning yo'qligi hisoblanadi. Bunday rentgenologik manzara yuqori ichak tutilishiga diagnoz qo'yish uchun qiyinchilik tug'dirmaydi. Shuning uchun boshqa tekshirish usullariga hojat qolmaydi. Duodenal stenozda yoki qisman duodenal tutilishda, rentgenogrammada distal duodenumda uncha ko'p bo'lmagan gaz miqdori aniqlanadi.

Bunday vaqtda 12 barmoqli ichak tutilishining xarakterli rentgenologik belgisi (2 pufak simptomi) bo'lmasligi mumkin. Bunday hollarda kontrast tekshirish o'tkaziladi va mal'rotatsiya sindromi inkor qilinadi.

Ba'zan ichaklar buralishini tugallanmaganlik nuqsonida o'z vaqtida diagnoz qo'yilmaganda hayot uchun xavfli asoratlar rivojlanadi. Shu sababli obzor rentgenogrammadan keyin yo'g'on ichak joylashishini aniqlash maqsadida to'g'ri proektsiyada irrigografiya qilinadi. Chaqaloqlarni irrigografiya qilish uchun bariy



sul'fatning 5 % bo'tqasi qo'llaniladi. Yetilib tugilgan chaqaloqlarda yo'gon ichakni hammasini to'ldirish uchun 45-60 ml kontrast modda yetarli, chala tugilgan bolalarda 25-30 ml kontrast modda yetarli bo'ladi.

Agar yo'gon ichak qorin bo'shlig'ida joylashishi taqasimon bo'lib turib, ichaklar aylanmasligi va buralib qolishi inkor qilingan taqdirda diagnozni aniqlash maqsadida oshqozon-ichak trakti passaji o'tkaziladi. Bu quyidagicha amalga oshiriladi: oshqozon yuvilib 15-20ml yodolipol yoki 5 % bariy sul'fat bo'tqasi yuboriladi. Oshqozondan kontrast modda evakuatsiyasi ushlanib qolinsa 2 soat mobaynida bemorni vertikal holatda 2 proektsiyada rentgen qilinadi va 12 barmoqli ichak va oshqozon proektsiyasi sohasida 2 ta havo pufagining borligiga asoslanib diagnoz ko'yiladi. Yuqori ichak tutilishi bo'lgan barcha bolalarda operatsiyadan oldingi tayorgarlik o'tkaziladi. Qonning bioximiyaviy tarkibi, kislota-asos muvozanati normal holatga keltiriladi, eksikoz simptomlari bartaraf qilinadi.

OPERATIV DAVO - bolalarda yuqori ichak tutilishida, 12 barmoqli ichak atreziyasida va halqasimon oshqozon osti bezida duodeno-duodenoanastomoz operatsiyasi o'tkaziladi. 12 barmoqli ichak membranasida membranani olib tashlash operatsiyasi o'tkaziladi. Xirurgik davo o'tkazilganda o'suvchi organizmni holati hisobga olgan holda, ichaklar o'zaro joylashuvi maksimal anatomik holatga keltiriladi. Operatsiya natijasi rivojlanish nuqsoni o'irligiga, anomaliyalar soniga, o'z vaqtida diagnoz qo'yilganligiga, operatsiyadan oldingi tayorgarlik va operatsiyadan keyingi intensiv terapiya effektivligiga bog'liq bo'ladi. Tug'ma yuqori ichak tutilishi bo'lgan hamma bolalar dispanser kuzatuviga olinadi. Disbakterioz, anemiya, gipotrofiya, ferment yetishmovchiligi davolanib ovqatlanishi korrektsiya qilinadi.

PASTKI ICHAK TUTILISHI.

Tug'ma pastki ichak tutilishiga duodenal tutilishdan, anorektal anomaliyalardan va Girshprung kasalligidan tashqari ingichka va yo'g'on ichak tutilishlarining hamma turlari kiradi. Pastki ichak tutilishiga ichaklar atreziyasi, membrana, ichaklarning kistoz ikkilanishi, ingichka ichak tutqichining limfangiomasi, mukovitsidozning ichak formasi sabab bo'lishi mumkin. Bu nuqsonlardan eng ko'p uchraydigani yonbosh ichak atreziyasi hisoblanadi.

KLINIK MANZARASI - bola hayotining 1 - sutkalarida pastki ichak tutilish belgilari yaqqol namoyon bo'ladi. Bola tug'ilganda qorni dam bo'ladi. Oshqozondan to'plangan ajralmalar chiqib, mekoniy bo'lmaydi, to'g'ri ichakdan shilliq ajraladi. Pastki ichak tutilishida asosiy tekshirish usuli bo'lib, vertikal holatda 2 proektsiyada obzor rentgenogramma qilish hisoblanadi. Rentgenogrammada ingichka ichakdan bir nechta gorizontaal sathli suyuqliq aniqlanadi - "Kloyber kosachalari".

Tutilish qancha pastda bo'lsa, suyuqliq sathi shuncha ko'p bo'ladi. Kasallikni rentgenologik kartinasi Girshprung kasalligining o'tkir formasiga o'xshashi mumkin. Shubha paydo bo'lganda to'g'ri diagnoz ko'yish uchun irrigografiya o'tkaziladi. Pastki ichak tutilishida irrigogrammada butun yo'gon ichak bo'ylab torayish, ya'ni mikrokolon simptomi bo'ladi. Girshprung kasalligida yo'gon ichak kengaygan va toraygan zona bo'ladi.

OPERATSIYADAN OLDINGI TAYORGARLIK - pastki ichak tutilishi tez xirurgik yordamni talab qiladi, chunki hayot uchun



xavfli asoratlar: nekroz va perforatsiyaga olib kelishi mumkin. Operatsiya oldi tayorgarligi 2-4 soat davom etadi. Bunda infuzion terapiya o'tkazilib organizmning hayot uchun muhim funktsiyalari tiklanadi, kislota-asos muvozanati tug'rilanadi. Sirkulyatsiyadagi qon hajmini to'ldirish maqsadida infuzion terapiya o'tkaziladi. Suyuqliq hajmi 20-30 ml / kg hisobida yuboriladi. Gipoproteinemiya rivojlangan bo'lsa, oqsilli preparatlar quyiladi (5 % li al'bumin eritmasi yoki plazma).

Laborator diagnostikada kislota-asos holati, qonning klinik tahlili, qon guruhi va rezus-faktor aniqlanadi.

OPERATIV DAVO - asoratlanmagan formasida och va enbosh ichak tug'ma tutilishlarida T- simon yengillashtiruvchi anastomoz ko'yish maqsadga muvofiq. Operatsiya ichak qorin oldi devoriga stoma ko'rinishida chiqarish bilan tugallanadi. Bunda bir qatorli ichak choki qo'yiladi. Operatsiya vaqtida stoma orqali anastomozdan 2 ta naycha o'tkaziladi: kengrog'i - proksimal segmentga, ingichkasi - distal segmentga qo'yiladi. Bunday ulash usuli ichaklar o'rtasida keng teshik hosil qilib, ichak ajralmalarining to'siksiz evakuatsiya bo'lishini ta'minlaydi. Operatsiyadan keyingi 3- sutkada enteral ovqatlanish orqali ichakni uzoqlashtiruvchi qismiga o'tishi tekshiriladi. Mekonial ichak tutilishida bu naychalar orqali ichak ajralmalarini suyultirish maqsadida ko'p miqdorda pankreatin yuboriladi. Naychalar ichaklarda passaj tiklangandan va axlat shakllangandan keyin olinadi. Enterostoma operatsiyadan keyin 2-4 hafta o'tib yopiladi.

Pastki ichak tutilishining asoratlangan formasida ichaklar perforatsiyasi yoki boshqa sabablar natijasida peritonit rivojlangan bo'lsa, anastomoz ko'yish tavsiya etilmaydi. Bizning klinikada bunday holatlarda quyidagi taktika qullaniladi: 1 etapda ichakning o'zgargan qismlari rezektsiya qilinadi va terminal enterokolostoma qo'yiladi. 3 hafta davomida peritonitni davolash o'tkaziladi. 2 etapda oxir-oxiriga ichak anastomozi qo'yiladi. Bola ovqatning fiziologik hajmini o'zlashtirib, tana massasi o'sa boshlagandan keyin uyiga javob beriladi.

KINDIK TIZIMCHASINING CHURRASI.

Kindik tizimchasining churra yoki embrional churra (omphacele) rivojlanish nuqsoni bo'lib, chaqaloq tug'ilgan vaqtida qorin bo'shlig'i a'zolarining bir qismi qorin pardadan tashqarida - kindik qavatlarida joylashadi. Churra tarkibi amnion, vartonova studnya va birlamchi ixtisoslashmagan qorin pardadan tashkil topgan.

Orta embriogenezda ichaklar buralishining buzilishi va qorin bo'shlig'ining sekin rivojlanishi natijasida ichak qovuzloqlari qo'rin bo'shlig'iga sig'may qoladi va qorin bo'shlig'i a'zolarining bir qismi kindik halqasidan chiqib qoladi. Natijada chaqaloq churra bilan tug'iladi.

Qorin oldingi devori rivojlanishining to'xtash vaqtiga bog'lik holda kindik churrasining 2 ta asosiy turi farqlanadi: embrional va fetal.

Embrional churralarda jigarning fibroz qavatini bo'lmaydi (Glisson kapsulasi) va kindik qobigi bilan birlashib ketadi. Chaqaloqlarda bu nuqson 1:5000 nisbatda uchraydi. Embrional churra bo'lgan bolalarning 6% ida yurak (tetrad Fallo), oshqozon-ichak trakti, siydik ajratish va boshqa organlarning rivojlanish nuqsonlari ham uchraydi. To'ng'ich bolalarda kindik tizimchasi churra kam uchraydi, odatda 2 - 3 homiladorlikdan tug'ilgan bolalarda omfalotsele ko'proq uchraydi. Kindik tizimchasining churra ko'proq o'gil bolalarda uchraydi.

Klinika va diagnostikasi. Bolani ko'zdan kechirganda qorin bo'shlig'i a'zolarining bir qismi kindik qobigida joylashganligi aniqlanadi. Churra darvozasi bo'lib kengaygan kindik xalqasi hisoblanadi, defekt o'lchamlari 1 - 2 sm va undan yuqori bo'ladi.

Kindik halqasi defektining o'lchamiga qarab churra uzun va tor darvozali yoki yarim sharsimon shaklda bo'ladi. Kindik qorin bo'shlig'iga o'tishdan oldin 3 ta kindik tomiri o'tgan churra xaltasining chuqqisidan o'tadi. Churra xaltasi jigar, ichak va oshqozondan tarkib topishi mumkin. Diafragmaning defektida yurakning ektopiyasi kuzatiladi. Churra xaltasining tiniq qobiqlari orqali qorin bo'shlig'i a'zolaridan odatda ichak qovuzloqlari va qisman jigar ko'rinadi. Ba'zi hollarda churra o'rtacha kengaygan kindik asosidan va bitta ichak tutqichidan tarkib topgan bo'ladi.

Churra xaltasining yo'nalishi bo'yicha oldingi qorin devorida teri yostiqlikchasi aniqlanadi, ba'zan teri churra bo'rtmasiga kirib, churrani qisman yopadi.

Umumiy qabul qilingan klassifikatsiya bo'yicha kindik tizimchasi churralari o'lchamlari bo'yicha kichik (defekt diametri 5 sm gacha), o'rta (10 sm shacha) va katta (10 sm dan katta) ga bo'linadi.

Bolaning umumiy ahvoli quyidagilarga bog'liq: churra shakliga, o'lchamiga, perinatal patologiyaga (yetilganlik darajasi), qo'shimcha rivojlanish nuqsonlari va asoratlarga. Xarakterli asoratlarga tugruq jarayonida qobiqlarning yirtilishi va buning natijasida peritonit rivojlanishi kiradi.

Kindik tizimchasi churrasiga tashxis quyish qiyinchilik tug'dirmaydi. Patologiyani bilmaslik, bemorni yuzaki tekshirish tashxis qo'yishda xatolikka olib keladi. Shunday holatlar ham kuzatilganki, kichik o'lchamli churralarda kindikni juda pastdan bog'lash natijasida ichak tutqichlari qisilib qolgan. Bunday asoratlarning oldini olish maqsadida kindikni bog'lashdan oldin kindik asosini obdon ko'rib chiqish, agar shish aniqlansa, ligaturani shishdan yuqoriroqda quyish ba jarroxxga ko'rsatish lozim.

Qo'shimcha ichak nuqsonlarini inkor etish uchun UTT o'tkaziladi.

Kindik tizimchasi churrasining qiyosiy tashxisi gastroshizis bilan o'tkaziladi, bunda odatda qorin oldingi devorining o'ng tomonlama paramedial bo'lmasligi kuzatiladi. Gastroshizisda qorin bo'shlig'I a'zolari qorin parda bilan yopilmagan va doimo o'zgargan bo'ladi.

Davolash. Kindik tizimchasi churrasida operativ va konservativ davolash usullari o'tkaziladi.

Operativ usulda churra xaltasi olib tashlangandan so'ng, qorin oldingi devorining bir momentli plastikasi hamda Gross va Shuster usuli bo'yicha etapli operatsiya o'tkaziladi.

Davolash usulini tanlashda quyidagi momentlarga e'tibor beriladi. Birinchidan, katta churra xaltasi tarkibidagi a'zolar bilan qorin bo'shlig'ini to'lishiga yo'l qo'ymaslik, chunki qorin ichi bosimi oshib diafragma gumbazining ko'tarilish xavfi tug'iladi. Chaqaloqlarning kompensator imkoniyatlari past bo'lganligi sababli qorin ichki bosimi keskin oshganda nafas yetishmovchiligi belgilari rivojlanib atelektaz kelib chiqadi. Bir vaqtning o'zida pastki kovak vena bosilib oyoq venalarida qon dimlanishi kuzatiladi. Bunday nafas va qon aylanishining buzilishi o'limga olib kelishi mumkin.

Ikkinchidan, yetilmagan qorin bo'shlig'i va churra o'lchamlari bir-biriga to'g'ri kelish-kelmasligiga e'tibor berish kerak. Qorin bo'shlig'i va kindik churrasi o'lchamlari bir-biriga to'g'ri kelmaganda, omfalotseleni bir lahzada olib tashlash o'limga olib kelishi mumkin.

Uchinchi, bolaning og'ir ahvoli (chuqur darajali yetilmaganlik, miya ichi tug'ruq travmasi, nafas etishmovchiligi, tug'ma yurak nuqsoni va boshqalar) xirurg taktikasiga ta'sir qiladi va narkoz o'tkazishga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Bemor ahvoli yaxshi bo'lsa, qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa va churra qobiqlari infektsiyalanmagan bo'lsa operativ davo utkazish mumkin buladi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik umumiy qoidalar asosida o'tkaziladi. Qorin ichi bosimi oshishining oldini olish va spontan nafas olishni saqlash maqsadida og'riqsizlantirish usuli to'g'ri tanlanishi kerak. Oshqozonga doimiy zond qo'yiladi.

Kichik o'lchamli churralarda kindik qoldig'i olib tashlanadi, churra xaltasi va teriga 2 % yod eritmasi bilan ishlov beriladi. Qo'llarning tozaligiga e'tibor berib, bola nafasini mo'ljalga olinib, churra xaltasining tarkibi asta-sekin to'g'rilanadi. Qorin bo'shligining o'lchamlari katta bo'lganda churrani to'g'rilash qiyinchilik tug'dirmaydi, bolaning nafas olishi buzilmaydi. Bunda teri chetlari bir-biriga to'g'ri keladi.

O'rta o'lchamli churralarda teri chetlariga tugunsimon chok qo'yiladi. Defekt chetidan 2 - 3 sm tashqarida kesma o'tkaziladi, teri chetlari ochiladi va churra xaltasiining qobigi kesilib, kindik tomirlari bog'lanadi. Ichak qovuzlog'i va jigar qorin bo'shlig'iga kirgiziladi, defekt chetlari qavatma-qavat tikiladi. Qorin bo'shlig'i yetilmaganligida, qachonki, churrani to'g'rilash qiyinchilik tug'dirganda va nafas ritmi buzilganda churra qobigi qisman kesiladi, qorin devorining mushak-aponevrotik qismi qisman tugunchali chok bilan tikiladi, qobik ustidan teri chetlari tikiladi.

Katta o'lchamli churralarda 2 etapli operatsiya usulini 1948 yilda R. Gross qo'llagan. Kindik qoldigi, churra xaltasi va atrofdagi teriga 2 % yod eritmasi bilan ishlov beriladi. Kindik qoldigi ketgut bilan tikiladi va kesiladi. Kindik bo'rtmasining atrofidagi teri kesiladi, keyin asta-sekinlik bilan churra xaltasining qobig'ini zararlanslik uchun teri yostiqlashi olib tashlanadi. Teri va teri osti yog' kletchatkasi yonga aksilyar chiziqlargacha mobilizatsiya qilinadi va pastga qov soxasigacha churra xaltasining ustidan o'rta chiziqdan tikiladi. Ikki haftadan so'ng bog'lam bandaj bilan almashtiriladi va operatsiyaning ikkinchi etapigacha taqib yuriladi.

Operativ davolashning ko'p etapli usulini 1967 yilda S. R. Shuster taklif etgan. U katta churralarning tarkibini va oldingi qorin devorining o'zaro munosabatini o'rganib, shuni aniqladiqi, qorinning to'g'ri mushagi doim ham churra tarkibining yonida joylashmas ekan, qator hollarda uinng ostida joylashadi. Bu usulning asosida qorin tug'ri mushagini kengaytirish hisobiga bosimni asta-sekin tenglashtirish yotadi.

Konservativ usul 50 - 60 yillarda keng qullanila boshlandi. Katta o'lchamli churralarda, shuningdek bemorning shifoxonaga kech murojaat qilganida, premorbid fon yomon bo'lganda, qobiqlar zararlansanda, operativ davo qilish imkoni bo'lmaganda konservativ davolashga ko'rsatma bo'ladi. Bu usul churra xaltasida himoyalovchi koagulyatsion po'st, uning ostida granulyatsiya, keyinchalik epitelizatsiyalanishiga asoslangan. Mahalliy antiseptik moddalardan 2 % yod, spirt, kaliy permanganft eritmalarini qo'llash keng tarqalgan.

Churra xaltasi qobig'iga ishlov berish usuli. Kindik qoldig'i asosini ipakli ligatura bilan bog'lanadi va kesiladi. Churra xaltasining qobig'iga 70 % spirt, 2 % yod yoki kaliy permanganat eritmasi bilan ishlov beriladi. Qobiq quriganidan keyin bu muolaja 3 - 4 marta qaytariladi. Bola kuvezga o'tqiziladi. Birinchi sutka davomida qobiqqa har 1,5 - 2 soat davomida ishlov beriladi. Mikroorganizmlar kirishiga to'sqinlik qiluvchi zich po'stloq hosil bo'ladi. Po'st hosil bo'lganidan so'ng churra bo'rtmasiga aseptik bosuvchi bog'lam qo'yiladi. Churra bo'rtmasini qoplab turgan teriga har kuni spirt va yod eritmasi bilan ishlov beriladi. Qobiqning ko'chishi 3 - 4 haftaga to'g'ri keladi. 2 - 2,5 oydan so'ng to'liq epitelizatsiyalanadi. Bu jarayon vaqtida churra xaltasi yassilanadi va kichrayadi, a'zolar asta-sekin qorin bo'shlig'iga

tushadi. Mahalliy konservativ davolash antibakterial, dezintoksikatsion va stimullovcchi terapiya bilan birga olib boriladi.

KINDIK CHURRASI.

Kindik churraasi kindik halqasi aponevrozining to'liq bitmasligi natijasida paydo bo'lib, u orqali qorin parda bo'rtib chiqib churra xaltasini hosil qilishi bilan xarakterlanadi.

Churra xaltasi ichida odatda, charvi, ingichka ichak qovuzloqlari bo'ladi. Kindik churraasi ko'pincha chaqaloqlik davrida uchrab, qiz bolalarda o'gil bolalarga nisbatan ko'proq uchraydi. Bu churra qorin devorida uchraydigan churralarning 5 % ini tashkil qiladi.

Klinika va diagnostikasi. Kindik churraasi yumaloq yoki oval shaklda bo'rtgan holda bo'lib, tashqi ko'rinishidan kattalashgan kindikka o'xshaydi. Tinch holatda, ayniqsa bola yotgan paytda bo'rtma o'z-o'zidan yoki yengil bosganda to'g'rilanib qorin bo'shlig'iga kiradi va bu vaqtda kindik halkasi sezilib, defekt o'lchamini aniqlash mumkin. Bunda defekt diametri 1,5 - 2 smgacha bo'ladi. Ko'zdan kechirganda churra bo'rtmasi ustidagi teri yupqalashganligi kuzatiladi, bu esa erta operatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi. Bu churra odatda bolani unchalik bezovta qilmaydi, faqat ba'zi hollarda, ya'ni churra bo'rtmasi o'lchami katta bo'lganda, ichak tutqichi tortilishi natijasida bola bezovtalanadi. Bunday hollarda ichak tutilishi kuzatilishi mumkin.

Davolash. Kindik churrasini davolash taktikasi bemor yoshiga qarab tanlanadi. Ko'pgina hollarda bola hayotining 4 - 5 yillarida o'z-o'zidan tuzalib ketadi. Ba'zan bundan ham erta tuzalishi mumkin. 5 yoshdan keyin defektning o'z-o'zidan tuzalishi kuzatilmaydi. Leykoplastir qirqimlarini qo'yish, bandaj taqish yordam bermaydi. Qorin devori mushaklarini massaj qilish va gimnastikalar defektning tez bitishiga va churraning yo'qolishiga olib keladi. Har hil davolash muolajalarini qo'llaganda ko'krak yoshidagi 60 % bolalarda o'z-o'zidan tuzalib ketadi.

Operativ muolaja rejali tartibda bola 5 yoshdan oshgandan keyin bajariladi, faqat ba'zi hollarda kindik halqasidan katta churra chiqib, bolani bezovtalanishiga olib kelganda ertaroq operatsiya qilinadi. Agar churrani bola uxlayotganda ham to'g'rilash imkoni bo'lmaganda shoshilinch tarzda operatsiya qilinadi.

Kindik ustidan teri ko'ndalang kesilib, aponevroz va kindik terisiga bitishib ketgan churra xaltasi ajratiladi. Churra xaltasi ochib qaraladi, charvi yoki ichak devorlaridagi bitishmalar ajratilib, ular qorin bo'shlig'iga erkin tushirilgandan so'ng, churra xaltasi tikilib, asosidan bog'lanib olib tashlanadi. Aponevroz bir qatorli ipak ip bilan tikiladi. Zarur bo'lganda ikkinchi qator chokni ham qo'yish mumkin. Cho'zilgan kindik terisidan qisman kesilib aponevrozga kindikka o'xshatib tikib qo'yiladi. Jarohat tikilib, 1 sutkaga rezina drenaj qoldiriladi va teriga kosmetik chok qo'yish mumkin. Retsidivlar va asoratlar uchramaydi.

QORIN OQ CHIZIG'I CHURRASI.

Qorin oq chizig'i churraasi o'rta chiziq bo'ylab kindik va xanjarsimon o'simta orasida (paraumblikal) va yuqoriroqda (epigastral) joylashishi mumkin.

Bu churra qorinning oq chizig'i deb ataluvchi aponevrozning turli xil nuqsonlari natijasida yuzaga keladi. Qorin oq chizig'ining bolalarga xos bo'lgan xususiyatlaridan biri uning nisbatan kengligidadir. Aponevrotik tutam tolalari orasida qorin o'rta chizig'ida yoriqsimon defektlar bo'lishi mumkin, bola o'sib borishi bilan

ular kamayadi. Bitmagan defekt orqali aponevrozga qorin old devori kletchatkasining bir qismi parietal qorin pardaga o'ralgan holda chiqib qoladi. Kam hollarda churra xaltasida ingichka ichak devori yoki qovuzloqlar bo'lishi mumkin. Qorin oq chizigi churrasi hamma qorin churralarini 1 % ini tashkil qiladi. Ko'pincha 2 - 3 yoshdan keyin namoyon bo'ladi. Bu churraning qisilishi kam uchraydi.

Klinik jihatdan simptomsiz kechadi va tasodifan profilaktik ko'rik vaqtida vrach yoki ot-onasi tomonidan aniqlanadi. Qorin o'rta chizig'i bo'ylab sillik, elastik, bosganda bir oz og'riqli yumaloq bo'rtma aniqlanadi. Churrani bosib ko'rganda yo'qolmaydi.

Qorin oq chizig'i churrasini qorin mushagi diastazasidan - qorin oldingi devori rivojlanish nuqsonidan farqlash lozim. Bunday hollarda xanjarsimon o'simtadan qorin o'rta chizig'i bo'ylab kindikkacha kuchlanish berilganda aniq o'lchamli 1,5 sm kenglikdagi bo'rtma paydo bo'ladi va shu sohada aponevroz defekti bor degan yolg'on tasavvur kelib chiqadi. Diastazada davo talab qilinmaydi.

Qorin oq chizigi churrasi rejali ravishda operativ davolanadi. Teri qorinning o'rta chizig'i bo'ylab churra bo'rtmasi ustidan kesiladi, dastlab yuqoridan va pastdan aponevroz ajratiladi, so'ngra churra halqasiga kiritilgan koxer zondi bilan defekt qirg'oqlari ajratiladi. Churra xaltasi bo'shlig'i ko'zdan kechiriladi. Qisilish bo'lmasa, churra xaltasi asosidan tugunli ketgut choki bilan bog'lanadi va kesib tashlanadi.

Churra qisilganda bo'rtma aponevrozdan ehtiyotkorlik bilan ajratiladi, chunki ba'zi hollarda yog' kletchatkasi ostida churra xaltasi joylashishi mumkin, bu holda uni ehtiyotkorlik bilan ochiladi va unga ichak devori birikmaganligiga ishonch hosil qilinadi. Jarohat qavatma-qavat tikiladi, tugunli chok qo'yiladi: qorin devoriga ketgutli, aponevrozga kapronli yoki ipak choklar qo'yiladi.

KINDIKNING TUG'MA OQMALARI.

Kindikning tug'ma oqmalari sariqlik yo'li (ductus omphali) va siydik yo'li (uraxus)ning obliteratsiya jarayoni buzilishi natijasida hosil bo'ladi. Embrional davr rivojlanishining 1 - haftalarida sariqlik yo'li ichak va sariqlik qopiga bog'langan bo'ladi. Siydik yo'li "allantois" bo'shlig'ini kloaka bilan birlashtirib turadi, bo'lingandan keyin esa siydik-tanosil sinusi bilan bog'lab turadi.

Homila ichi rivojlanishining 6 - 8 haftasida yo'llarning qayta rivojlanishi kuzatiladi: sariqlik yo'li butunlay atrofiyaga uchrab kindik va ichak o'rtasidagi bog'liqlik yo'qoladi. Siydik yo'li distal qismidan obliteratsiyaga uchraydi, proksimal qismi esa siydik pufagi hosil bo'lishida qatnashadi. Shu bilan birga bolada siydik yo'li o'rnida kindik bilan siydik pufagini birlashtirib turuvchi biriktiruvchi to'qimali boylam bo'ladi. Shu yo'llarning obliteratsiyaga uchrashi buzilishi natijasida to'liq va noto'liq kindik oqmalari, enterogen kistalar hosil bo'lishiga olib keladi.

Kindikning to'liq oqmasi.

Kindikning to'liq oqmasi sariqlik yo'li butunlay ochiq qolganda uchraydi. Bunday hollarda yonbosh ichakdan ajralmalar kindik orqali chiqib turadi.

Klinika va diagnostikasi. Sariqlik yo'li obliteratsiya bo'lmagan hollarda bola tug'ilganda kindik tizimchasi qalinlashgan va kindik halqasi biroz kengaygan bo'ladi. Kindik chuqurchasi markazida oqma teshigini va och rangli shilliq pardani ichak ajralmalari bilan ko'rish mumkin. Katta diametrli oqmalar sariqlik yo'li bitmay qolishi tufayli bo'lib, bunda oqmadan ichak ajralmalari chiqib turadi. Kuchangan paytda ichak evaginatsiyasi paydo bo'ladi, shunda tashqariga chiqqan shilliq parda 2

o'zakli ko'rinishga ega bo'ladi. Oqma yo'li orqali evaginatsiya bo'lgan ichak qovuzlog'i kindik halkasida qisilib qolishi mumkin. Evaginatsiya ichak tutilishi ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Siydik yo'li to'liq oqmasida siydik tomchilab oqadi, ba'zan kuchanganda esa, oqim bilan chiqadi. Kindikning to'liq oqmasida diagnoz qo'yish qiyin emas, keng oqmada ajralma xarakteriga qarab diagnoz qo'yiladi.

Oqmani aniqlash uchun fistulografiya usulidan foydalaniladi. Buning uchun oqmaga yoki siydik pufagiga metilen ko'ki eritmasi yuboriladi va siydik rangining uzgarishi kuzatiladi. Rentgenogrammada oqma yo'lini ko'rish uchun uni kateterizatsiya qilish yoki kontrast modda (sergozin eritmasi) yuborish mumkin. Bitmay qolgan uraxus borligiga shubha tug'lsa, albatta sistografiya usuli qo'llaniladi va buning yordamida oqmaning diametri, uning uzunligi aniklanadi.

Davosi. Kindik oqmalari operativ yo'l bilan davolanadi. To'liq oqmadan ko'p miqdorda ajralma chiqsa yoki evaginatsiya bo'lsa, bolaning yoshidan kat'iy nazar operatsiya qilinadi.

Bitmay qolgan sariqlik yo'lida qorinning o'rta chizig'i bo'ylab laparotomiya qilinadi, oqma yo'lining hammasini ajratib, ichakni ponasimon rezektsiya qilinadi va anastomoz qo'yiladi.

Siydik yo'li operatsiyasida teri kindikdan qov sohasigacha kesiladi, yo'lni qovuq shilliq pardasigacha qorin pardadan tashqari holda ajratib olinadi, oqma yo'li ketgut bilan tikiladi, bog'lanadi va olib tashlanadi. Siydik pufagining mushak qavati ham ketgut bilan tikiladi. Kindik sohasidagi jarohatga ichki tomondan ketgutli choklar ko'yiladi, kindikni aponevrozga tikib, undan so'ng teri tikiladi.

Kindikning noto'liq oqmasi.

Kindikning noto'liq oqmasi sariqlik yo'lining distal qismi obliteratsiyaga uchrashi buzilishi natijasida hosil bo'ladi. To'liq oqmaga nisbatan ko'proq uchraydi.

Klinika va diagnostikasi. Bu buzilish ko'pincha chaqaloqlik davrida paydo bo'ladi. Bunda kindik doimo nam turadi, tubida qizgish rangli shilliq parda ko'rinadi. Pintset bilan kindikni kengaytirib ko'rganda bu oqmadan doimo shilliq yiringli ajralma chiqadi. Oqma yo'lini aniqlash uchun tugmachali zond bilan qarshilikka uchraguncha asta-sekinlik bilan zondlash o'tkaziladi. Odatda oqma yo'li 2 - 3 sm dan oshmaydi. Agar oqma yo'li qovga yo'nalgan bo'lsa, bunda uraxusning noto'liq oqmasi hakida o'ylash kerak. Zond oqma yo'li bo'ylab qorin bo'shlig'iga chuqurroq kirsam, bu bitmagan sariqlik yo'li borligini ko'rsatadi.

Oqmaning yo'nalishi va uzunligi fistulografiya yordamida aniqlanadi. Kindikning noto'liq oqmasi kindik fungusi bilan differentsiatsiya qilinadi. Fungusda zamburug'simon granulyatsiya o'sib ketadi. Bunda oqma chiqmaydi, sanatsiyada va lyapis bilan kuydirganda 1 - 2 hafta ichida kindik yarasi bitib ketadi, oqmada esa bitmaydi.

Davosi. Kindikning noto'liq oqmasi chaqaloqlik davrida va hayotining 1-oylarida konservativ davolash natijasida tuzalishi mumkin. Kindikdan chiqayotgan ajralma doimo tozalanib, bola tez-tez cho'miltirib turilsa, hayotining 1- yarim yilidayoq oqma yo'li o'z-o'zidan obliteratsiyaga uchrashi mumkin. Oqma obliteratsiyasini tezlashtirish maqsadida oqma ichiga kuydiruvchi va dezinfektsiyalovchi moddalar yuborib turiladi. To'mtoq igna orqali oqma yo'lga 5 % yod eritmasi, 10 % kumush nitrat eritmasi (0,5 ml gacha) 7 - 10 kunda 1 marta yuboriladi. Davo kursini takrorlash mumkin. Ajralmaning kamayishi davo muolajalari yaxshi kechayotganligini bildiradi.

Konservativ davo 6 oy mobaynida effekt bermaganda, operatsiya qilinadi. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, bunda qorin bo'shlig'i ochilmasdan, oqma uzunasi bo'ylab ajratiladi, kindik tubini hosil qiluvchi to'kimalar olib tashlanadi, keyin jarohatning ichki qismi ketgut bilan tikiladi.

MEKKEL DIVERTIKULI.

1809 yilda nemis anatomii J. F. Meckel birinchi bo'lib ingichka ichak divertikuli haqida yozdi va uning kelib chiqishi homilaning 1-chi haftasida funktsiya ko'rsatadigan sariqlik yo'li kayta rivojlanishi bilan bog'liqligini aniqladi.

Mekkel divertikuli 2 % hollarda uchraydi. Mekkel divertikuli - yonbosh ichakning ichak tutqich qarshisidagi bir qismining bo'rtib chiqishidir. Divertikulning ichak tutqichi chetida ham joylashganligi kuzatiladi. Divertikul uzunligi 11 - 15 sm gacha, diametri 0,5 dan 15 sm gacha bo'lishi mumkin. U ba'zan chuvalchangsimon o'simtani eslatib, keng asosi ichakka qaragan konusga o'xshaydi.

Divertikul erkin, yoki sariqlik yo'li bilan aloqani saqlab, kindikka birikishi mumkin. Birikkan divertikul ko'pincha ichak tutilishini keltirib chiqaradi.

Mekkel divertikulining devori tuzilishi jixatadan ingichka ichak devorining tuzilishiga o'xshaydi, lekin uning shilliq pardasida geterotopik to'qimalar uchraydi (oshqozon va oshqozon osti bezi to'qimalari).

Mekkel divertikuli kasalliklarining quyidagi klassifikatsiyasi qulay hisoblanadi:

- I. Divertikulit
 1. Surunkali
 2. O'tkir: a) kataral; b) flegmanoz; v) gangrenoz
- II. Ichak tutilishi
 1. Strangulyatsion
 2. Invaginatsiya
 3. Churraga tiqilib qolishi
- III. Peptik yazva.
- IV. Shishlar
 1. Yaxshi sifatli
 2. Yomon sifatli

Mekkel divertikuli klinikasida hech qanday simptomlar kuzatilmaslgi mumkin va u boshqa kasalliklar, ko'pincha o'tkir appenditsit sababli o'tkazilgan laparotomiya vaqtida tasodifan aniqlanadi.

O'tkir divertikulit nisbatan kamroq uchraydi. Kelib chiqish sababi - enterogen infektsiya, yot jismlar bilan perforatsiya bo'lishi hisoblanadi. Divertikul muskulaturasining kuchsiz rivojlanganligi va qon bilan yaxshi ta'minlanmasligi divertikulda ogir yalliglanish protsessi rivojlanishiga olib keladi.

Bu kasallik klinikasi o'tkir appenditsitga juda o'xshash, shu sabab operatsiyagacha diagnoz qo'yish qiyin kechadi. Bu chuvalchangsimon o'simta va Mekkel divertikuli anatomik jihatdan yaqin joylashganligi bilan tushuntiriladi.

O'tkir boshlanishi, qorinda lokalizatsiyasi aniq bo'lmagan kuchli ogriq, temperatura ko'tarilishi va qusish divertikulitga xos belgilar hisoblanadi. Pal'patsiya vaqtida ogriq butun qorin bo'ylab, o'ng yo'nboosh sohasida, qorinning pastki qismida, kindik atrofida aniqlanishi mumkin. Pul'sning tezlashuvi va leykotsitoz kuzatiladi.

O'tkir appenditsit va divertikulitni farqlashda yo'l qo'yilgan xato amaliy ahamiyatga ega emas, chunki o'tkir appenditsitda qo'llaniladigan Volkovich -

D'yakonova usuli Mekkel divertikulini rezektsiya qilish uchun ham qulaydir. Chuvalchangsimon o'simtada yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmagan holda, divertikul yallig'lanishini ko'rmay qolish xavfli xato hisoblanadi. Bunday holning oldini olish uchun laparotomiya vaqtida yonbosh ichakning terminal qismini albatta reviziya qilish lozim.

Divertikulning surunkali yallig'lanishi juda ham kam uchraydi.

Mekkel divertikuli tufayli paydo bo'lgan tutilishlar 2 guruhga bo'linadi: 1) kindikka yoki qorin bo'shlig'ining boshqa qismiga birikkan divertikul chaqirgan tutilish; 2) erkin divertikuldagi tutilish.

Birinchi guruhga birikkan divertikul atrofida ichak buralishi natijasidagi strangulyatsiya kiradi; ikkinchi guruhga - divertikulning churraga tiqilib qolishi yoki invaginatsiyasi. Divertikulning shakli tutilish kelib chiqishida asosiy rol uynaydi. Kalta va keng asosli divertikul ko'proq invaginatsiyani, uzun va ingichka divertikul esa - strangulyatsiyani keltirib chiqaradi.

Ichak tutilishi qoida bo'yicha strangulyatsion tipga kiradi: o'tkir boshlanishi, qorinda ogriq, reflektor qusish, axlatning chiqmasligi, kasallik boshlanganidan bir necha soat o'tib qorinning damlashi, peristal'tikaning kuchayishi. Invaginatsiyada axlatda qon aniqlanadi. Rentgenologik kartina past ichak tutilishiga o'xshab, rentgenologik simptomlar kindik atrofida, o'ng yonbosh sohasida kuzatiladi.

Divertikul chaqiradigan asoratlar orasida peptik yara va qon oqishi ichak tutilishidan so'ng ikkinchi o'rinni egallaydi. Yaralar ko'pincha divertikulning o'zida, ba'zan ichakning divertikulga yaqin bo'lgan shilliq pardasida uchraydi. Yaraning paydo bo'lishida divertikulning qon bilan yomon ta'minlanishi, arteriyalardan birida tromboz bo'lishi ahamiyatga ega. Divertikulning qonayotgan peptik yarasi ko'proq kichik yoshdagi bolalarda uchraydi.

Qon oqishi profuz yoki qaytalanuvchi bo'lishi mumkin. Qon to'q olcha rangda, laxta aralash bo'ladi. Qon ko'p oqqanda ichakda axlat massalari bo'lmaydi. Qon oqishi sog'lom bolada birdaniga boshlanadi. Tezda kollaps kuzatilishi mumkin. Tekshirish paytida taxikardiya, teri rangining oqarishi, gemoglobin miqdorining kamayishi kuzatiladi. To'g'ri ichakda to'planib qolgan qon, ba'zan qon laxtaklari aniqlanadi.

Divertikulda qon oqishini ichak poliqlaridan differentsiatsiya qilish lozim. Bunda qon och qizil rangda, kamroq ajraladi va defekatsiya oxirida aniqlanadi. Qon oqishi bilan kechadigan kapillyarotoksikozdan farqlashda unga xos bo'lgan: qorinda kuchli og'riq va terida toshmalarning bo'lishiga ahamiyat beriladi.

Davolash. Mekkel divertikulining hamma kasalliklari xirurgik yo'l - rezektsiya qilish bilan davolanadi. Divertikul shakliga qarab rezektsiya usuli aniqlanadi. Uning asosi keng bo'lganda, qanotsimon rezektsiya qilinib, ichak devoriga 2 qatorli ko'ndalang chok qo'yiladi. Divertikul asosi tor bo'lganda, uni xuddi appendektomiya kabi olib tashlanadi va qoldigi kiset chok ichiga olinadi.

ANOREKTAL RIVOJLANISH NUQSONLARI.

Anorektal sohaning rivojlanish nuqsonlari 1:5000 nisbatda uchraydi.

Anorektal nuqsonlar ko'pincha kaudal regsessiya sindromida kuzatiladi. Qiz va o'gil bolalar o'rtasida 1:2 nisbatda uchraydi.

Embriinning homila rivojlanishining birinchi haftalarida orqa chiqaruv teshigi bo'yarakning birlamchi kanali bilan birgalikda bitta umumiy bo'shliq - kloakaga ochiladi, teshik kloaka membranasi bilan yopiq bo'ladi. To'rtinchi haftaga kelib kloaka mezoblastning pastga tushuvchi to'sig'idan ikkita nayga bo'linadi. Oldingi

naydan siydik pufagi va siydik nayi hosil bo'ladi. Orqa naydan esa yugon ichakning terminal qismi rivojlanadi. Beshinchi haftaga kelib ektoderma anal membranasining tashqi yuzasiga yaqinlashadi va ichak bilan tutashib anal chuqurchasini hosil qiladi. Anal membranasining teshilish jarayoni embriogeneznining 8 haftasida to'g'aydi.

Anorektal nuqsonlarning rivojlanishi normal embriogeneznining buzilish bosqichi bog'liq holda yuzaga chiqadi. Ichki kloakaning shakllanishi va bo'linishi natijasida quyidagi nuqsonlar rivojlanadi:

- A) kloakaning bo'lishi;
- B) rektovezikal oqma;
- V) rektovaginal oqma;
- G) rektovestibulyar oqma;
- D) oqmasiz orqa chiqaruv teshigining atreziyasi;
- E) rektouretral oqma;

Keyingi etap rivojlanishining to'xtashi, bolaning teshilmagan anal membranasini bilan yoki anal membrananing stenozini bilan tug'ilishiga olib keladi. Oraliqning etilmasligi orqa teshik ektopiyasiga va orqa chiqaruv teshigi yopilishi oraliq oqmasi bilan birga rivojlanadi.

Embriogenezdagi orqa teshikning tashqi sfinkteri mustaqil rivojlanadi. Lekin shuni bilish kerakki, urorektal to'siqning hosil bo'lish vaqtida kloaka sfinkterining tolalari, oraliqning markaziy yadrosi chuqqisida kesishsa, bunda birlamchi oraliqning bo'lmasligi yoki yetishmasligi natijasida tashqi sfinkter tutami noto'g'ri joylashadi. Yaqqol rivojlangan anorektal nuqsonlarda tashqi sfinkter bo'lmaydi yoki rivojlanmagan bo'ladi.

1970 yilda Mel'burnda xalqaro kongressda quyidagi klassifikatsiya qabul qilingan, buning asosida chanoq tubi mushaklarining to'g'ri ichak bilan, xususan qov-to'g'ri ichak muskullari bilan munosabati yotadi. Bunda 3 guruh anomaliyalar farqlanadi: yuqori, o'rta va pastki. Birinchi holatda to'g'ri ichak agneziya va atreziyasining oqmasi va oqmasiz turlari ko'zda tutiladi; bunda ichakning to'mtoq qismi chanoq tubi mushaklarining ustida joylashadi. Ikkinchi guruh nuqsonlarida ichakning tumtoq qismi chanoq tubi sohasiga to'g'ri keladi. Uchinchi guruhda ichaklar qov-to'g'ri ichak mushaklari qovuzlogining markazida joylashadi.

Anorektal nuqsonlarning Mel'burndagi klassifikatsiyasi.

Yu q o r i (s u p r a l e v a t o r)

1. Anorektal ageneziya

Qo'g'il bolalarda:

Qizlarda:

a) oqmasiz

a) oqmasiz

b) oqmasi - rektovezikal,
rectouretral.

b) oqmasi - rectovezikal

rectocloakal

2. Rektal atreziya (o'g'il va qizlarda).

U r t a (i n t r a m e d i a l)

1. Anal ageneziya

Qo'g'il bolalarda:

Qizlarda:

a) oqmasiz

a) oqmasiz

b) oqmasi - rektobul'bar

b) oqmasi - rektovestibulyar

2. Anorektal stenoz (o'g'il va qizlarda)

Pastki	(translevator)	Qizlarda:
1. O'g'il va qizlarda:		
a) yopiq anus - oddiy		a) oldingi oraliq anus
b) anal stenoz		b) rektovestibulyar oqma
		v) vul'varli anus
		g) anovul'var fistula
		d) rektovestibulyar oqma
2. O'g'il bolalarda:		
a) oldingi oraliqli anus		
b) rektooraliqli oqma.		

Har bir anatomik shaklning o'ziga xos xususiyati bor.

Bitta chiqarish teshigining atreziyasi ko'rik paytida qiyinchiliksiz aniqlanadi, bunda orqa chiqaruv teshigi bo'lmaydi. Atreziya balandligi ichaklarning levator mushaklarga munosabatiga qarab aniqlanadi, bu chaqaloqlarda anal sohaning terisidan 2 sm chuqurlikda yotadi. Pastki atreziyalarda ichakning to'mtoq qismi teridan 2 sm chuqurlikda joylashadi. O'rta va yuqorigi atreziyalarda ichakning uchi katta chuqurlikda yo'tadi. Klinik jihatdan oraliqqa qarab ham atreziya balandligini aniqlash mumkin. Yuqori atreziyalarda oraliq o'lchami kichraygan, yetilmagan, o'tirgich do'mboqlari bir-biriga yaqinlashgan, ba'zan dumg'aza bo'lmaydi. Anal teshigi terisi ko'pincha silliq "ko'lga urilish" simptomi manfiy bo'ladi (ko'rsatkich barmoq bilan tashqi sfinkter sohasiga to'lqinsimon harakat qilib urib ko'riladi, agar mekoniy bilan to'lgan ichak oraliq yonida joylashsa tekshiruvchining barmogi qarshilik zarbini sezadi, bunda simptom musbat buladi).

Agar chaqaloq tug'ilgandan keyin qandaydir sabablarga ko'ra tekshirish o'tkazilmagan bo'lsa, sutka oxirida chaqaloq bezovtalanib, chinqira boshlaydi, uyquasi buziladi, ichak tutilishi belgilari yuzaga chiqa boshlaydi. Qorin shishadi, avval me'da, keyinchalik o't suyukligini qusadi, chaqaloq emmaydi. Mekoniy va gaz chiqmaydi.

Atreziya balandligini aniqlash maqsadida Vangenstin bo'yicha invertogramma o'tkaziladi. Bunda orqa chiqaruv teshigi sohasiga rentgenoktrast jism yopishtiriladi (masalan, tanga), bola boshini pastga qilgan holda, yonbosh proektsiyada obzor rentgenografiya qilinadi. Atreziyalangan ichakdagi gaz pufagiga va belgi urtasidagi masofaga qarab atreziya balandligi aniqlanadi. Bu tekshirish bola tug'ilganidan 15 - 24 soat o'tib bajariladi. Bola tug'ilgandan keyin gaz pufagi atreziyaga uchragan ichakka borib etmaydi va natija yolg'on bo'lishi mumkin. Shubhali holatlarda rentgenoktrast tekshirishlar o'tkaziladi.

Orqa chiqarish teshigining proektsiyasi bo'yicha oraliq punktsiya qilinadi, igna 2 sm chuqurlikka kiritilib, rentgen ekrani orqali nazorat qilib 10 - 15 % verografin eritmasi yuboriladi. Agar igna ichakka tushgan bo'lsa, to'liq ko'rinadi. Yuqori atreziyalarda kontrast modda kletchatkani infil'tratsiyalaydi.

Hozirgi vaqtda atreziyalarni aniqlash maqsadida, oraliqni ul'tratovushli skanerlash keng qullanilmoqda.

Tashqi sfinkterning joylashishi va yetilganligini elektromiograf yordamida aniqlanadi. U 4 ta nuqtadan keluvchi ignali elektrodlar bilan bajariladi.

Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichak atreziyasi



siydik sistemasiga oqma hosil qilishi bilan xarakterlanib, eng ogir nuqsonlardan hisoblanadi. Ko'pincha o'g'il bolalarda atreziyaning yuqori shaklida uchraydi. Bola hayotining birinchi kunlarida bu nuqson klinik kechishi bo'yicha atreziyaning oqmasiz shaklidan farq qilmaydi. Bolada ikkinchi sutkaning oxiriga kelib, pastki ichak tutilishi simptomlari yuzaga chiqadi, chunki siydik pufagi va uretra orasidagi oqma ko'pincha tor va mekoniy undan o'ta olmaydi.

Bolani tekshirish paytida tashqi uretra teshigidan mekoniy ajralishini ko'rish mumkin. Bola siyganda dastlab deyarli o'zgarmagan mekoniy ajraladi, siydikning oxirgi portsiyalari esa tinik bo'ladi. Bola siymagan vaqtida ham uretra orqali gazlar chiqib turadi.

Agar oqma siydik pufagiga ochilsa, mekoniy doimo siydik bilan aralashib uni yashil rangga bio'yaydi, ayniqsa oxirgi portsiyasini.

Rentgenologik diagnoz uretrosistografiya yordamida aniqlanadi. Rentgen ekrani nazorati ostida uretraning boshlang'ich qismiga 1 - 2 sm chuqurlikda kateter kiritiladi va 10 - 15 % verografin yuboriladi. Yon tomondan o'tkazilgan rentgen tasvirida kontrast moddaning to'g'ri ichakka tushgani ko'rinadi.

Jinsiy sistemaga ochilgan oqma ko'pincha qiz bolalarda uchraydi. Odatda oqma qin dahlizining orqa bitishmasiga, ba'zan qinga ochiladi. Oqmaning asosiy belgisi bola hayotining birinchi kunidan boshlab jinsiy yoriqdan mekoniy, keyinchalik gaz va axlatning chiqishi kuzatiladi, anal teshik bo'lmaydi. Agar oqma kalta va keng bo'lsa, bola hayotining birinchi oylarida mustaqil axlat qiladi. Lekin sun'iy ovqatlantirishga o'tilgandan keyin axlati kam ajraladi va ichi qotadi.

Qinga ochiluvchi oqmalı atreziyada oqma teshigi tor bo'lib, qizlik pardasidan yuqorida joylashadi. Qiz bolalarda qin oqmasining teshigi orqali doimo ichak mahsulotlari ajralib turadi, bunda yuqoriga chiquvchi infeksiya uchun qulay sharoit yaratiladi. Ichak mahsulotlarining to'liq ajralmasligi va oqma yuqorida joylashgani uchun ho'qna qilishning imkoniyati yo'qligi, erta axlatning tiqilishiga, surunkali intoksikatsiyaga va bola ahvolidan yomonlashuviga olib keladi.

Rektovestibulyar oqmalar odatda pastki atreziyalarga, rektovaginal oqmalar yuqorigi atreziyalarga kiradi va odatda tashqi jinsiy a'zolarining infantilizmi bilan kuzatiladi.

Oraliq oqmasi ug'il bolalarda bolalarda qiz bolalarga nisbatan ko'p uchraydi. Qiz bolalarda oraliq oqmasi kalta va keng bo'ladi. O'g'il bolalarda oqmaning kengligi va uzunligi farq qiladi. Oqma orqa chiqaruv teshigi yonida, tashqi sfinkterning oldingi bo'limida yorg'oq ildizida, hatto jinsiy olatga ochilishi mumkin. Oqmalar anatomik variantiga qarab, to'liq yoki qisman ichak tutilishi ko'rinishini berishi mumkin.

Orqa chiqaruv teshigining ektopiyasi deganda shunday holat tushuniladiki orqa chiqaruv teshigining morfo-funksional xususiyatlari saqlangan bo'ladi, faqat joylashgan joyi o'zgargan bo'lib, jinsiy a'zolarga yaqinroq joylashadi. Oraliq va vestibulyar ektopiyalar farqlanadi. Chin ektopiyasi atreziyaning oqmalı shaklidan farqlash kerak, chunki oxirgisi funksiyasini to'liq bajarmaydi va xirurgik korrektsiyani talab qiladi. Bularning farqi tashqi sfinkter qisqarishini vizual tekshirishda yoki elektromiografiya yordamida aniqlash mumkin.

Ektopiyada qisqarish anal teshigi atrofida, oqmalarda esa tashqi sfinkter tolalarning qisqarishi undan tashqarida bo'ladi. Orqa chiqaruv teshigining ektopiyasida funksional o'zgarishlar bo'lmaydi.

To'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigining tug'ma torayishi ko'pincha ichakning endodermal qismining ektodermal qismiga o'tish joyida, ya'ni anal halqasining tojsimon chizig'i sohasida joylashadi. Torayishi bir necha mm dan 2-4 sm gacha bo'ladi.

Chaqaloqlik davrining birinchi oylarida strukturalar klinik jihatdan aniqlanmaydi. Chunki suyuq ovqat torayish orqali erkin o'tadi. Stenozning yuqori darajalarida bola hayotining birinchi kunidan ichi qotadi, axlat ingichka tasma shaklida ajraladi, qo'shimcha ovqatga o'tkazilganda ich qotishi yaqqol namoyon bo'ladi. Bola bezovtalanadi, qorni dam bo'ladi, ishtaxasi yomonlashadi. Tana massasi orqada qoladi va ikkilamchi megakolon shakllanadi.

Anal kanalining tug'ma torayishiga tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Barmoq bilan rektal tekshirganda elastik halqa aniqlanadi; ba'zan barmoqning uchini kiritib bo'lmaydi. To'g'ri ichakni rentgeno-kontrast tekshirish va kolonoskopiya yordamida aniq tashxis qo'yiladi.

DAVOLASH: to'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasining barcha shakllarida xirurgik davo yotadi. Shoshilinch operatsiya hayotining ikkinchi sutkasigacha olib boriladi, bunda to'liq atreziyaning barcha shakllari va oqmal formalar: rektouretral, rektovezikal bundan tashqari kichik diametrli - rektovaginal, rektoralik shakllarida xirurgik davo o'tkaziladi. 1-3 oylikdan to 1-3 yoshgacha oraliqda va tanosil sistemasida oqmal nuqsonlari ichak tutilish simptomlari keltirib chiqarmasdan korrektsiya qilinadi. Keyingi yillarda tug'ma rivojlanishlarni erta korrektsiya qilish, nerv-reflektor kortiko-vistseral bogliqlikni mustahkamlash va shakllantirishga qaratilgan.

To'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasining pastki turlarida oraliqning bir lahzali proktoplastik operatsiyasi amalga oshiriladi.

Xozirgi vaqtda atreziyaning o'rta formalarida dumg'aza-oraliq proktoplastikasi o'tkaziladi.

Atreziyaning yuqori formalarida ichaklarni qorin-dumg'aza-oraliq usuli bilan mobilizatsiya qilish talab qilinadi. Ushbu operatsiya katta va travmatik bo'lganligi uchun ikki etapda bajariladi. Bola hayotining birinchi kunida chap yonbosh sohasida atreziya zonasiga yaqin joyda, sigmasimon ichakka Mikulich usuli buyicha sun'iy orqa teshik ochiladi. Radikal operatsiyaning 2 chi etapi 2 oylikdan 1 yoshgacha qilinadi. Bunday taktika nafaqat bola so'ayishiga, balki funktsional holatni yaxshilashga olib keladi. Operatsiyadan so'ng 10 - 14 kundan boshlab hosil qilingan anal teshigini Gegar bujlari bilan profilaktik bujlash o'tkaziladi, bujlar o'lchami № 8 dan to № 11 - 12 gacha asta-sekin oshirib boriladi. Profilaktik bujlash 2 - 2,5 oy davomida o'tkaziladi va ichakning teriga o'tish joyida yupqa chandiqlik hosil bo'ladi, natijada to'g'ri ichak stenozining oldi olinadi. Statsionarda bujlash 1 - 2 hafta davomida har kuni amalga oshiriladi, so'ngra ota-onasi dispanser nazorati ostida uyida davom ettiradi.

Bir nechta rivojlanish nuqsoni bo'lgan barcha bolalarga medikogenetik konsul'tatsiya va doimiy dispanser nazorati zarurdir. Etapli ravishda buyrak, jinsiy a'zolar, tayanch - harakat sistemasining va boshqa qo'shimcha nuqsonlar korrektsiya qilib boriladi.

Kasallikning oqibati nuqsonning og'irligiga, qo'shimcha nuqsonlarga va operativ davoning to'g'ri tanlanganligiga bogliq bo'ladi.

INGICHKA ICHAK IKKILANISHI.

Hamma ikkilanishlarning 50 % ingichka ichak ikkilanishiga to'g'ri keladi. Asosan yonbosh ichakning ikkilanishi kuzatiladi. Ingichka ichakning ikkilanishi og'ir asoratlarni: tutilish, peritonit, qon oqishini keltirib chiqarishi mumkin.

Kasallik klinikasi ikkilanishning joylashgan joyi, turi hamda shakliga bogliq.

Ikkilanishning alohida formasida bola tug'ilganidan darhol keyin, tutashuvchi formasida esa katta yoshdagi bolalarda uchraydi.

Kasallik simptomlari ichak nayining qisilishi va buning natijasida qon aylanishining buzilishi bilan belgilanadi. Asosiy belgilar - qorinda og'riq, ug'jish, qusish, axlat chiqarishning buzilishi va qorin bo'shlig'ida shishsimon hosilaning aniqlanishidir. Kasallikka yallig'lanish qo'shilganda u o'tkir kechadi, ikkilanish ko'proq yonbosh ichakda bo'lganligi sababli o'tkir appenditsit klinikasini eslatishi mumkin.

Alohida formasida va yallig'lanish bo'lmaganda ichaklarning qisman tutilish simptomlari kuzatiladi, bu ba'zi hollarda ichakning to'liq tutilishiga o'tishi mumkin.

Ikkilangan ichak qovuzlog'ining buralib qolishida strangulyatsion tutilish kuzatiladi, ikkilangan ichak invaginatsiya kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Ikkilangan ichak devorining chuzilishi va qon aylanishining buzilishi natijasida perforatsiya bilan asoratlanishi mumkin.

Kasallikka tashxis qo'yish qiyin kechadi. Anamnezdan vaqti-vaqti bilan to'g'ri ichakdan qon oqishi, qorinda og'riq bo'lishi muhim ma'lumot bo'lib hisoblanadi. Qorinni obdon pal'patsiya qilish vaqtida (bola uxlaganda, miorelaksantlar qo'llash bilan) shishsimon hosila aniqlanadi va ichak ikkilanishi haqida shubha qilinadi. Rentgenodiagnostika tutilish rivojlangan vaqtdagina yordam berishi mumkin. Bunda ichak bo'shlig'ining qisilishi, yaqinlashtiruvchi qismining kengayishi, o'tkir hollarda suyuqlik sathini aniqlash mumkin.

Ikkilanish o'lchami katta bo'lganda, ichak qovuzlog'ining siljish simptomi kuzatiladi. Qo'shimcha ma'lumotlarni laparoskopiya qilganda olish mumkin.

Ikkilanishni qorin bo'shlig'ining barcha harakatchan shishlardan, harakatchan bo'yraqlardan farq qilish kerak. Mezenterial kista va limfangiomadan hatto operatsiya vaqtida ham farqlash qiyin kechadi. Mezenterial kista va limfangiomaning devori yupqa, mushak tolalari yo'q; ko'pincha ko'p kamerali, qon bilan ta'minlanishi ichak devoridan alohida.

Davosi - operativ, ikkilanishning formasiga bog'liq. Ichak tutqich chetida joylashgan ikkilanishning alohida va tutashuvchi formasida ichak qovuzlog'ini ikkilanish bilan birga iqtisodli rezektsiya qilish va oxir-oxiriga enteroenteroanastomoz qo'yish tavsiya qilinadi.

Asosi tor bo'lgan tutashuvchi formasida ichakni qanotsimon rezektsiya qilinadi.

YO'GON ICHAKNING IKKILANISHI.

Yo'gon ichakning ikkilanishi nisbatan kam uchraydigan kasallik bo'lib, uning har xil turlari va shakllari mavjud.

Ikkilanishning chegaralangan turi ichak tutilishi va qon ketishi belgilari bilan namoyon bo'lib, yo'g'on ichak bo'ylab paypaslaganda yumaloq yoki uzun, atrofi silliq hosila aniqlanadi. Hosila kichik chanoqda joylashgan hollarda uni to'g'ri ichak orqali tekshirib aniqlash mumkin.

Ikkilanishning tutashuvchi turida ikkilangan ichak asosiy nayga yoki jinsiy naylarga ochilishi mumkin. Ikkilangan to'g'ri ichak o'zi alohida ikkita yoki bitta to'siq bilan ikkiga bo'lingan tashqi chiqaruv teshigi hosil qilib chiqishi mumkin.

Agar, ikkilangan ichak asosiy nayga ochilgan bo'lsa klinik belgilari yaqqol namoyon bo'lmaydi. Buni tasodifan qorin bo'shlig'i operatsiyalarida yoki autopsiya jaraenida aniqlash mumkin.

Agar ikkilangan ichak jinsiy aʼzolar yoki siydik chiqarish aʼzolariga ulangan boʻlsa (rektovaginal, rektopufakli, rektouretral) bunda siydik ajratish sistemasining surunkali infektsiyasi yoki qindan gaz va axlat chiqishi kuzatiladi.

Kasallikka UTT, rentgenologik va asboblar bilan tekshirish orqali tashxis koʻyiladi. Yoʻgon ichakning pastga tushuvchi qismi va toʻgʻri ichakning ikkilanishini irrigografiya, rektoromanoskopiya va fibrokolonoskopiya oʻtkazish bilan tashxis qoʻyish mumkin. Ikkilanishning chegaralangan turida laparoskopiya oʻtkazish yoʻli bilan toʻgʻri tashxis qoʻyiladi. Ikkilangan ichakning jinsiy organlarga yoki siydik chiqarish aʼzolariga ochilganligiga tashxis qoʻyish uchun, toʻgʻri ichakka metilen koʻki yuboriladi va boʻyoqning siydik pufagi yoki qinda paydo boʻlganiga qarab toʻgʻri tashxis qoʻyiladi.

DAVOSI: Yoʻgon ichak ikkilanishining hamma turi operatsiya yoʻli bilan davolanadi. Ikkilanishning katta sohani egallamagan tubulyar va kistoz turlarida, ikkilangan ichak asosiy ichak bilan qisman olib tashlanib "uchma uch" anastomoz qoʻyiladi. Ikkilanishning naysimon turlarida siydik chiqarish aʼzolari yoki qin bilan aloqa boʻlgan hollarda koʻp etapli Bairov G.A operatsiyasi oʻtkaziladi. Buning uchun ikkilangan ichakning ikkala yorigʻi tikilib, yuqoriroqda joylashgan toʻgʻri ichakning Dyulmel usuli boʻyicha oraliq sohasiga tushiriladi. Qindagi yoki siydik aʼzolardagi oqmalar yopish bola kattalashgandan keyin operatsiyaning ikkinchi etapida oʻtkaziladi.

Toʻgʻri ichakning tubulyar ikkilanishini, toʻgʻri ichakning oqmali anomaliyalardagidek operatsiya qiliᄁ davolanadi.

ICHAKLARNING NUQSONLI BURALISHI.

Ichaklarning nuqsonli buralishi quyidagi 3 sababga koʻra rivojlanadi:

1. Homiladorlik vaqtida ichak nayining notoʻliq buralishi.
2. Aniqlangan ichak boʻlagi uzunligi boʻylab oʻsishdan toʻxtaydi va joylashish oʻrni oʻzgaradi.
3. Ichak ayrim qismlarining qorin boʻshligʻi orqa devoriga qarab oʻsishning notoʻliq yoki umuman boʻlmasligi.

ROTATSIYANING BOʻLMASLIGI.

Kindik qovuzlogʻining toʻliq buralmasligi koʻkrak yoshidagi bolalarda tugʻma kindik churrasi bilan birga uchraydi. Shu sababli ularda ingichka va yoʻgon ichak tutqichlari umuimiy boʻladi va umurtka pogonasining oldingi sagital kengligida joylashadi. Bunday patologiya bilan tugʻilgan chaqaloqlarda boshqa rivojlanish nuqsonlari ham birga koʻshilib keladi va odatda ular yashab ketmaydi. Yoʻgon ichakning atreziyasi, agneziya, ikkilanish yoki kalta boʻlishi kabi nuqsonlari koʻpincha orqa chiqaruv teshigining bitib qolganligi, shuningdek rektovaginal, rektouretral va rektoperional oqmalar bilan birga kechadi.

NOTOʻLIQ ROTATSIYA.

Bu rivojlanish nuqsonida kindik qovuzlogʻi 180° ga buralgandan keyin toʻxtab qoladi. Buning natijasida 12 barmoqli ichakning pastki qismi tutqich ildizi orqasida joylashadi, koʻrichak va yoʻgon ichakning yuqoriga koʻtariluvchi qismi esa koʻndalang boʻlib umurtqa pogʻonasi oldida joylashadi.

MAL`ROTATSIYA.

Mal'rotatsiya embrional ichak qovuzlog'i 90° yoki 180° ga qayta to'g'rilanib buralgan hollarda uchraydi.

Agar chamber ichakning boshlang'ich qismi yo'g'on ichak tutqichi qirrasiga joylashgan bo'lsa, ingichka ichak xaltaga o'xshab, uni o'rab oladi. Agar ichak harakati soat strelkasi bo'yicha, yana 180° ga aylanishda davom etsa, bu holatga ichakning buralib qolishi deb baho beriladi va ko'richak chap tomonda, yo'gon ichak o'ng tomonda bo'lib qoladi.

UMUMIY TUTQICH.

Umumiy tutqich orqa qorin devori va yo'gon ichak tutqichining ko'tariluvchi qismi orasida bitishma rivojlanmasligi bilan xarakterlanadi. Bu odatda buralish defekti hisoblanadi. Ba'zida normal buralishdan keyin ham rivojlanadi. Bunday hollarda 12 barmoqli ichakning pastki qismi tutqich ildizi orqasiga chapdan chiqadi, normal buralish hosil qiladi va ingichka ichakka o'tadi. Ichak tutqichi oshqozon osti bezining pastrog'idan supurgisimon shaklda pastga osilib turadi. Ko'tariluvchi chamber ichak qorin bo'shlig'ining o'ng tomonidan qorin pardaga yopishmagan holda qorinning o'ng qismida joylashadi. Ko'richak qisman qorin pardaga yopishgan bo'ladi. Tushuvchi chamber ichak erkin harakatchan bo'lib joylashadi.

ICHAK BURALISHI ANOMALIYALARINING KLINIK SIMPTOMLARI..

Buralish anomaliyalarining og'ir formalarida simptomatika yaqqol bo'ladi. Bemorlarda qorinda og'riq, sanchiq, bosim sezgisi belgilari bo'ladi. Oshqozon to'lib ketish simptomi va qorin dam bo'lishi qusish bilan kechadi. Bunday hollarda ichak passajining buzilishi haqida emas, balki mexanik ichak tutilishi, bitishma hakida yoki buralish haqida o'ylash mumkin. Tug'ma ichak tutilishi bola tug'ilganidayoq namoyon bo'ladi. O't aralash to'xtovsiz qusish, oshqozon kengayish simptomi va 12 barmoqli ichak tushuvchi qismida ko'p suyuqlik yig'ilishi, ichak tutilish belgilari hisoblanadi.

Ko'p hollarda ichak tutqichlari 12 barmoqli ichakni bosib ko'yish natijasida arterio-mezenterial ichak tutilishi klinik manzarasini namoyon qiladi. Uni tug'ma duodenal atreziya yoki stenozidan farqlash qiyin emas.

Arterio-mezenterial ichak tutilishi manzarasidan farq qilib, bunda quyidagi operatsiyalar qo'llaniladi: Treyts bog'lamidan to'liq ozod qilinadi, yo'g'on ichakning o'ng yarmi, 12 barmoqli ichakning pars verticalis, pars horizontalis va pars ascendens qismlarida mobilizatsiya o'tkaziladi. 12 barmokli ichak va proksimal qismi. 12 barmokli ichak och ichakning proksimal qismi 20-30 sm uzunlikdagi qismi, oldin ajratilgan yuqori tutqich arteriyasi ostidan o'tkazilib qorinning o'ng tomonida joylashtiriladi. Tutqich ildizi buralib kolishi peritoneal holatlar, og'riq va to'xtovsiz qusish bilan og'ir va murakkab mexanizimli ichak tutilishiga olib keladi. Bunday o'tkir va xurujsimon og'riqda bola tizza-tirsak holatida bo'ladi. Umumiy tutqichning buralib qolishi o'z-o'zidan to'g'rilanishi mumkin, lekin ko'pincha bunday bo'lmaydi va ko'pgina bolalarda distrofiya rivojlanadi, surunkali ovqat hazm qilish etishmovchiligi bo'ladi. Tutqich tomirlarining kuchli bosilishi ko'p bemorlarda ichakdan qon ketishiga olib keladi.

DAVOLASH: Noto'liq rotatsiyada kasallarda yengil holatlarda, ahvolini yaxshilash uchun konservativ davo etarlidir. Ichak passajining og'ir buzilishlarida operatsiya qilinadi. Laparotomiyada avvalo 12 barmoqli ichak va chambar ichakni proksimal qismi joylashishi aniqlanadi. Agar tutqichni buralib qolishi aniqlansa unda detorsiya o'tkaziladi. Tutqich buralib qolishini oldini olish maqsadida 12 barmoqli va chambar ichak qorin bo'shlig'i ichki devoriga o'z holatida fiksatsiya qilinadi.

Tug'ma tutilish turlari buralish protsessii buzilishining qaysi stadiyasida to'xtashiga bog'liq. Bu tutilishning bir nechta anatomik variantlari bor. Shuni aytib o'tish kerakki, tugallanmagan ichak buralishi ichak tutilishini keltirib chiqarmasligi ham mumkin, masalan, buralish yuz bermaganda, ingichka ichakning hammasi o'ng tomonda, yo'g'on ichak chap tomonda bir-biriga xalaqit bermasdan joylashadi.

Tugallanmagan buralish natijasida paydo bo'ladigan ichak tutilishi chaqaloqlik davrida namoyon bo'ladi: 1) umumiy ichak tutqich saqlangan holda o'rta ichakning buralishi yuqori o'tkir strangulyatsion tutilish klinikasini eslatadi; 2) to'liq buralmagan ko'richak bilan qisilish natijasida paydo bo'ladigan 12 barmoqli ichak tutilishi; 3) ko'richakning yuqori joylashishi, o'rta ichakning buralib qolishi va o'n ikki barmoqli ichakni qorinparda burmasi bilan qisilib qolishi (**Ledda sindromi**).

Ledda sindromi bola hayotining 4 - 5 sutkalarida boshlanishi mumkin. Bola tez-tez o't aralash qusadi, axlat ajralishi oz-ozdan keyinchalik umuman bo'lmasligi mumkin. Bolani ko'zdan kechirganda, uning bezovtaligi, epigastral sohaning dam bo'lishi, eksikoz va toksikoz simptomlarining kuchayib borishi kuzatiladi. Rentgenologik kartinada duodenostaz va o'n ikki barmoqli ichakning kengayishi kuzatiladi.

Davosi. Ledda bo'yicha operatsiya o'tkazilib, buralish tug'rilanadi va chandiqlar ajratiladi.

Mekonial tutilish (**mekonial ileus**) patologiyaning bir turi bo'lib, me'da osti bezining kistofibrozi uning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Pankreatik funktsiyaning buzilishi mekonianing yopishqoq va qattiq bo'lishiga olib keladi. Mekoniy yonbosh ichakning terminal qismiga tiqilib qolib, ichak devorini kengayib ketishiga olib keladi. Yonbosh ichakning distal qismi, ko'richak va ko'tariluvchi ichak normal diametrdan bo'lib, ichi qattiq mekoniy bo'laklari bilan to'lgan.

Ichakning kengaygan qismi teshilishi va peritonitga olib kelishi mumkin.

Kasallik simptomlari bola hayotining ikkinchi sutkalarida boshlanadi. Bunda bolaning bezovtaligi, o't aralash qusish, mekonianing chiqmasligi, qorinning damlashi, eksikoz va toksikoz belgilari xarakterlidir.

Rentgenologik tekshirganda, qorinda Kloyber kosachalari aniqlanadi.

Davosi. Mekonial tutilishni davolash uchun Mikulich bo'yicha operatsiya qilinadi. Bu T - simon anastomoz qo'yish bilan xarakterlanadi.

Kasallik prognozi mukovistsidozning boshqa ko'rinishlari, xususan o'pkadagi asoratlari bois juda ham jiddiy hisoblanadi.



O'Z – O'ZINI SINASH UCHUN TESTLAR.

1. Ovqat xazm qilish traktining qaysi qismi tug'ma ichak tutilishini yuqori va pastki qismlarga ajratadi?
 - a) Qizilungachning oshqozonga o'tar qismi
 - b) Pilorik qism
 - d) Och ichakning boshlang'ich qismi
 - e) Ileotsekal burchak
 - f) Yo'g'on ichakning rektosigmoid qismi
2. Ichakning embrional buralishi buzilganda qaysi kasalliklar kelib chiqadi?
 - a) Urta ichakning buralib qolishi
 - b) Ichaklar ichida parda hosil bo'lishi
 - d) Ledda sindromi
 - e) Ichak atreziyasi
 - f) Mekkel divertikuli
3. Qaysi klinik va rentgenologik belgilar yuqori tug'ma ichak tutilishiga xos?
 - a) Tug'ilganidan boshlab o't aralash qusish
 - b) 2- sutka oxirida mekoniy aralash qusish
 - d) Mekonial axlatning bo'lmasligi
 - e) Qorinning oldingi devoridan kengaygan ichak tutqichining ko'rinib turishi
 - f) Qorin oldingi devori va jinsiy organlarning shishishni
 - g) Epigastral soxaning shishishi, qorin oldingi devorining chiqishi
 - h) Eksikoz simptomlarining oshib borishi
 - i) Taksikoz simptomlarining oshib borishi
 - j) Rentgenogrammada qorinning yuqori qismlarida 1-3 gacha Kloyber kosachalarining bo'lishi
 - k) Obzor rentgenogrammada ko'plab keng Kloyber kosachalarining bo'lishi
4. Yuqori tug'ma ichak tutilishi bilan tug'ilgan chaqaloqni bolalar jarrohlik bo'limiga o'tkazgunga qadar tug'ruqxona sharoitida qanday davolash muolajalari o'tkaziladi?
 - a) Spazmolitiklar yuborish (muskullar orasiga)

- b) Qayta-qayta tozalovchi ho‘qnalar qilish
- d) Og‘riqsizlantiruvchi dorilar yuborish
- e) Antibiotiklar yuborish
- f) Vikasol yuborish
- g) Qayta-qayta oshqozonni yuvish
- h) Oshqozonga doimiy zond qo‘yish
- i) Infuzion davolash

5. Pastki tug‘ma ichak tutilishida qanday klinik va rentgenologik belgilar xarakterli?

- a) Tug‘ilganidan boshlab o‘t aralash qusish
- b) 2 sutka oxirida mekoniy aralash qusish
- d) Mekonial axlatning bulmasligi
- e) Korinning oldingi devoridan kengaygan ichak tutkichining kurinib turishi
- f) Korin oldingi devori va jinsiy organlarning shishishi
- g) Epigastral soxaning shishishi, korin oldingi devorining chukishi
- h) Eksikoz simptomlarining oshib borishi
- i) Toksikoz simptomlarining oshib borishi
- j) Rentgenogrammada korinning yukori kismlarida 1-3 gacha Kloyber kosachalarining bulishi
- k) Obzor rentgenogrammada kuplab keng Kloyber kosachalarining bo‘lishi

6. Anal teshigining atreziyasi qanday 2 guruhga bo‘linadi?

- a) To‘liq
- b) Noto‘liq
- d) Oqmalar bilan
- e) Qisman
- f) Aralash

7. Tugri ichak atreziyasi masofasini kanday aniklash mumkin?

- a) Chanoq va qorin bo‘shlig‘ini rentgenografiyada vertikal holda tekshirish
- b) Xuddi shunday, faqat oyoqlari yuqori holatda
- d) Oshqozon-ichak traktini rentgenologik tekshirish (kontrast modda bilan)
- e) Narkoz ostida qorinni pal'patsiya qilish
- f) Laparoskopiya qilish

8. Quyida sanab o‘tilgan tug‘ma anorektal nuqsonlarning qaysisida birinchi kundayoq operatsiya qilish kerak?

- a) To'liq atreziyalarda
 - b) Atreziyalarning tashqi oqmalı turi
 - d) Atreziyaning boshqa organ va sistema nuqsonlari bilan birga uchrashi
 - e) Chala tug'ilgan bolalarda
 - f) Atreziyaning siydik yo'lidagi ichki oqmasi bilan
9. Kindik embrional churralarining kelib chiqishida qaysi anatomik rivojlanish nuqsonlari asosiy rol o'ynaydi?
- a) Qorin terisining nuqsoni
 - b) Qorin devorining mushak-aponevroz nuqsoni
 - d) Kindik qon tomirlarining rivojlanish nuqsoni
 - e) Kindik joylashuvining anomaliyasi
10. Jarrohlik amaliyotida embrional kindik churralarining qanday klinik formalari farqlanadi?
- a) Kichik o'lchamli
 - b) Sharsimon
 - d) Yarim sharsimon
 - e) O'rta o'lchamli
 - f) Bo'yincha
 - g) Katta o'lchamli
 - h) Assimetrik
 - i) Soxta
 - j) Chin
11. Kindik embrional churralarining qaysi hollarida shoshilinch operatsiya o'tkaziladi?
- a) Katta o'lchamli churralarda
 - b) Kichik o'lchamli churralarda
 - d) O'rta ulchamli churralarda
 - e) Churra xaltasining yorilishi
 - f) Churra bo'yinchasining torligi
 - g) Churraning qisilishi
 - h) Tug'ma yurak poroki bor bemorlarda
12. Kindik embrional churrasini operatsiya qilishda qanday maqsad ko'zda tutiladi?
- a) Teri nuqsonini yopish
 - b) Qorin devori mushak-aponevrotik nuqsonining plastikasi
 - d) Ichakning churra ichidagi qismini rezektsiya qilish
 - e) Qorin bo'shlig'i hajmini kattalashtirish

13. Kindik embrional churrasining konservativ davosi nimadan iborat?
- a) Qorin oldingi devorini o'qalash
 - b) Churra xaltasiga qotiruvchi dorilar bilan ishlov berish va mazlar qo'yish
 - d) Sistemali ravishda ho'qna qo'llash
 - e) Leykoplastirli bog'lamlar qo'yish
 - f) Bandaj boglash
14. Quyidagilardan qaysilari bolalardagi kindik churrasiga xos?
- a) Qusish
 - b) Bezovtalik
 - d) Gipotrofiya
 - e) Kindik atrofida aponevroz nuqsoni
 - f) Kindikning qizarishi
 - g) Ichining buzilishi
 - h) Qorinning damlashi
 - i) Qorindagi og'riq
15. Bolalarda kindik churralarini konservativ davolash mumkinmi?
- a) Mumkin emas
 - b) Mumkin
16. Quyidagi belgilardan qaysi biri bolalarda uchraydigan qorinning oq chizig'i churrasiga xos?
- a) Qusish
 - b) Qorin oq chizig'i aponevrozi nuqsoni
 - d) Qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, kindikdan yuqorida to'grilanmaydigan og'riqli shishning bo'lishi
 - e) Ichining buzilishi
 - f) Qorinning damlashi
 - g) Qorin mushaklari taranglashganda epigastral sohada og'riqning kuchayishi
17. Qorin oq chizig'i churrasini konservativ davolash mumkinmi?
- a) Mumkin
 - b) Mumkin emas
18. Mekkel divertikuli va ingichka ichakning divertikulyar ikkilanishio'rtasidagi farq nimadan iborat?

- a) Devorlarining tuzilishi bilan
 - b) Ichak tutqichiga va devoriga nisbatan joylashuvi
 - d) Asorat xarakteriga qarab
 - e) Shillik qavati tuzilishiga qarab
 - d) Kelib chiqishiga qarab
19. Bolalarda ingichka ichakdan qon ketishi sabablarini aniqlashda qaysiusul afzal hisoblanadi?
- a) Fibrogastroduodenoskopiya
 - b) Oshqozon-ichak traktini bariy bo'tqasi bilan ogiz orqali to'ldirib, kontrast rentgenografiya o'tkazish
 - d) Irrigografiya
 - e) Kolonoskopiya
 - f) Laparoskopiya
20. Pilorostenozning sababi nimada?
- a) Ovqatlantirishning buzilishi
 - b) Pilorus innervatsiyasining nuqsonli rivojlanishi
 - d) Ichak nayining noto'likqligi
 - e) O'tkir gastrit
 - f) Oshqozon yara kasalligi
21. Pilorostenozning qaysi yoshda uchrashi xarakterli?
- a) Hayotining birinchi haftasi
 - b) Hayotining 3 - 4 haftasi
 - d) 1 - 3 oyligida
 - e) 4 - 6 oyligida
 - f) 1 yoshdan keyin
22. Quyidagi sanab o'tilgan klinik belgilardan qaysi biri pilorostenozga xos?
- a) o't aralash qusish
 - b) ivigan sut bilan , lekin o'tsiz qusish
 - d) 1 sutkada 15 - 20 marta qayt qilish
 - e) 1 sutkada 5 - 6 marta qayt qilish
 - f) Tana og'irligining keskin kamayishi
 - g) Bolaning doimiy bezovtaligi
 - h) Sustlik, adinamiya
 - i) Qorinning bir xilda damlashi
 - j) Faqat epigastral sohada damlash
 - k) Tez-tez suyuq ich ketishi
 - l) Axlatning kam miqdorda kelishi
 - m) Yuqori leykotsitoz

- n) Gematokrit ko'rsatkichlarining yuqoriligi
 - o) Spazmolitik qo'llangandan keyingi yaxshi natija berishi
23. Quyida ko'rsatilgan qo'shimcha tekshirish usullaridan qaysi biri pilorostenozda ko'proq ahamiyatga ega?
- a) Oshqozonni bariy bo'tqasi bilan rentgenologik tekshirish
 - b) Bariyli ho'qna
 - d) Qorinni narkoz ostida pal'patsiya qilish
 - e) Fibrogastroskopiya
 - f) Kolonoskopiya
 - g) Komp'yuter tomografiya
 - h) Laparoskopiya
 - i) UTT
24. Pilorostenozning davosi nimadan iborat?
- a) Oz-ozdan ovqatlantirish
 - b) Oshqozonni yuvish
 - d) Spazmolitiklar qoi'llash
 - e) Gastrofibroskop orqali pilorik qismini bujlash
 - f) Oshqozon rezektsiyasi
 - g) Piloroplastika
 - h) Piloromiotomiya
 - i) Gastroenterostomiya
 - j) Selektiv vagotomiya

TEST SAVOLLARIGA JAVOBLAR

- 1. b);
- 2. a); b);
- 3. a); g); h); j);
- 4. e); f); h);
- 5. b); d); e); i); k);
- 6. a); b);
- 7. b);
- 8. a); g);
- 9. b);
- 10. a); e); g);
- 11. b); d); e);
- 12. b);
- 13. b);
- 14. e);
- 15. b)
- 16. b); d); g);
- 17. b);
- 18. b); d); f);
- 19. f);

- 20. b);
- 21. b);
- 22. b); e); f); h); j); l); n);
- 23. a); d); e); i);
- 24. h);

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

- 1. Ашкрафт К.У., Холдер Г.М., Детская хирургия. Т.1. СПб, Изд-во Хардфорд, 1996. Т II. СПб, Изд-во Пит-Тал, 1997. Т III. СПб, Изд-во Раритет, 1999. /Перевод с англ./.
- 2. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. Атлас операций у новорожденных, - Л.: Медицина, 1984. – 256 с.
- 3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М., 1988. – С. 130-143.
- 4. Сулейманов А.С., Шамсиев А.М. ва бошкалар. Болалар хирургияси.. Тошкент 2000 й. /Абу Али ибн Сино/ 520 бет.
- 5. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Лёнюшкин А.И. Хирургическая болезни детского возраста. Ташкент, Ибн Сина 2001г.