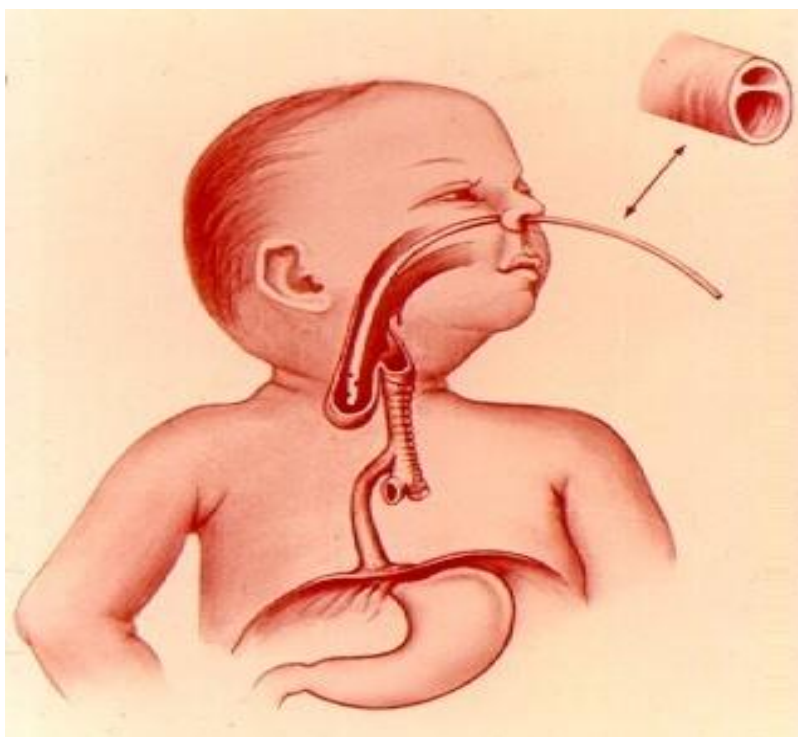


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

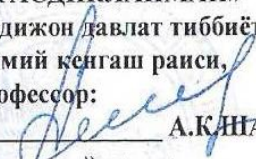
БОЛАЛАРДА КУСИШ СИНДРОМИ, ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Тиббиёт олий укув юртлари профессор уқитувчилари ва педиатрия
факультети 4-7 курс талабалари учун укув - услубий кулланма

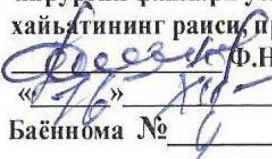


АНДИЖОН - 2014

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

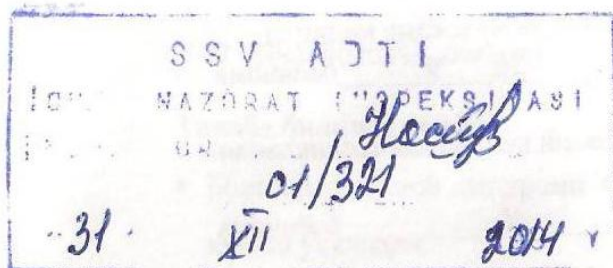
«ТАСДИКЛАЙМАН»
Андижон давлат тиббиёт институти
Илмий кенгаш раиси,
профессор:
 А.К. НАДМАНОВ
«» 2014 й
Баённома № _____



«КЕЛИШИЛДИ»
Андижон давлат тиббиёт институти
хирургия фанлари услубий
хайъатининг раиси, профессор:
 Ф.Н. НИШАНОВ
«» 2014 й
Баённома № _____

БОЛАЛАРДА КУСИШ СИНДРОМИ, ДИАГНОСТИК
МЕЗОНЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Тиббиёт олий укув юртлари профессор уқитувчилари ва педиатрия
факультети 4-7 курс талабалари учун укув - услубий кулланма



Ушбу укув услубий кулланмада болаларда қусиш синдроми билан кечадиган хасталиклар этиологияси, таснифи, клиникаси, ташхиси ҳамда даволаш усуллари баён килинган.

Укув -услубий кулланма тиббиёт олий укув юртлири профессор уқитувчилари ва педиатрия факультети 4-7 курс талабалари учун мўлжалланган.

ТУЗУВЧИЛАР:

Ч.М.Абдувалиева - Андижон давлат тиббиёт институтининг

«Болалар хирургияси, болалар анестезиология-реаниматологияси» кафедраси ассистенти

Н.А.Акбаров - Андижон давлат тиббиёт институтининг

«Болалар хирургияси, болалар анестезиология-реаниматологияси» кафедраси доценти .

Ш.К.Халилов - Андижон давлат тиббиёт институтининг

«Болалар хирургияси, болалар анестезиология-реаниматологияси» кафедраси доценти .

М.А.Юлдашев - Андижон давлат тиббиёт институтининг

«Болалар хирургияси, болалар анестезиология-реаниматологияси» кафедраси ассистенти .

ТАКРИЗЧИЛАР:

А.З.Факиров

-Тошкент

Тиббиёт

Академияси

«Умумий ва болалар хирургияси» кафедраси доценти

Д.Ж.Джумабоев

- Андижон давлат тиббиёт институтининг

«Болалар хирургияси ва болалар анестезиология-реаниматологияси» кафедраси доценти .

Укув-услубий кулланма АДТИ МУХ да муҳокама килинди.

2014 « 22 » 12 № 1 баённома

Укув -услубий кулланма АДТИ Илмий кенгашида тасдиқланди.

2014 « _____ » _____ № _____ баённома

Илмий кенгаш котиби, доцент:

4



Х.А.ХУСАНОВА.

Мавзу номи: Болаларда кусиш синдроми, диагностик мезонлари ва даволаш тактикаси

Машгулот утиш жойи: Болалар хирургияси ва болалар анестезиология-реаниматологияси кафедраси, АВКТТМ нинг жаррохлик булимлари ва РШТЎИМнинг Андижон филиали болалар жаррохлиги булими

Машгулотни жихозланиши: Мавзу буйича беморлар касаллик тарихлари, мултимедиялар, слайдлар, плакатлар, рентген суратлар.

Машгулотнинг давомийлиги: 6 соат

Дарсни мақсади: Режалаштирилган дарснинг мақсади турли хил ёшдаги болаларда кусиш синдромига уз вақтида ташхис қўйиш ва медицина ёрдам курсата олишни талабаларга ургатиш. Талабаларга кусиш синдроми ташхислашда қўлланиладиган амалий қўникмаларни ургатиш.

Вазифаси:

1. Кизилунгач атрезияси клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси
2. Кизилунгач тугма калталиги клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси
3. Кизилунгач тугма торайиши клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси
4. Кизилунгач ҳалазияси клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси
5. Кизилунгач ҳалазияси ва аҳалазияси клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси
6. Пилоростеноз клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси
7. Пилороспазм клиникаси, диагностикаси, даволаш тактикаси

Талаба билиши шарт.

- Болаларда кусиш синдроми билан қўзатиладиган ҳасталикларга ташхис қўйиш усуллари.

- Болаларда кусиш синдроми билан кузатиладиган хасталиклар билан хасталанган бемор болаларда клиник лабаратор, иниструментал, гисталогик текшириш усуллари билиш ва эхтиёткорлик, ва ман килинган текшириш усуллари.
- Болаларда кусиш синдроми билан хасталанган бемор болаларга даволашни бирламчи звеносида ёрдам курсатиш принциплари.
- Болаларда кусиш синдроми билан хасталанган бемор болалар диспансеризация ва реабилитация усуллари.

Талаба бажариши шарт.

- Болаларда кусиш синдроми билан хасталанган беморлардан аниклашда анамнез туплаш.
- Болаларда кусиш синдроми билан хасталанган беморларга эрта ташхис куйиш ва киёсий ташхис утказиш.
- Хасталикларга квалитикацион белгиларига асосланиб тугри ташхис куйиш ва даволаш тактикасини аниклаш.
- Клиник белгилар ва лабаратор текширувларни интерпретация килиш.
- Специялист кургини тугри аниклаш ва ташхис килиш.
- Шошилинич холларда бирламчи малакали ёрдам курсатиш.

Мотивация. Талабаларга болаларда кусиш синдроми билан кузатиладиган хасталикларни: пилоростеноз, пилороспазм, кизилунгач халазияси ва ахалазияси, кизилунгач тугма калталиги ва торайиши узига хос булган клиник куринишларини ва киёсий ташхислашни билишни, кусиш синдромини тугрикхоналардан ёки бирламчи аникланганда даволаш тактикасини аниклаш, хирургик ёрдам курсатишни ташкил килишни ургатиш катта ахамиятга эга.

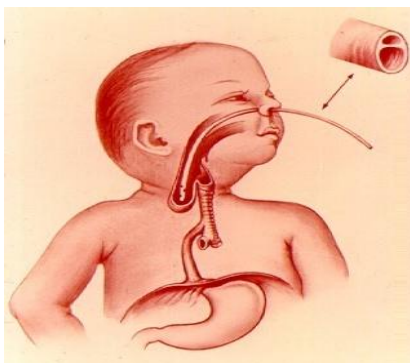
МАШҒУЛОТНИНГ МАЗМУНИ:

Кизилунгач атрезияси. Кизилунгач атрезияси ривожланиш нуксони булиб, бунда кизилунгачнинг юкори кисми кур тугайди, пастги кисми эса купинча трахея билан алока келади. Купинча кизилунгач атрезиялари бошка ривожланиш нуксонлари билан, булардан юракнинг тугма нуксонлари, ошкозон - ичак тракти, сийдик ажратиш тизими нуксонлари билан бирга келади. Кизилунгач атрезиясининг 5% холларда хромосом касалликларда учрайди. Популяцияда - учраш сони 0,3: 1000; эркак ва аёллар уртасида 1:1 нисбатда учрайди. Эмбриогенез эрта стадияларининг бузилиши окибатида нуксонлар келиб чиқади. Маълумки, трахея ва кизилунгач олдинги ичакнинг бош учидан ривожланади. Эмбриогенезнинг эрта стадияларда трахея кизилунгач билан тулик алока келади. Уларнинг ажралиши эмбриогенезнинг 4-5 хафтасига тугри келади. Трахея ва кизилунгач усиш тезлигининг ва усиш уйнаилишининг бир-бирига мос келмаслиги натижасида, солид тукимада вакуолизациянинг бузилиши, бунда 20-40 чикунларда кизилунгач, бошка ичак трубка хосилалари билан бирга вакуолизация жараёнига учраган пайти, кизилунгач атрезияси ривожланиш эхтимолияти бор. Хомиладорлик анамнезидан куп сувлилик ва биринчи уч ойликда бола ташлаш хавфи аникланади.

Клиника ва диагностика. Кизилунгач атрезияси белгилари бола тугилгандан биринчи соатларда аникланади. Кизилунгачнинг юкори кур кисми ва халкум шиллик билан тулади, боланинг огзидан купиксимон масса куп микдорда ажрала бошлайди. Шиллик массанинг бир кисми нафас йулларида тикилиб, аспирация ва цианоз хуружларини келтириб чикаради. Халкумдан шиллик массалари суриб ташлагандан сунг аспирация хуружлари яна такрорланади. Киска вакт ичида упка аускультациясида хириллашлар эшитилиб, хансираш ошади.

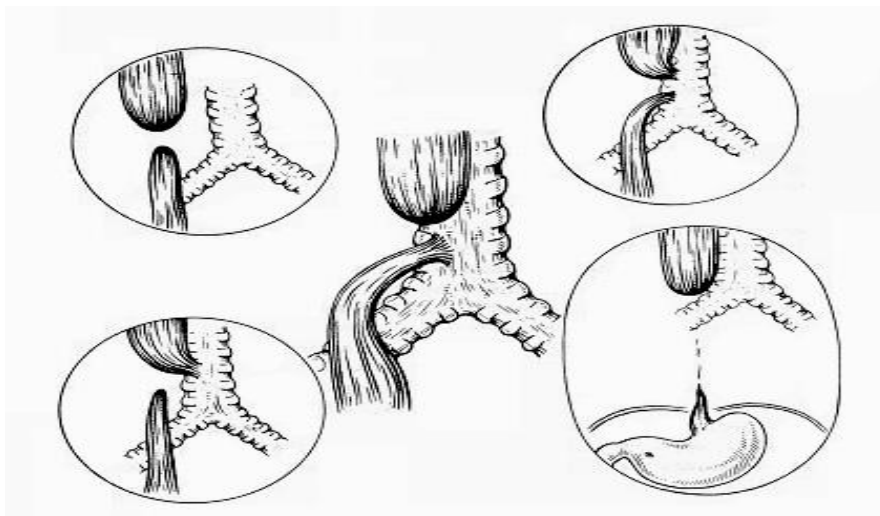
Диагноз, юмалок учли ингичка уретрал катетер ёрдамида кизилунгач катетеризацияси утказилиб аникланади. Катетер бурун оркали 6-8 см ичкарига киритилганида катетер учи кизилунгачнинг кур учига тирилади ёки

эгилиб боланинг огзидан чиқади. Шиллик масса суриб олинади. Кизилунгачга киритилган хаво, халқум орқали шовкин билан чиқади (бу Элефант симптоми мусбат) (расм 1).



Расм 1.

Нафас етишмовчилиги билан тугилган болаларнинг барчаси, атрезиянинг эрта диагностикасини аниқлашда аспирацион пневмонияни олдини олишда, бола тугилгандан кизилунгачни зондлаш мақсадга мувофиқдир.



Расм 2.

Атрезия турига қараб (расм 2) клиник белгилар ҳам узига хос бўлади. Энг кўп учрайдиган атрезиялардан бу дистал қисмидаги трахео-кизилунгач окмали атрезияларда- қоринда, айниқса эпигастрал соҳада дам бўлиш белгисидир. Аспирацион синдромнинг юзага чиқиши трахео-кизилунгач окма диаметрига боғлиқ.

Асосланган, аник диагноз рентгенологик текширувлардан сунг куйилади. Катетер кизилунгачнинг кур деворига тиралгунча киритилиб, кукрак кафаси ва корин бушлик аъзоларини обзор рентгенограммага туширилади. Кизилунгач атрезиясида рентгеноконтрастли катетер, кизилунгач кур учида аник куринади. Ошкозон ва ичакларда хаво мавжудлиги, трахеява кизилунгачнинг абдоминалсохасида окма борлигидан далолат беради. Окмасиз формаларида корин бушлигида, рентгенограмматулик корайиш куринади. Болаларда, атрезиянинг окмали формаларида диастаза масофаси ён проекцияли рентгенограммадан аниклашимиз мумкин.

Диагностика учун рентгеноконтраст эритмалардан, айникса барийлиэритмалардан фойдаланиш, аспирацион пневмония ривожланиш хавфи борлиги учун, маън этилади (расм 3)



Расм 3.

Даволаш. факатгина оператив даволаш кизилунгач атрезия окибатларидан сакдайди. Тугрук хоналарда операцияга тайёрлаш ишларини олиб бориш керак, бунда хар 15-20 дакикада огиз ва бурун оркали аспирацион массани суриб, тозалаб туриш керак ва огиз оркали овкатлантиришини тухтатиш шарт. Операцияга тайёрлаш вақтида гемодинамика ва гомеостаз бузилиш даражасига, нафас етишмовчилига, дегидратация даражасига караб белгиланади. Аспирация белгиларидан нафас олишнинг бузилиши белгилари яккол юзага чикканда, пневмония ва ателектазда тезда ларингоскопия ва трахея катетеризация утказилиши керак.

Агар юкоридагилардан сунг натижа бермаса, наркоз остида бронхоскопия ёки трахея интубацияси утказилади. Бемор кувезга утказилиб, доимий кислород берилади, халкумдан аспирацион масса чикарилади, бемор иситилади. Беморга инфузион, антибактериал ва симптоматик терапия утказилади. Оператив даволаш усулини танлаш атрезия формаси ва бемор ҳолатида ахамият берилади. Энг куп учрайдиган атрезия, дистал трахеокизилунгач окмали атрезияда, операцияга кам хавф бор беморларда (етилиб тугилган, хаётий муҳим аъзоларнинг нуқсонини йук чакалоқларда, тугруқ травмалар олмаган чакалоқларда) торакотомия қилиниб, трахеокизилунгач окма очилади. Агар кизилунгач учлари орасидаги диастаза 1,5-2 см дан ошмаса- тугридан-тугри анастомоз қилинади. Катта диастазаларда буйин эзофагостома ва Кадер буйича гастростома қуйилади. Атрезияларнинг окмасиз турларида гастростомия ва эзофагостомия қилинади. Юкори хавфи бор беморларда, операция иккита гастростома (биринчи 12 бармоқли ичакка, зонд орқали овкатлантириш учун, иккинчиси-ошқозон декомпрессияси, аспирацияни камайитириш мақсадида қуйилади) қуйилиши билан бошланади. Операциянинг 2-чи босқичи бемор ҳолати яхшилангач 2-4 кундан кейин қилинади.

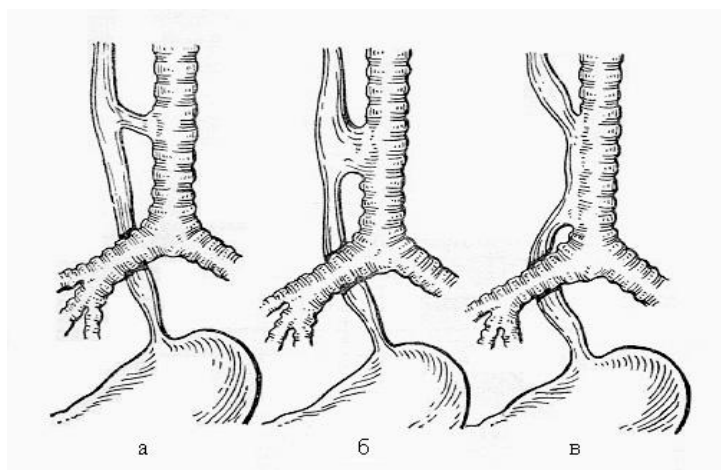
Операциядан кейинги даврда интенсив терапия утказилади. Чакалоқнинг овкатланиши зонд орқали амалга оширилади, зонд анастомоз орқали гастростомага киритилади. 6-7 кунга келиб анастомоз ҳолатини текширилади. Рентген экран назорати остида болага огиз орқали 1-2 мл сувда эрийдиган контраст модда юборилади. Бунда анастомоз соҳасининг ҳолати курилади, агар болада асорат сезилса, овкатлантириш огиз орқали амалга оширилади. 2-3 ҳафтадан сунг фиброэзофагогастроскопия такроран контроль учун утказилади ва кардия ҳолати, эзофагит симптоми, анастомоз соҳада утиш даражаси аниқланади. Анастомозларнинг торайиши 30-40% ҳолатларда учрайди. Бу ҳолларда бўжлаш (буж №22-24) утказилади. Эзофагоскопия ёрдамида бўжлаш давомийлиги аниқланади.

Операциядан кейинги даврда бемор диспансер назоратида булиши керак. Баъзида дисфагия холати булиши мумкин, бу эса анастомоз соҳасида утишни кийинлаштиради ва тезда эзофагоскопияни талаб килади. Шунинг учун биринчи йилда гомоген овкат масса берилиши керак.

Операциядан кейинги даврда асорат сифатида кардия етишмовчилиги ва ошкозон-кизилунгач рефлюкси, клиник белгилардан регургитация, кайталама пневмониялар, кекириш кузатилиши мумкин.

Эзофаго ва гастростомияси бор болаларда 2-3 ойдан то 3 ёшгача операциянинг II этапи бажарилади – йугон ичак трансплантацияси билан кизилунгач пластикаси.

ТУГМА ТРАХЕОКИЗИЛУНГАЧ ОКМАСИ (расм 4)



Расм 4.

Изолирланган тугма трахеокизилунгач окмаси жуда кам учраб, унинг фоизи 3-4 ни барча кизилунгач аномалиялар ичида ташкил этади. Окма VII буйин ёки I кукрак умарткаси соҳасида жойлашади.

Трахеокизилунгач окмаси 3 типга булинади: тор-узун, калта-кенг (куп холларда учрайди) ва узок масофада кизилунгач ва трахея билан бирлашган тури.

Клиника ва диагностика. Симптомлар окма диаметрига ва трахеяга бирлашиш бурчагига караб турлича булади. Характерли симптомлар: йуталиш хуружлари, цианоз, тор ва узун окмаларда – болада факат

овкатлангандагина йутал кузатилади, бола холати узгартирилганда симптоматика камаяди. Болада купинча пневмония ривожланади. Клиниканинг энг яккол куринишни окманинг кенг турида кузатилади. Бунда тез вақтда яллигланиш жарайни упкада юзага келади, аталектаз ривожланади. Тор окмани атрезияларнинг диагностикаси жуда кийин. Комплексли текширишлардан: рентгенологик ва инструментал усуллар мисол булади.

Рентгенографияни болани горизонтал холатида утказилади. Кизилунгачга киритилган зонд оркали контраст модда утса демак окма мавжуд. Бундан ташқари трахеоскопия утказилади. Трахеяни овоз бойламидан бифуркациягача текширилади. Окманинг ёрикли шаклида, трахеянинг орка юзасида жойлашади. Окманинг мавжудлигини курсатувчи белги – хаво ва шиллик мавжудлиги.

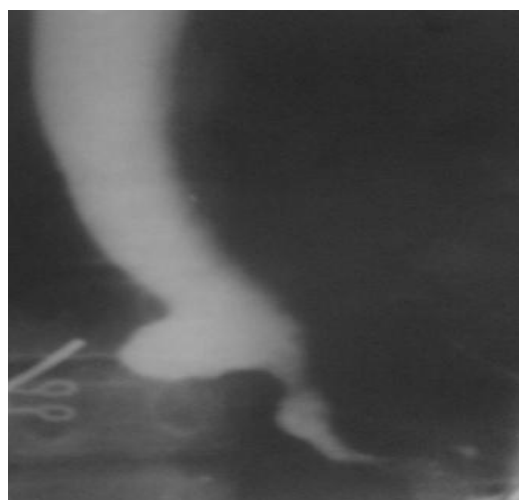
Дифференциал диагноз – кизилунгач атрезияси, кардия ахалазияси, ошқозон-кизилунгач рефлюкси, кизилунгач торайиши билан, дисфагия, централ генезли дисфагия билан килинади.

Даволаш – факат оператив. Операцияга тайёрлашда трахеобронхиал дарахтнинг санацияси, аспирацион пневманияси даволанади. Санацион бронхиоскопия, УВИ, антибактериал, инфизион терапия утказилади. Бунда огиз оркали овкатлантириш маън килинади.

Операция унг томонлама буйиндан кириш йули билан, кам холларда орка ёнбош торакатомия билан килинади. Уз вақтида диогностика килинса окибати яхши булади.

КИЗИЛУНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ.

Кизилунгач ахалазияси – патологик холат булиб, кизилунгач кардиал кисмида утишнинг фкнкционал бузилиши билан характерланади. Касаллик прогрессирланганда кизилунгач харакатланиши чекланиб, дилатацияга олиб келади. Катталарга нисбатан ёш болаларда кам учрайди. Касаллик купинча 8-9 ёшда куп кузатилади.



Клиника. Касалликнинг асосий симптоми дисфагия ва регургитация хисобланади. Бу симптомлар асосан каттик овкат махсулотлари қабул қилинганда, узгармаган овкат махсулотлари қусади. Бунда дискамфорт хисси, туш ортида оғрик, эпигастрал сохада оғрик қузатилади. Эрта ёшли болаларда дисфагия, секин овкатланиш, овкатни яхши чайнаш, овкатни кам ейиш, овкатланганда тикилиш белгилари, билан бирга келади. Катта ёшли болалар эса ютинишни енгиллаштириш, яъни қурук ютиниш, сувни қуп ичиш. Бунда болада вазн камайиши, кечқурун бўлганда аспирация рецидив пневмания келиб чиқиши мумкин.

Диагностика. Асосий диагностик усуллардан рентгенологик текширув-контраст моддалар (барийли) билан ва эзофаскопиядир. Обзор рентгеноскопияда вертикал ҳолатда, кенгайган кизилунгачда суюқлик тупланиши унинг утказувчанлигининг бузилишидан далолат беради. Кейинги текширув барий эритмаси ёрдамида утказилади. Бунда барийли эритма ошқозонга умуман тушмайди ёки ингичка бўлиб ошқозонга оқиб тушиши қузатилади. Текшириш давомида кардиянинг бушашиши ва маълум микдорда ошқозонга контраст модданинг тушиши (*симптом проваливания*) қуринади.

Бу белги кардиянинг бузилишининг асосий белгисидир. Эзофагоскопия албатта қилинади. Бунда эзофагитни олдини олиш учун ёки эзофагит даражасини аниқлаш мақсадида қилинади. Агар фиброэзофагоскоп эркин

холда ошкозонга утса демак тугма стеноз мавжудлиги ёки иккиламчи стеноз мавжудлигини инкор этади.

Кизилунгач ахалазиясини – тугма кизилунгач стенози билан пептик ва куйишдан кейинги стеноз, кизилунгач дивертикули, ошкозон ва кизилунгачнинг яхши ва ёмон сифатли усмалари билан дифференцировка килиш керак.

Даволаш. Консерватив ва оператив усуда амалга оширилади. Консерватив даволашга – медикаментоз терапия, бужлаш кардиодилатация (болаларда баллонодилатация пневмания ва гидродилататор билан) килинади. Юкоридаги бажарилганда бемор узини яхши хис этади, лекин даво эффекти узок эмас. Энг куп таркалган даволардан бири – хирургик коррекциядир. Энг куп кулланиладиган операция тери бу кардиомиотомия – эзофагокардиофундопликация билан.

Оператив даводан кейин 6-12 ойдан кейин бемор кайта текширувдан утказилади, радикал даво олмаган беморлар 1 йилда 3-4 марта текширилади.

КИЗИЛУНГАЧ ХАЛАЗИЯСИ.

Эзофагит рефлюкси – кизилунгач касаллиги булиб, ошкозондаги овкат массанинг кайтадан кизилунгачга кайтиши билан характерланади.

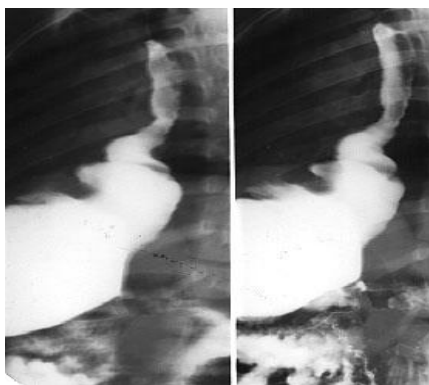
Европа ва Шимолий Америка клиницистлар бу касалликни «рефлюкс касаллиги» ёки тулик «гастро-эзофагал-рефлюксли касаллик» деб юритадилар. Шундай килиб, эзофагит рефлюкси бу – рефлюкс касаллигининг бир симптоmidир.

Рефлюкс касаллиги хозирги даврла полиэтиологик касаллик хисобланади, шунга карамай касалликнинг асосий белгиси ошкозондаги овкат махсулотларнинг кизилунгачга кайта тушишидир.

Нормал физиологик холларда антирефлюкс барьерлар мавжуд булади, буларга пастки кизилунгач сфинктери, Гиснинг уткир бурчаги, кизилунгач –

диафрагмал бойлам (Лаймер мембранаси); диафрагма оёкчалари. Ошкозон кизилунгач рефлюксида – халазия ёки кардиянинг функционал етишмовчилиги, антирефлюкс барьер етишмовчилиги катта ахамиятга эга. Бундан ташқари кизилунгачдаги чандиклар ҳам кардия етишмовчилигини келтириб чиқаради (химик куйишдан, кизилунгачда операция).

Шундай қилиб, куч агрессиялар ва химоя уртасида баланс бузилса, куч агрессия устун бўлса кизилунгач рефлюкси келиб чиқади (расм 5).



Расм 5.

Клиника: Энг куп учрайдиган белгилардан, доимий қайт қилиш, кекириш, хавотирма, иштаха пасайиши, анемия, вазн камайиши, ухлаганда куп терлаш «хул ёстик симптоми», қусик массаларда кон изларининг мавжудлиги, бўлиб хисобланади. 50% зиёд ҳолларда қайта пневмония, бронхитлар ривожланади. Катта ёшли болалар кекирдок айнишига эпигастрал сохада огрикка ёки туш ортида огрикка, огзида аччик таъмни сезишга шикоят қилади.

Язвали эзофагит оқибатида чандикланиб стеноз ривожланишида – дисфагия, сув-овкат қусиш ва тезда тана массанинг йуқолиши кузатилади.

Диагностика. Рентгенологик ва эндоскопик текшириш диагноз қуйишда муҳим ахамиятга эга. Рентген текшириш (барий сульфат билан) бемор ётган ҳолда амалга оширилади. Бунда кардия етишмовчилиги, ошкозон қисмининг қолбасасимон кенгайиши каби белгилар қурилиши мумкин.

Эндоскопик текширувда эзофагит аникланади, кардиянинг очик булишини курамиз.

Даволаш. Консерватив терапиядан фойдаланиш улар – медикаментоз ва номедикаментоз турларга булинади. Номедикаментоз турларга – диетотерапия мисол булади.

Пилоростеноз – ошкозон пилорик кисмининг тугма торайишидир. Тугма пилоростеноз эмбрионал ривожланиш даврида ошкозон пилорик кисмини асосан мушак кавати гиперплазияси хисобига пайдо булади. Сунги йилларда Ушбу касаллик сабаби генетик эканлиги аникланди. Оилавий-ирсий мойиллик 6,9 %. Пилоростеноз 1000:4 учрайди. Орттирилган пилоростеноз асосан катта одамларда ошкозон яра касаллигида шиллик каватини чандиклашиши хисобига пайдо булади.

Клиникаси. Касаллик чаколок тугилгандан кейин купинча хаётининг 2-4 хафталаридан бошланади. Касалликнинг асосий симптомларидан бири кушиш «фонтансимон» кўринишдаги кушиш хисобланади. Кусик таркибида ут булмайди, бола ичган сутини «ивиган сут» куринишида булиб, кабул килган сут микдоридан куп булади. Секинлик билан кушишлар сони камайиб, кусук массаси микдори ортади. Беморнинг ичи котади, бола хар 2-3 кунда оз-оз микдорда ахлат чикаради, шу билан бирга сийдик микдори хам камаяди. Боланинг териси курук, вазни туғилганидан кура камаяди. Тери ости кавати камаяди, териси куруклашиб, буришиб, кузлари чукади Касалликнинг характерли белгиларидан бири корин олд девори оркали кузатиладиган «кум соати»га ухшаш кучайган перестальтика.

Диагностикаси. Корин девори оркали кузатиладиган «кум соат»белгисини эпигастрал сохани енгил пайпаслаш уйли билан еки овкатланиш йули куриш мумкин. Корин девори оркали катталашган, гипертрофияга учраган пилорик кисмни 90%холатда аниклаш мумкин. Асосий кушимча текширишлардан бири рентгенологик усулдир. Текшириш оч коринга бошланади. Бу усулда ошкозонга барий сульфат киритилиб, 2, 4,

8, 12, 24 соатларда рентген килинади. Корин бушлиги обзор рентгенографиясида ичакларда газ микдори камаяди, ошкозонда эса хаво пуфаги куринади. Шундан сунг 5% ли барий буткаси она сутига аралаштирилиб 1 марталик овкатланиш учун керак булган микдорда берилади. Бунда пилоростеноз учун характерли белгилар куйидагилардир: (расм 6)



Расм 6.

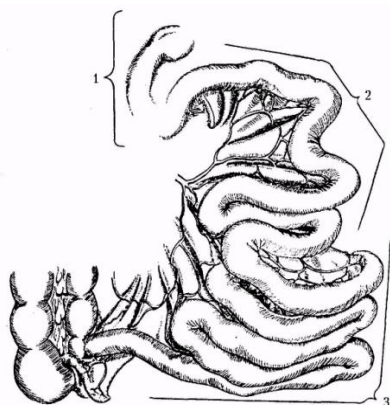
1). ошкозонда эрталаб овкат массаси сакланган ва унинг катталаниши. 2). ошкозондаги чуқур сегментли перестальтика. 3). контраст мода эвакуациясининг секинлиги (2-5 соатгача). 4). унг кийшик проекцияда привратникнинг торайиши «куш тумшуги симптоми». 5). ичаклардаги хавонинг кескин камайиши. 6). ошкозонда барийнинг 24 соатгача ушланиб қолиши. Асосий диагностика усули – Аст-Левин усулидаги контрастли гастроэнтерографиядир. Бунинг учун бола ошкозони зонд орқали тозаланади ва уша зонд орқали 10 % ли глюкозада тайёрланган барий сульфатнинг 20-30 % ли эритма-сидан 15 мл ошкозонга киритилади. Шундан сунг зонд бир оз орқага тортилиб, яна уша эритмадан 5 мл. киритилади. Шундан сунг бола корни билан ётқизилб, чап томони бир оз кутарилган ҳолатда рентген килинади. Бу ҳолатда бола пилорик канали яхши куринади ва агар пилоростеноз бўлса торайган пилорик канални куриш мумкин. Агар контраст ошкозонда 4 соатдан ортиқ туриб қолса бу диагнозни тасдиқлайди.

Дифференциал диагностикаси. асосан пилороспазм билан утказилади. Ўхшаш белгиси иккала касалликда ҳам бемор қусади. Лекин пилороспазмда қусиш доимий эмас, бола вазни камаймайди, териси қуруқ бўлмайди, ахлат

ва сийиши регуляр, кум соати белгиси булмайди, спазмалитиклардан сунг кушиш тухтайди.

Давоси. касаллик факат оператив йул билан даволанади. Фреде-Рамштед буйича пилоромиотомия килинади. Бунинг учун лапаротомия килиниб, йугонлашган пилорик канал топилади, буйлама йуналишда сероз кават кесилади, мушак утмас йул билан ажратилади, бу вақтда пилорик канал шиллик кавати буртиб чикади ва натижада пилорик канал кенгайади.

Тугма ичак тутилиш семиотикаси ва диагностикаси. Болаларда тугма ичак тутилиши. Ичаклар куйидаги вазифаларни бажаради: секретор, мотор, озикланиш, сурилиш, барер. Ичакларнинг вазифаларига асосланган холда барча кисмлар хар хил анотомик тузилишларга эгадир. Ингичка ичак куйидаги кисмлардан иборат булиб: (расм 7) 12 бармокли ичак, оч ичак, енбош ичак.



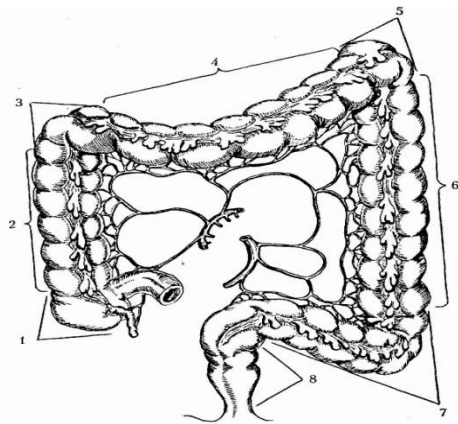
Расм 7. Ингичка ичак булимлари:

1 — 12 бармокли ичак; 2— оч ичак; 3 — ёнбош ичак.,

Ингичка ичакнинг шиллик каватлари куплаб ворсинкалар ва енбош бурмалардан иборатдир. Ингичка ичакнинг бундай тузилиши овкат хазм килишнинг куп кисмини ташкил килиб барча озик моддаларни сурилишида катта ахамият касб этади. Ингичка ичакнинг деворидаги мускул каватнинг яхши ривожланганлиги овкатнинг аста секин ичак трубкаси оркали сурилишида катта ахамиятга эгадир. Ингичка ичакнинг кон билан таминланиши юкориги артерия билан таминланган булиб, кони олиб кетиш артерия Билан биргаликдаги вена оркали булиб, у дарвоза венасига бориб

куйилади. Ингичка ичакдан лимфа ичак туткичи лимфатугунларига бориб куйилади. Ингичка ичак иннервацияси юкориги туткич чигали оркалидир.

Йугон ичак куйидаги кисмлардан иборат булиб: кур ичак, юкорига кутарилувчи ичак, кундаланг ичак, пастга тушувчи ичак, сигмасимон ичак, тугри ичак (расм 8).



Расм 8. Йугон ичак булимлари

- 1 — кур ичак; 2 — юкорига кутарилувчи ичак;
3 — жигар бурчаги; 4 — кундаланг ичак;
5 — талок бурчаги; 6 — пастга тушувчи ичак;
7 — сигмасимон ичак; 8 — тугри ичак.

Йугон ичакни хар бир кисми корин парда билан хар хил епилган булиб, йугон ичакни узун мускулли кавати паралел тортки — тендан иборатдир. Циркуляр мускуллар кавати хар хил калинликда булади. Шу сабабли йугон ичакда торайган кисмлар яни гаустрациялар мавжуддир.

Йугон ичакни кон билан таминланиши: унг томони юкориги ичак туткичи артериясидан, чап томони эса пастки ичак туткичи артериясидан таминланиш олади. Кони окиб чикиб кетиши дарвоза венаси оркалидир. Йугон ичакдан лимфа окиши юкориги ва пастки ичак туткичидаги артериялар лимфа тугунлари оркалидир. Йугон ичак иннервацияси куёш чигали, юкориги ва пастки ичак туткичи чигалидандир. Йугон ичакни терминал кисми тугри ичак булиб, кичик тос бушлигида жойлашган, узунлиги 15-16 см. Тугри ичакни куйидаги кисмлари булиб: ампула устки, ампула сохаси ва анал сохасидир. Тугри ичакда гаустрациялар булмайди. Кон билан таъминланиши ток юкориги ва жуфт тугри ичак артериясидандир, бу томирлар бир бири билан анастомоз хосил килишади. Тугри ичакдан

веноз кони окиши тугри ичакнинг вена чигаллари билан биргаликдандир. Тугри ичак сохасида портокавал ва артериовеноз анастомозлар жойлашгандир. Тугри ичакдан лимфа окиши унинг кон томирлари лимфа тугунлари оркалдир, тугри ичакни анал сохасидан лимфа чов лимфа тугунларига оқади. Тугри ичакни иннервацияси чанок чигали ва кон томирлар билан бирга юрган симпатик нервлардандир.

Ичакларнинг анотомо-физиологик тузилиши купинча ичак тутилиши келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Болаларда тугма ичак тутилиши шошилиш операцияни талаб қилувчи хасталиклардан биридир. Тугма ичак тутилишига олиб келувчи сабабларга қуйидагилар киради:

1. Ичак трубкаси ривожланишидаги нуксонлар асосида
2. Ичак деворининг шаклланишидаги тугма нуксонлар: атрезия ва стенозлар.
3. Эмбриогенезни бузилиши натижасида ичакнинг уз туткичи атрофида физиологик айланиши натижасида келиб чиққан тугма нуксонлар.
4. Ичак тутилишига олиб келувчи корин бушлигининг бошқа аъзоларини тугма нуксонлари (абверант томирлар, узуксимон ошқозон ости беzi, тугма усмалар, кисталар). Тугма ичак тутилишини бу тури «ташки «шаклдаги тугма ичак тутилиши деб аталади. (Ледда синдроми, ичакларни тула айланмаслиги, ичакларни тескари айланиши ёки буралиб қолиши).

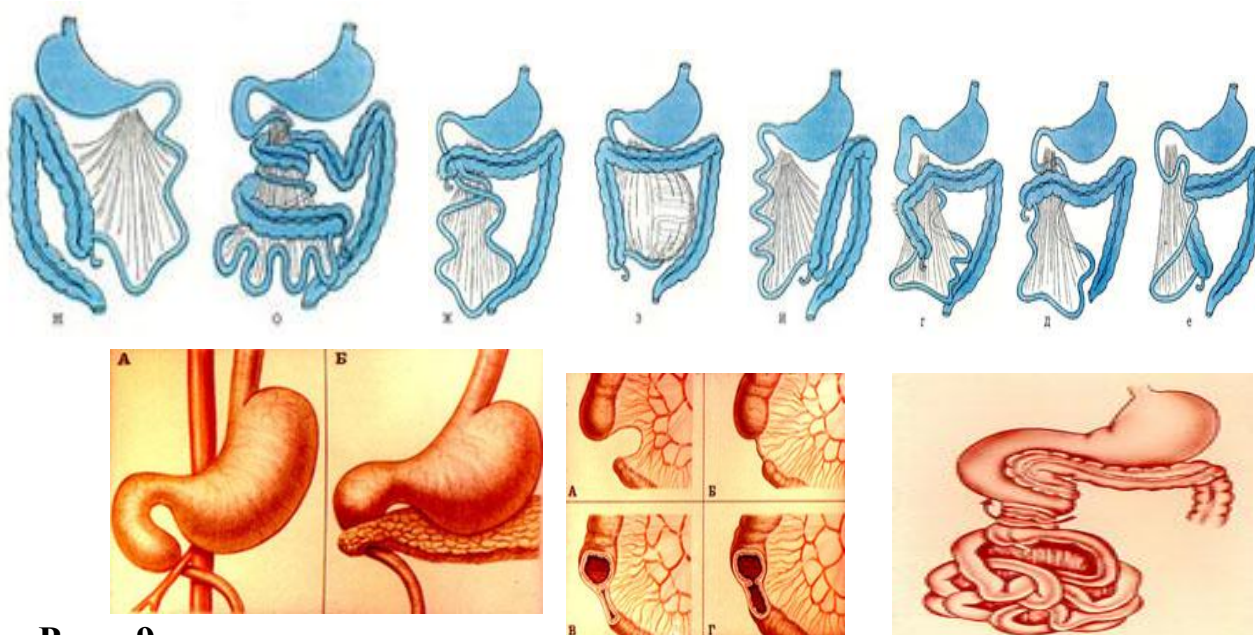
Эмбрионал тараккиёт даврида ошқозон ичак йулларини ривожланиши «солид» босқичи бўлиб, бунда рекоанализациянинг киска жойда бузилиши натижасида ичак трубкаси парда билан тусилиб қолиши мумкин, бунда пардали атрезия ҳосил бўлади. Агарда реканализация бошланган бўлса пардада тешиклар ҳосил бўлиб, пардали торайиш ҳосил бўлиши мумкин. Агарда ичак трубкаси куп жойда берк бўлса, фиброз торткига ухшаш бўлади. Бу тугма нуксонни келиб чиқишида ичак туткичи томирларини

ривожланмаслиги асосий рол уйнайди. Ичак атрезияси куп булиши мумкин бундай холда «сосискасимон» атрезия вужудга келади.

Эмбрионал тараккиёт даврида ичаклар бирламчи эмбрионал жойлашган жойидан доимий меёрдаги жойига айланиб жойлашади. Шу айланишнинг уз йулидаги жойларида тухтаб колиши натижасида хар хил тугма нуксонлар келиб чикиб, ичак тутилишини беради. Агарда айланишнинг биринчи боскичида тухтаб колиш юз берса, айланиш охирига кадар ётмайди, бунда «урта ичак» яъни 12 бармокли ичакдан то йугон кундаланг ичакни ярмига кадар сохаси юкори ичак туткичи артерияси сохасида тухтаб колади, шу сохага ёпишади. Бунда ингичка ичак халкалари корин бушлигининг унг томонида, кур ичак эса эпигастрал сохада жойлашади. Буни натижасида ичак туткичи атрофида ичакни айланиб колиб странгуляцион ичак тутилиши пайдо булиши мумкин.

Агарда айланишнинг иккинчи боскичи бушилиши натижасида кур ичак эпигастрал сохада жойлашади, эмбрионал чатишмалар билан 12 бармокли ичакка кисган холда ёпишади.

Агарда бу икки холатни яъни 12 бармокли ичак кисилиши ва ичак туткичи артерияси атрофида буралиш бирга келса Ледда синдроми вужудга келади (расм 9).



Расм 9

Агарда айланишнинг учинчи боскичи бушилиши натижасида ичакларни уз жойига жойлашиши узгаради, буни натижасида ичак туткичида деффектлар, чунтаклар ва сумкалар ҳосил бўлиб, ичак халкаларити қисилиб қолишга олиб келадиган ҳолатлар ҳосил бўлади ва ҳар хил ички чурралар ҳосил бўлиши мумкин.

Ошқозон ости беши тугма кистифибрози натижасида, унинг фермент фаоллиги камлиги ҳисобида меқонияни ёпишқоклиги қучаяди буни ҳисобида меқонеал илеус келиб чиқади.

Тугма ичак тутилишида қузатиладиган клиник кечишига асосланган ҳолда, улар иккита гуруҳларга бўлинади:

1. Юқори тугма ичак тутилиши.

Бунда тусқинлик 12 бармоқли ичак ва оч ичакни бошланиш қисми чегарасида жойлашади.

2. Қуйи тугма ичак тутилиши.

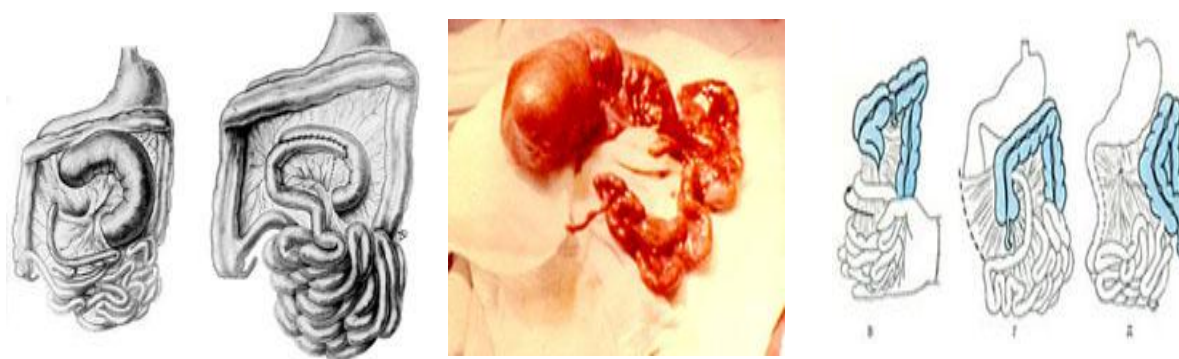
Бунда тусқинлик 12 бармоқли ичак ва оч ичакни бошланғич қисми чегарасидан пастда жойлашган бўлади.

Тугма ичак тутилишини бундай гуруҳларга бўлишдан мақсад, ҳар бир гуруҳни патогенетик асосланган ҳолда даволаш тадбирини утқизишдир.

ТУГМА ИЧАК ТУТИЛИШИ ТАСНИФИ

<i>Юқори</i>		<i>Пастки</i>	
Тулик ↓ Странгуляция	Қисман ↓ Обтурация	Тулик ↓ Странгуляция	Қисман ↓ Обтурация
Урта ичакни буралиб қолиши Ледда синдроми	12 бармоқли ичак атрезияси, Мембранали торайиши	Ажралган ичак қисмини буралиб қолиши	Ингичка ва йугон ичакни, тугри ичак ва орқа пешовни атрезияси ва стенози

	Ошқозон ости бези	Ички ва ташки чурраларни кисилиб қолиши	Гиршпрунг хасталиги
	Абберент томир		Энтерокистома Мекониал ичак тутилиши



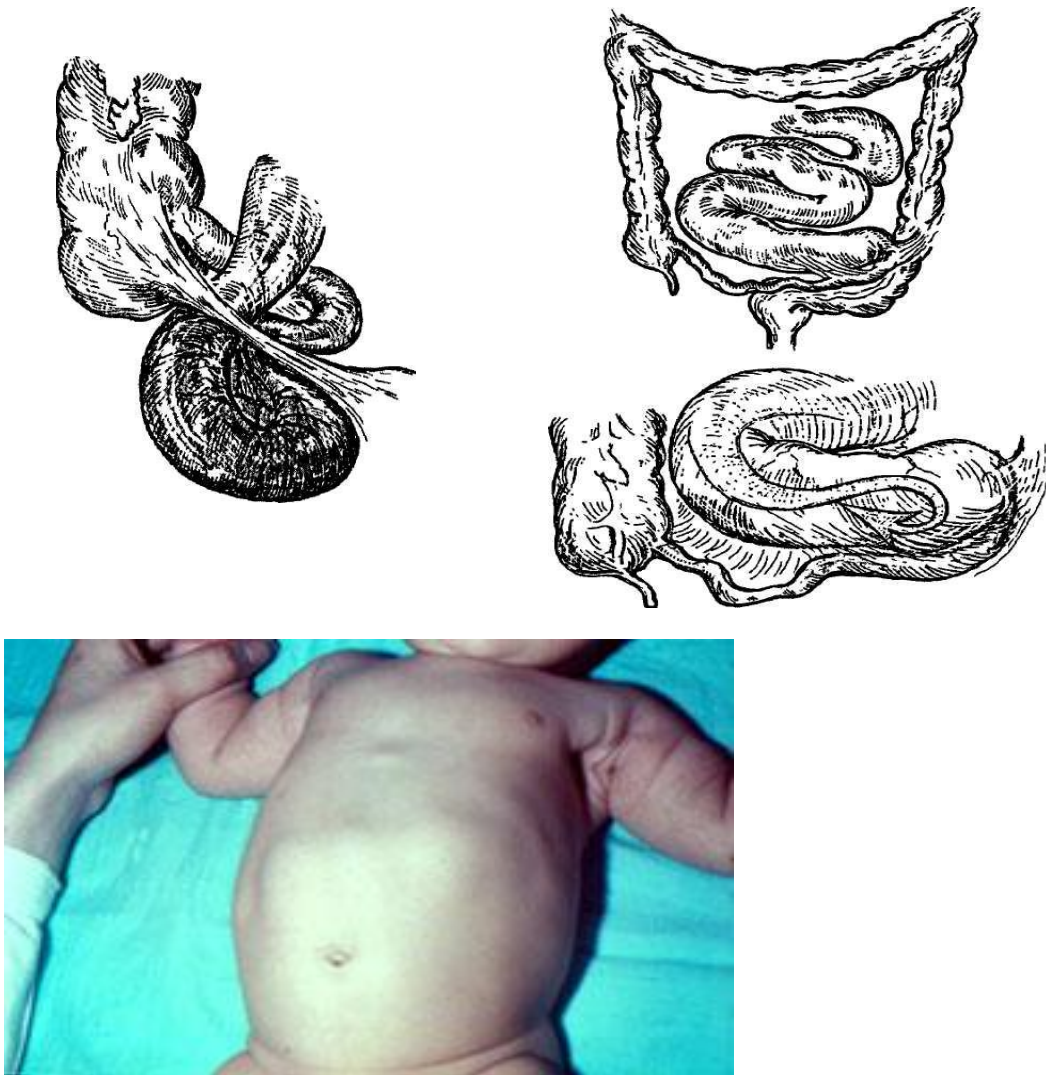
Расм 10.

Бу нуксонлар барчаси эмбрионал тараккиётнинг органогенез даврига тугри келиб, яни эмбрион ривожланишининг 3-4 хафталарига тугри келади (расм 11).



Расм 11.

1. Чатишмалар асосидаги ичак тутилиши
2. Чатишмалар асосидаги ичак тутилиши, ичакни кисилиб қолиши билан ингичка ичакни букилиб қолиши кон айланиш бузилмаслиги асосида



Расм 12.

ЮКОРИ ТУГМА ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Юкори ичак тутилишида кузатиладиган илк бор клиник аломат сифатида, беморни кайт килишини курсатиш мумкин. Кайт килиш чакалок тугилгандан кейинги биринчи соатларда кузатилади. Агарда тускинлик Фатер сургичидан юкорида булса, кайт массасида ут булмайди. Бунинг аксида, яъни Фатер сургичини пастки кисмидаги тускинликда еки оч ичакнинг бошланиш кисмида булса, кайт массаси куйик ут билан аралашган булади. Кайт килишнинг такрорланиши ташланманинг микдори ва ичак тутилишининг шакли билан боглик: атрезияда кайт килиш куп микдорли ташланма ва тез-тез такрорланувчи булса, стенозда бунинг акси кузатилади, айникса компенсацияланган стенозда чакалок тугилгандан кейин 2-4 хафтада кузатилиши мумкин. Ингичка ичакнинг юкори кисми ва 12 бармокли

ичакдаги атрезия ва стенозда, деярлик барча беморларда оз микдорда, 1-2 марта деярлик купгина холатларда утсиз меконий булади

Чакалок тугилгандан кейинги биринчи соатларда ҳеч қандай ҳасталик борлиги аниқланмайди. Кейинчалик тухтовсиз қайт қилиш туфайли, ҳамда озука моддаларни ичакнинг қуйи қисмига утмаслиги сабабли беморларда эсикоз белгилари аниқланади: бола қунига 200-250 гр. вазнини йукотади, қон қуйиклаша бошлайди, калий ва натрийни дефицити кузатилади. Шундай қилиб беморларда туз дефицитли дегидратацияни клиник аломатлари кузатилади. Корнини пайпасланса юмшоклик аниқланади, факат ичак тутилишига олиб келувчи сабаб тугма усма бўлса, қорин бушлигида ҳосила борлиги аниқланиши мумкин.

12 бармоқли ичак атрезиясига характерли клиник аломати сифатида тугилгандан сунг ҳасталик биринчи кунларда бошланади, тугилгандан кейин тез соатлар ичида қайт қилиш қайт қилинган массада ут бўлмаслиги, бу холатни Фербер синамасини микроскопик текширилса атрезияда хужайралари бўлмайди. Бу синов биринчи 48 соат ичида диагностик аҳамиятга эгадир. Қурилганда қориннинг юқори (эпигастрал) қисмини қутарилиб, перкуссияда тимпанит овоз эшитилишини айтиш мумкин, қориннинг пастки қисмларида «пучайиш», пайпаслаганда қорин юмшок ва огриксиз булади. Биринчи кунлардаек ичакнинг тусикдан юқори қисмидаги перисталтик ҳаракатни аниқлаш мумкин. Бемор қайт қилгандан кейин, қорин соҳасидаги ассимметрия (эпигастрал соҳасини қутарилиши эвазига) кескин қамаяди еки умуман бўлмайди. Тинмсиз қайт қилиш ва энтерал озукаланишнинг бузилиши беморларни аҳолини прогрессив равишда огирланишига олиб келади. Чакалок тана вазнини кескин йукота бошлайди. Организмда тузларини дефицити қелиб чиқиб, натижада уларга ҳос клиник белгилар руй беради.

КУЙИ ТУГМА ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Қуйи тугма ичак тутилишининг энг асосий клиник аломати сифатида меконияни бўлмаслигини қурсатиш мумкин. Қайт қилишга келадиган бўлсак,

у одатда чакалок тугилгандан кейин 3-4 кунларида кузатилади. Ичак тутилишининг ушбу шаклида кузатиладиган кайт килиш, чакалокнинг овкатланиши билан боглик эмас, кайт массасини микдори хар хил ва хамма вақт ут билан буялган булади. Патологик жараенни аникланиши кечиктирилган холда, кайт массасини меконий ташкил килади. Беморнинг умумий ахволи хасталикнинг бошлангич даврида коникарли булиб, кейинчалик унда интоксикацияга хос булган клиник аломатлари кузатилади.

Курилганда коринни юкори сохасида узига хос узгаришлар пайдо булади: у кескин катталашган, кенгайган, ичаклар ва уларнинг перисталтик харакати аникланади. Агарда ичак тутилишини сабаби мекониал еки корин бушлигидаги тугма кисталар, усмалар булса, пайпасланганда хосила борлиги аникланади.

Рентгенологик ташхислашда куп сонли Клойбер косачалар борлиги кузатилади. Куйи уткир ичак тутилишини паралитик ичак тутилишидан хамда Гиршпрунг хасталигини уткир шаклидан киесий ташхислашга тугри келади. Бунда анамнестик маълумотларнинг урни катта.

Пастки уткир ичак тутилишига куйидаги клиник белгилари хос булади: анасусдан мекония келмаслиги кайт килиш, чакалок тугилгандан кейин 3-4 кунлардан бошланади. Кайт килиш чакалокнинг она сутини эмиши билан боглик эмас, кайт килинган массада утнинг борлиги хасталикнинг терминал холатда мекония билан кайт килаи. Беморнинг умумий холати биринчи кунлар нисбатан коникарли булиб, кейинчалик ута огирлашади.

Объектив текширишлар куйидаги натижаларни беради: Корин хаддан ташкари шишган, кенгайган, ичак найлари перистальтикаси кузга яккол ташланади. Ректал текширишда: йугон ичак атрезиясида тускинликлар аникланади. Рентгенологик текширишлар натижаси корин бушлигида купгина Клойбер косачалари аникланади.

Агарда бемор кечиктирилиб олиб келинган булса, ичакда пefорация булиши ва натижада перитонитга олиб келади. Бунда беморнинг умумий ахволи кескин огирлашиб, тухтовсиз кайт килиш тана харорати юкори

ракамларга кутарилиши, беморнинг корин девори ута тарангланиши терида пастоз ҳолат тери кон томирлари кенгайган чов-ёргок сохаларида илк пайдо бўлади.

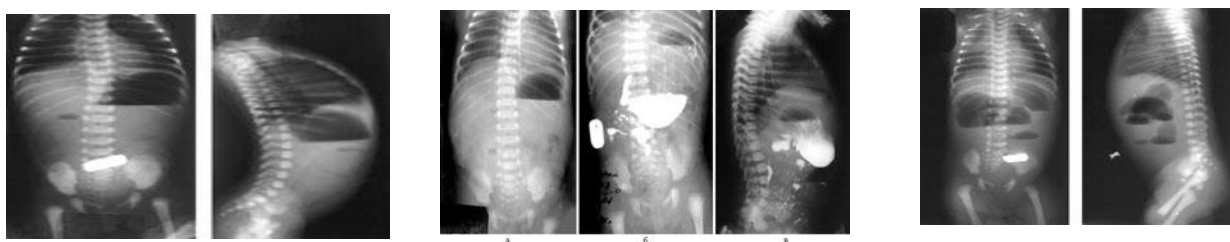
Ташхиси. Тугма ичак тутилишини ташхислашда биринчидан анамнезга эътиборни қаратиб, хомиладорлик ва туғишни кечиши қандай ўтганлиги аниқлаш даркор. Тугма ичак тутилишига хос бўлган белгиларни қачон пайдо бўлиб, қучая борганлига эътиборни қаратиш зарурдир. Чакалокдаги умумий клиник белгиларга яъни чалалик даражаси, ёндош тугма нуксонлар, туғилиш вақтидаги травма даражаси ва инфекцияланиш, эксикоз ва токсикозларга эътиборни қаратиш зарурдир. Чакалокни умумий қурилганда кориннинг шишлиги, асимметрияси, Валя белгисига, кориндаги оғрик ва корин парда яллигланиш белгисига эътибор бериш зарурдир. Ошқозонга зонд қуйилганда ошқозондаги суюқлик ҳажми ва таркиби қандайлиги ҳам ташхисни тугри қуйишда катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари ректал текширишлар, рентгенологик текширишларга катта эътибор бериш зарурдир.

Тугма ичак тутилишига ташхис қуйишда рентгенологик текширишлар катта аҳамиятга эгадир. Рентгенологик текширишлар корин бушлиги аъзоларини манзарали рентген текширишдан бошланиб, унда ошқозон-ичак йулларини ҳаво билан тулиши аҳамиятлидир.

Юқори ичак тутилишида корин бушлиги манзарали рентген суратида иккита ҳаволи бушлик ва суюқлик сатҳини яъни кенгайган ошқозон ва 12 бармокли ичакка тугри келишини қуришимиз мумкин. Агарда манзарали рентген текширишлари ноаниқ бўлган ҳолларда ошқозон ичак йулларини контрастли текшириш аҳамиятлидир. Ошқозон ичак йулларини контрастли текшириш учун албатта йодалипол булса бемор учун ҳавфсизроқдир. Контраст модда ошқозонга зонд орқали юборилгандан сунг, юқори ичак тутилишига хос бўлган ҳолат - ошқозонда ва 12 бармокли ичакда контраст моддани тупланишидир. Ичакларни эвакуатор функцияси бузилган бўлади. Агарда тугма ичак тутилишида, ичакларни буралишини тулик бўлмаган

холатда, йугон ичакдан хаво юборилса куйидаги рентген куриниш кузатилади: кур ичакни нотугри жойлашиши яъни чап томонда, эпигастрал сохада ёки юкорида жигар остида жойлашиши ташхисни тугри куйишда мухим ахамият касб этади.

Бунда юкори ичак тутилишига хос булган рентгенологик, яъни коринни юкориги этажидан контраст моддани пастга утмаслиги аникланади (расм 13).



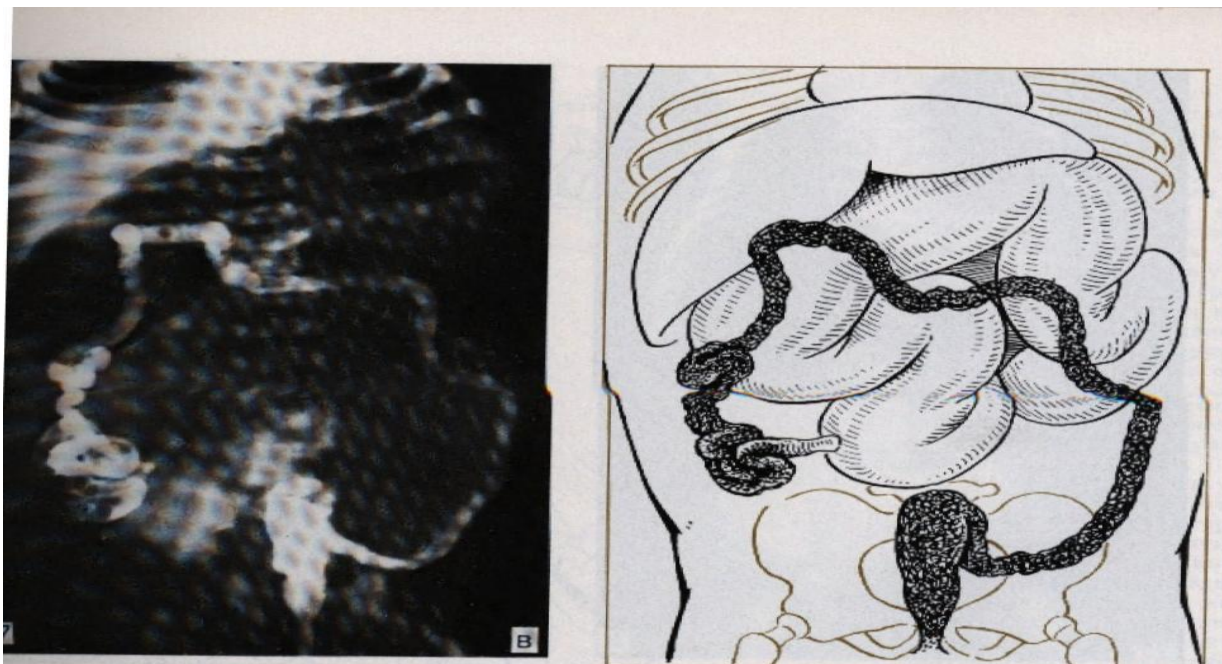
Расм 13.

Тугма ичакларни торайиши купрок 12 бармокли ичак сохасида кузатилиб, йугон ичакни торайиши жуда хам кам учрайдиган тугма нуксондир. Бу тугма нуксон натижасида беморларда сурункали ичак тутилиши намоён булиши мумкин. Тугма ичакларни торайишида биринчи клиник белги булиб, овкатни кисман кайтариб чиқариш ва кайт қилиш чакалок тугилгандан сунг хаётининг биринчи кунларидаёқ бошланади. Торайишнинг кай даражада эканлигига қараб, хасталик клиник кечиши кузатилади. Агарда торайиш даражаси кучлирок булса кайт қилиш тез-тез қайталаниб, ошқозон-ичак йулларини контрастли рентген текширгандан сунг ташхис қуйиш тезлашади. Агарда торайиш даражаси унчалик булмаса беморларга ташхис қуйиш кечикиши мумкин. Бундай холларда хасталанган болалар зарда булиш, кекириш, эпигастрал сохада огирлик сезиш каби шикоятлар билан мурожат қилишади, кайт массасида эса еган овкатларини хазм булмасдан тушиши кузатилиши мумкин. Бундай беморлар овкатни жуда оз микдорда истемол қилиб, узларини куп ейишдан тиядилар ва баъзан узлари кайт қилиб ошқозонда турган овкатни чиқаришга ҳаракат қиладилар. Бу беморлар куринча терапевтик шифохоналарда даволанадилар. Хирургик стационарга қачонки асорат юз берганда ёки ахволи огирлашганда мурожат қилишади. Бундай беморларни қурилганда айникса овкатдан сунг,

эпигастрал сохадаги шиш ва «кум соат» белгисини куриш мумкин. Агарда 12 бармокли ичакни ошкозон ости беи билан уралиб тусилганда эса утиб кетувчи ваки-вакидаги сариклик кузатилиши мумкин. Бу беморларни контрастли рентген текширганда « иккита чашка» белгиси мусбат булиб, ташиис куйишда мухис рол уйнайди.

Айланишнинг учинчи боскичида юзага келадиган тугма уткир ичак тутилишига ичакларни буралиб колиши ва ички чурралар асосидаги ичак тутилишлар кириб, булар кайталанувчи тугма ичак тутилишидир. Бундай беморларда умумий ахволни бирданига огирлашиб, кайт килиш сапро билан кузатилади. Курилганда бемор болалар жуда безовта, ранги окарган, тиза- билан эгилган холда, мажбурий холатда булади. Корин пайпасланганда киндик атрофида огрик, баъзан эса конглемерант пайпасланиши мумкин. Бу беморларни тозалов хукнаси ёки сифонли хукна килингандан сунг кайт килиш тухтаб, кориндаги огрик камайиб ичи келгандан сунг ахволи бир неча ваки яхши булиши мумкин, лекин яна бир вакидан сунг беморларда ичак тутилиши белгилари кузатилиши мумкин шунинг учун хам бу ичак тутилиши кайталанувчи ичак тутилиши деб юритилади. Корин бушлиги аъзоларини манзаравий рентген суратида, коронгулик яни хаво билан тулиш камайганлиги билан характерланиб, контрастли рентген текширишда контраст моддани ошкозон ичак йулларини юкори кисмларида тухтаб колиши кузатилади.

Пастки ичак тутилишида умумий манзарали рентген суратида куплаб сюклик сатхи ва контраст билан текширилганда контраст моддани ичакда туриб колиши кузатилади.



Расм 14.

Киёсий ташхис. Юкори тугма ичак тутилишини кайт килиш билан кузатиладиган хасталиклар билан солиштирма ташхислаш мумкин. Бундай хасталиклардан бири пилоростеноз булиб, бу хасталик секин астаривожланиб, кайт массасида ивиган сут, желч булиши билан характерланади.

Чакалакларни тугилиш вақтидаги мия шикасти билан ҳам солиштирма тахисот утказиш мумкин. Бунда чакалокда ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб, буларни ажратишда ошқозон-ичак йулларини контрастли рентген текширгандан сунг аникланиши мумкин. Бундай чакалокларга консерватив даво чораларини куллангандан сунг яъни прозерин 0,1г 3 марта, сифонли хукна, ошқозонни ювиш, инфузион дезинтоксикацион терапия утказилгандан сунг ичак тутилиши белгилари утиб кетиши мумкин.

Даволаш. Тугма ичак тутилишини даволаш. Бу беморларни даволаш болалар абдоминал хирургиясини энг мураккаб кисми булганлиги туфайли беморларда летал ҳолатлар фоизи анча юкори. Хасталикнинг окибатини даволаш тадбирларини ва тугри утказиш билан боглик. Даволаш комплексида хирургик муолажалар асосий уринни эгаллайди. Аммо

беморлар ахволига караб мажмуявий услуби, ичак йулларини равон килишни талаб килади.



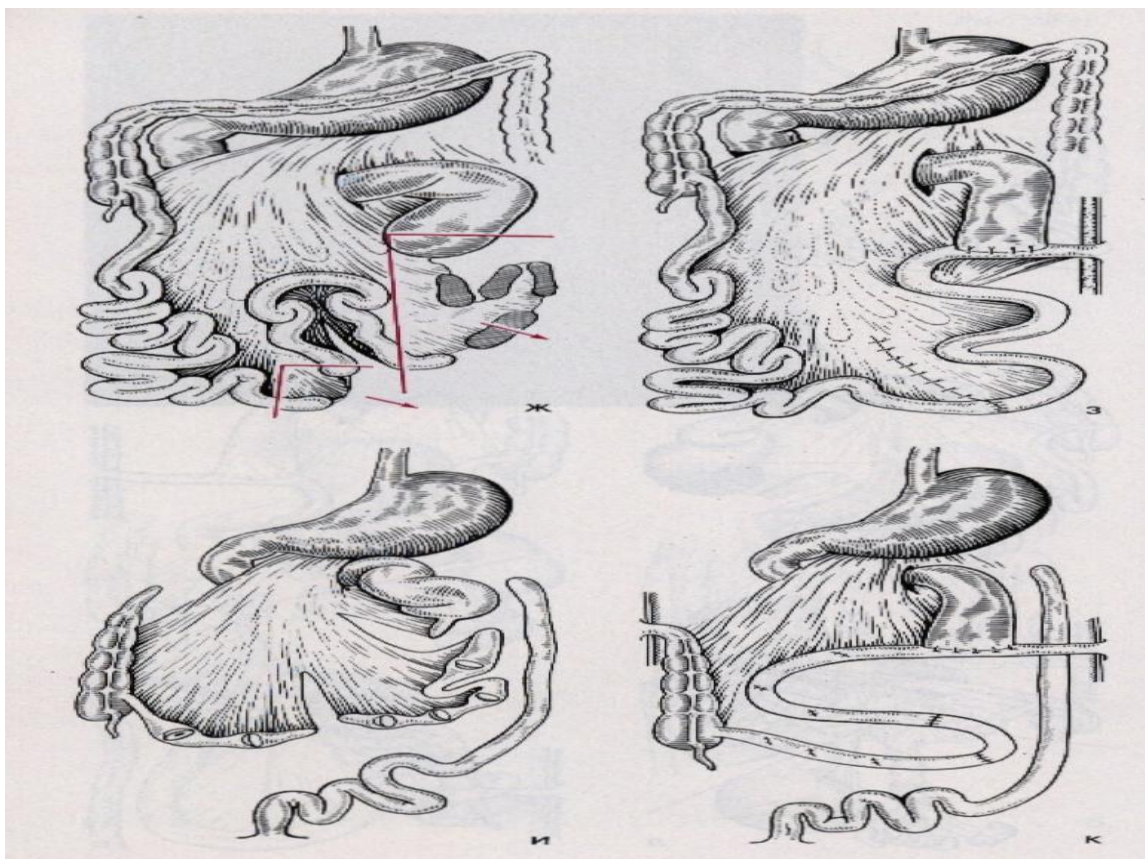
Расм 15. Тугма ичак тутилишидаги операция топилмалари турлари



Расм 16.

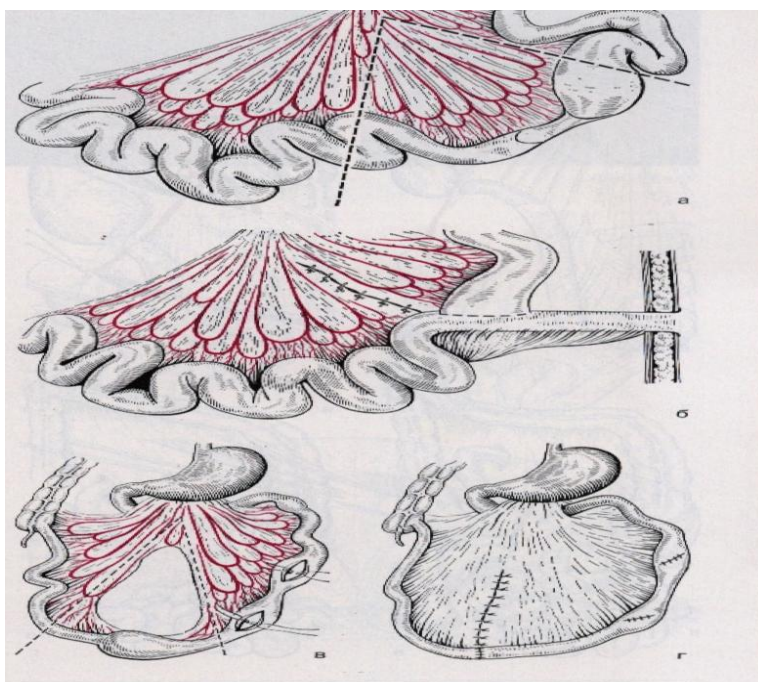
Урта ичакни айланиб колишида агарда айланиб колган ичкда узгаришлар булмаса уни тугрилаб, ичак туткичига 0,5% новокаин эритмасидан юбориш билан операцияни тугатиш мумкин. Агарда буралиб колган сохада гангрена кузатилса адбатта ичак резекция килиниб анастомоз куйиш зарурдир.

Ингичка ичакни некрозга учрагн сохасини кесиб ташлаш.



Расм 16. Меконеал тугма ичак тутилишида бажиладиган операция турлари

Мембранали тугма ичак тутилишида куйидаги операциялар бажарилади.



Расм 17.

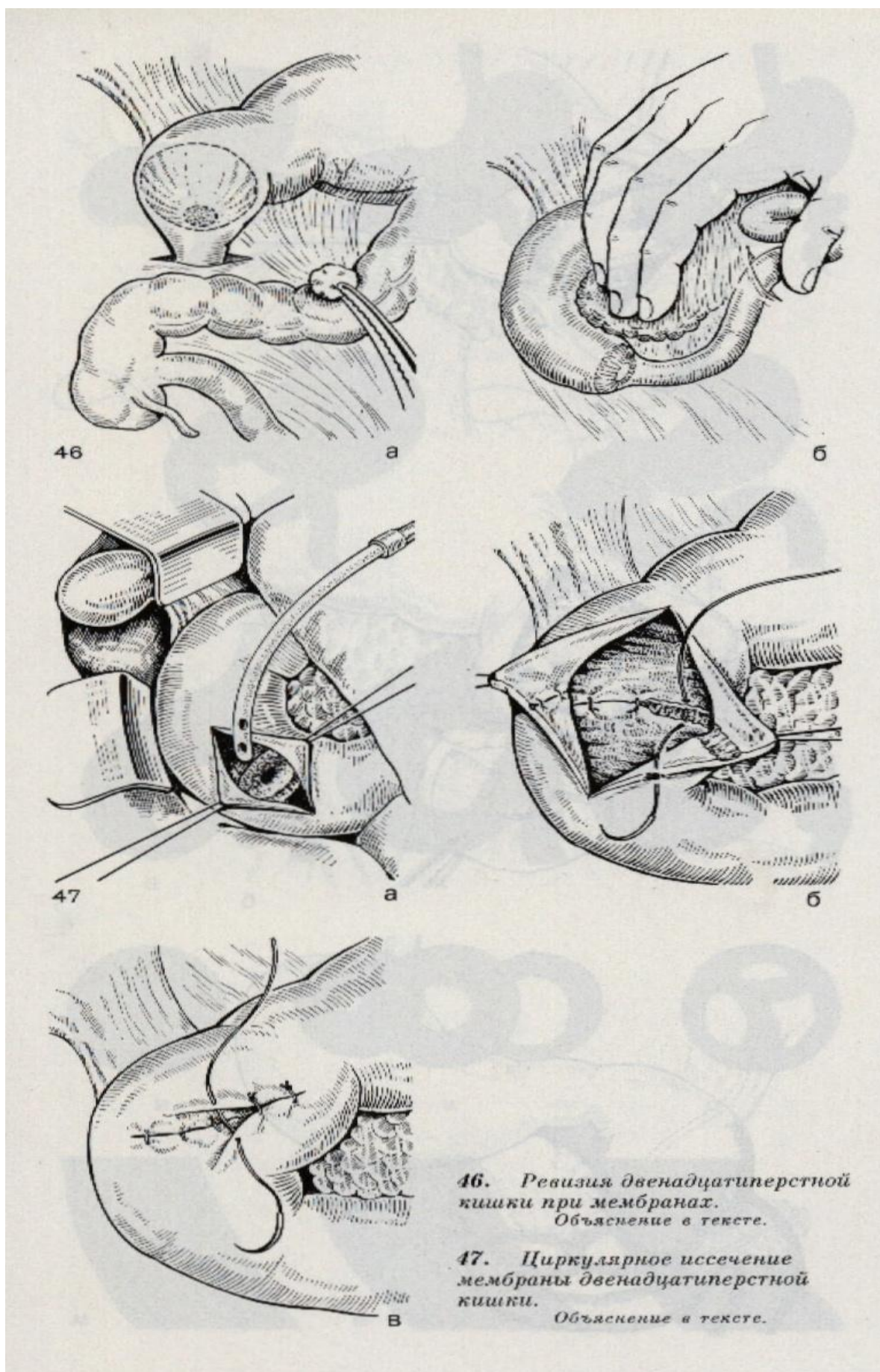
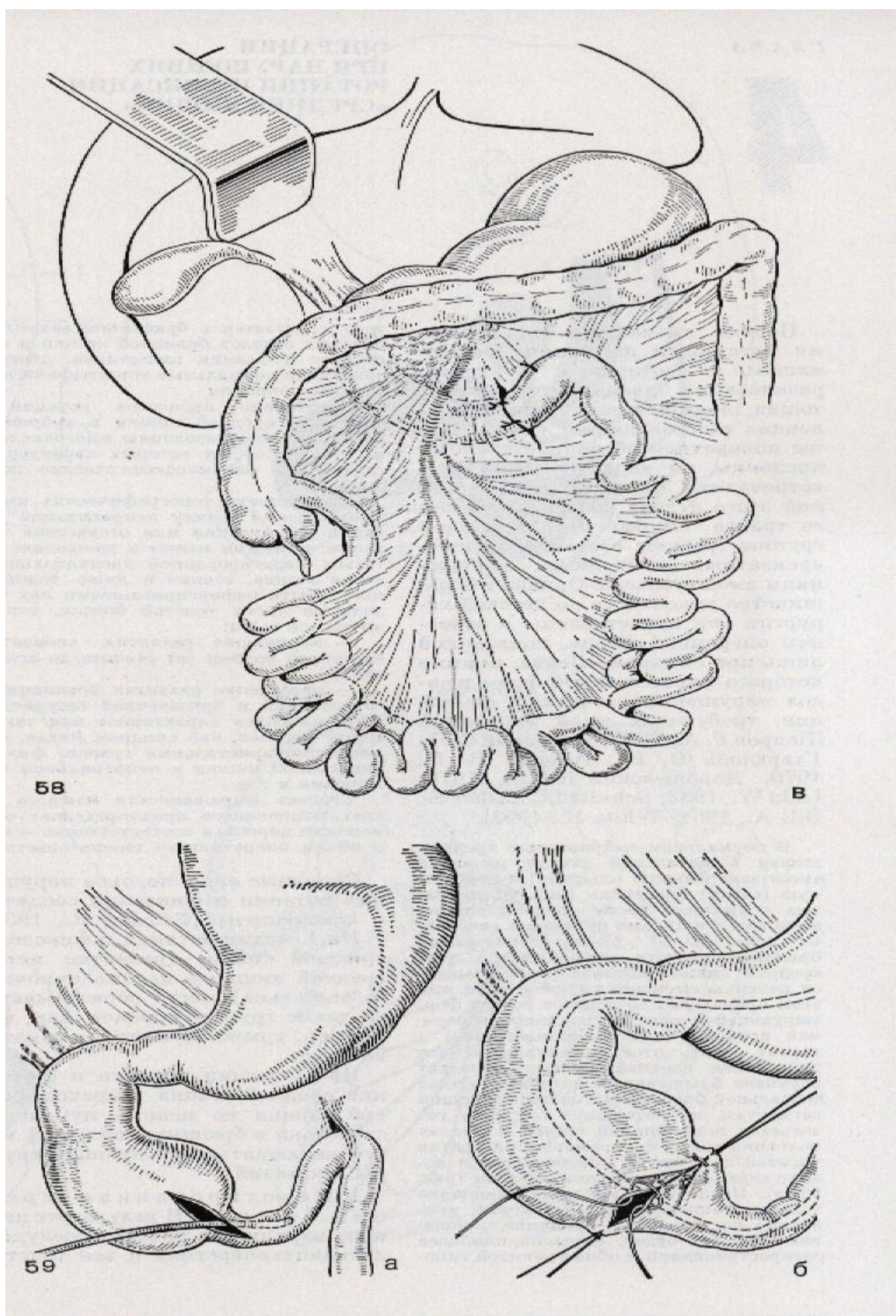
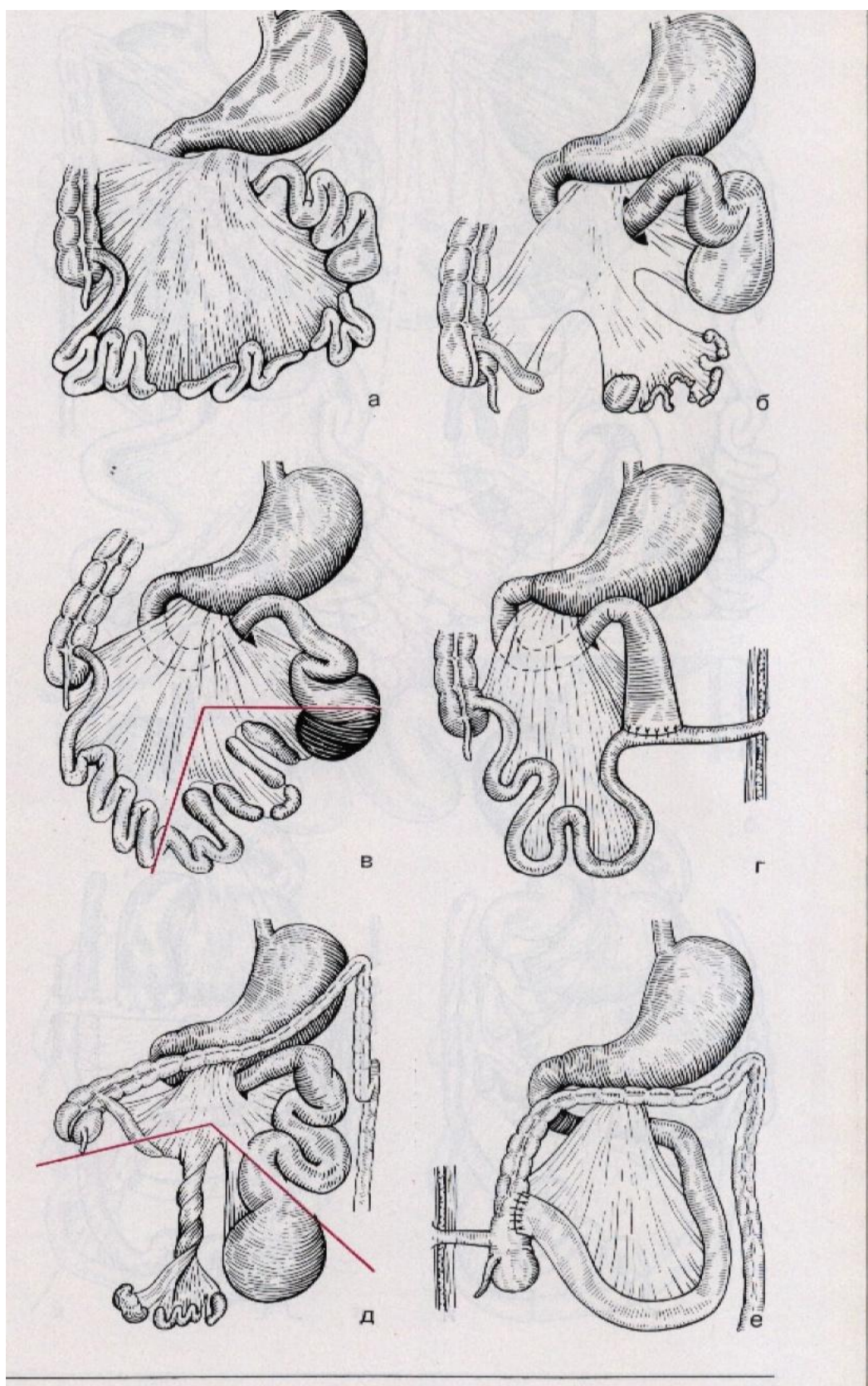


Рис. 18.



Расм 19. 12 бармокли ичакни торайишида куйидаги операция бажарилади.



Расм 20. Ингичка ичакни куп сонли атрезиясида бажариладиган операция турлари

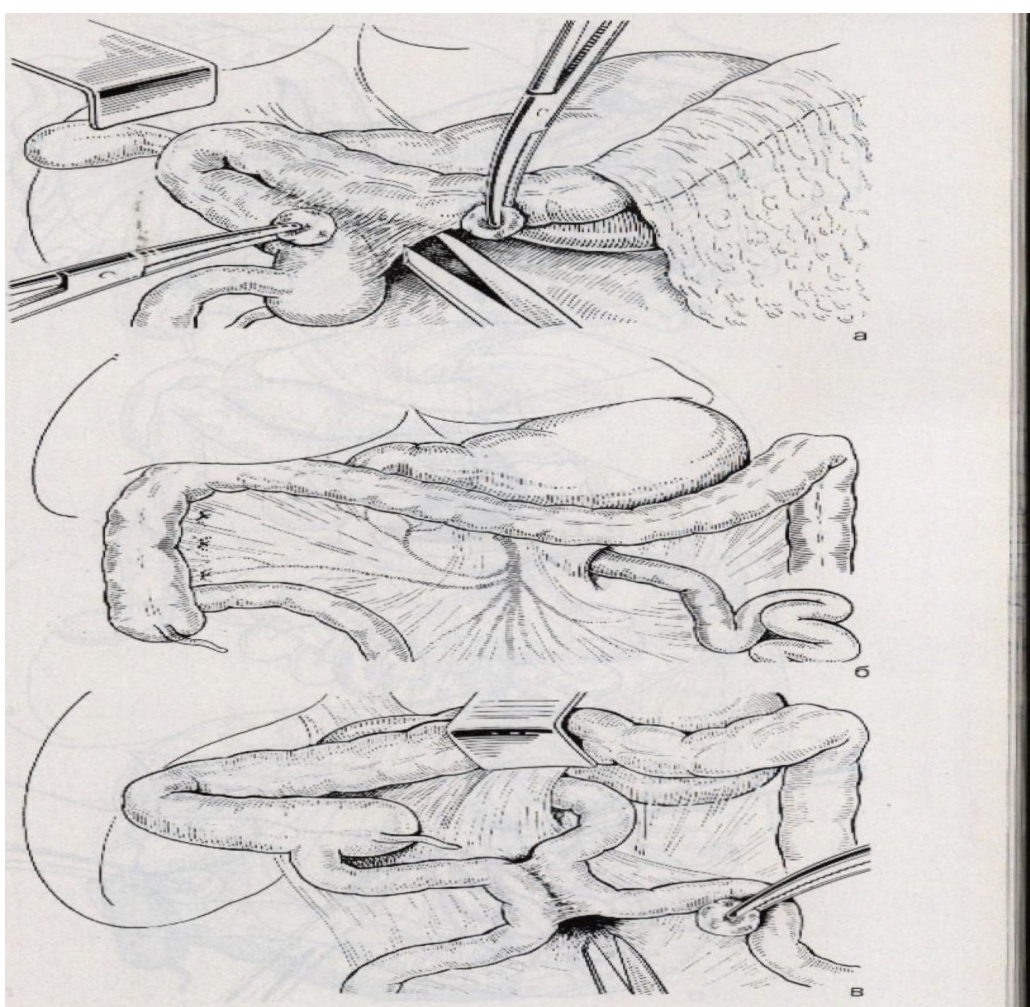
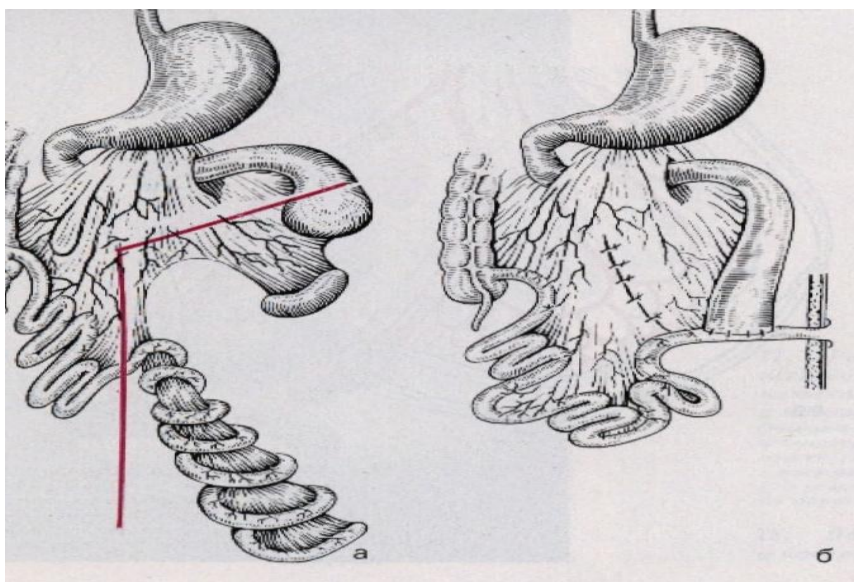


Рис. 21.

Билим ва амалий кўникмаларини назорат қилиш шакллари

9 оғзаки сўров

10 ёзма

11 тест

12 вазиятли масалалар

13 о‘злаштирилган амалий кўникмаларини демонстратсия қилиш

Жорий назоратни баҳолаш мезони:

№	Ўзлаштириш (% ва баллда)	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1.	96-100	Аъло	- хулоса ва қарор қабул қила олиш - ижодий фикрлай олиш - мустақил мушоҳада юрита олиш - олган билимларини амалда қўллай олиш - моҳиятини тушиниш - билиш, айтиб бериш - тасаввурга эга бўлиш
2.	71-85	Яхши	- мустақил мушоҳада юрита олиш - олган билимларини амалда қўллай олиш - моҳиятини тушиниш - билиш, айтиб бериш - тасаввурга эга бўлиш
3.	55-70	Қониқарли	- моҳиятини тушиниш - билиш, айтиб бериш - тасаввурга эга бўлиш
4.	54- ва ундан пац	Қониқарсиз	- аниқ тасаввурга эга бўлмаслик - билмаслик

ТЕСТ САВОЛЛАРИ:

1. Кизилунгач иккала учи ҳам қур тугаганда умумий рентгенграфияда нима қуринади:

- а) қур майда Қлойбер қосачалари;
- б) иккита қатта Қлойбер қосачалари;
- в) қорин соҳасида гунг зона бўлиши;

- г) ичаклар пневматози;
- д) ошкозон сохасида куп газ булиш

2. Кизилунгач атрезияси юкори кизилунгач –трахеа окмасида рентгенологик куриниш:

- а) куп майда Клойбер косачалари;
- б) иккита катт Клойбер косачалари;
- в) корин сохасида гунг зона булиши;
- г) ичаклар пневматози;
- д) ошкозон сохасида куп газ булиш

3. Кизилунгач атрезияси пастки кизилунгач –трахеа окмасида рентгенологик куриниш:

- а) куп майда Клойбер косачалари;
- б) иккита катт Клойбер косачалари;
- в) корин сохасида гунг зона булиши;
- г) ичаклар сохасида пневматози;
- д) ошкозон сохасида куп газ булиш

4. Кизилунгач атрезияси юкори кизилунгач –трахеа окмасида рентгенологик куриниш:

- а) куп майда Клойбер косачалари;
- б) иккита катт Клойбер косачалари;
- в) корин сохасида гунг зона булиши;
- г) ичаклар пневматози;
- д) Клойбер косачалари билан бирга корин бушлигида эркин газ.

5. Чакалокларда кизилунгач атрезиясини тасдикловчи энг ишончли текшириш усули:

- а) объектив курик;
- б) рентген контрастли текшириш;
- в) лабораторик текшириш;
- г) ультратовушли текшириш;
- д) курак кафасининг умумий рентген тасвири.

6. Кайси касалликда кусик таркибида ошкозон колдиклари булади:

- а) кизилунгач ахалазияси;
- б) кизилунгач халазияси;
- в) кизилунгач атрезияси;
- г) кизилунгачнинг тугма торайиши;
- д) кизилунгачнинг чандикли торайиши.

7. Кизилунгач атрезиясининг энг асосий ва барвакт пайдо булувчи белгси:

- а) йуталиш;
- б) кукариш;
- в) тугилгандан бошлаб кушиш;
- г) огиз ва бурундан купикли ажралма келиши;
- д) тана хароратини кутарилиб туриши.

8. Кизилунгач халазиясига хос белги:

- а) фонтансимон кушиш;
- б) эпигастрал сохада шиш булиши ва доимий огрик;
- в) горизонтал холатда, йиглаганда ва безовталиқда кушиш;
- г) истеъмол килган овкатни узгармаган холда кушиш
- д) кон аралаш кушиш

9. Ошкозон контраст мода киритиб, Тренделенбург холатида рентген текшириш утказганда, контрастни кизилунгач кайтиб чиқиши кайси касалликни тасдиқлайди:

- а) кизилунгачни тугма калталигини;
- б) кизилунгач ахалазиясини;
- в) кизилунгач халазиясини;
- г) пилоростенозин;
- д) кизилунгачни тугма торайишини.

10. Кизилунгач ахалазиясида кушиш характери:

- а) куп марта ут аралаш кушиш;
- б) куп марта кон аралаш кушиш;

- в) бола йиглаган ва безовта булган вақтда қушиш;
- г) овқатни узгармаган ҳолда қушиш;
- д) «фонтансимон» қушиш.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Клиникага 8 ёшли бола ота-онасининг сузича, болада тез-тез қушишнинг булишига, қусик массасида қоннинг булишига, болани тери қопламларининг оқара боришига ва ариклаб кетиш белгилари кузатилмоқда. Бола овқатланишининг бузилиши, дисфагия, регургитация аломатлари бор. Эзофагоскопияда қизилунгачнинг пастки қисмида ошқозоннинг шиллик пардаси, ҳамда утиш қисмида фибриноз қобиклар, эрозия, яралар топилди.

- 1) Сизнинг диагнозингиз
- 2) Қайси касалликлардан фарқлаш керак
- 3) Даволаш тактикангиз

2. Бир ойлик болани текширганда унғ томонда нафаснинг йуклиги, перкусияда тумтоқлик, қуқс оралиги органларнинг тулик унғ томонга силжиши аниқланди. Бронхоскопияда унғ асосий бронх қур тугаган.

- 1) Сизнинг диагнозингиз
- 2) Қайси касалликдан фарқлаш керак
- 3) Даволаш тактикаси

3. 1 кунлик чакалоқда қупиксимон қушиш пайдо бўлди. Терида экхимозга ухшаш қон қуюлишлар аниқланади. Кейинроқ қора қонли езилиш бошланди. Тери ранги жуда оқ., эмиши сусайган. Лаборатория анализларида қам қонлик ва протромбин вақтини узаиши аниқланди.

- 1) Сизнинг диагнозингиз?
- 2) Қайси касаллик билан факрлаш керак?
- 3) Даволаш тактикаси?

НАЗАРИЙ САВОЛЛАР:

1. Болаларда кизилунгач нуксонлари: турлари.
2. Кизилунгач атрезиясини клиникаси ва диагностикаси.
3. Кизилунгач атрезиясининг тастиклайдиган синамаларини айтиб беринг.
4. Кизилунгач атрезияси аниклаш учун рентген килишда канака контраст модда кулланилади ва канчалик миқдорда?.
5. Кизилунгач атрезиясини даволаши ва реабилитацияси.
6. Пилоростеноз ташхис қуйиш, даволаш.
7. Тугма ичак тутилиши классификацияси.
8. Юкори ва пастки тугма ичак тутилишини клиника ва диагностикаси.
9. Юкори ва пастки тугма ичак тутилишини қиёсий ташхиси.
10. Тугма ичак тутилишини даволаш усуллари.
11. Операция булган бемор болаларни диспансеризация ва реабилитация қилиш.
12. Пилоростеноз касаллиги сабаби нима ва касаллик биринчи белгилари қачон пайдо бўлади?.
13. Пилоростеноз касаллиги клиник манзараси ва диагностик усуллари айтиб теринг?

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР.

1. Болаларда қусиш синдроми билан хасталанган беморларни текшириш усуллари билиш.
2. Коринни юзаки ва қиёсий бимануал пайпаслаш.
3. Хасталикка хос булган клиник белгиларни аниклаш.
4. Болаларда қусиш синдроми билан хасталанган беморларда хасталикларни аниклашда лабаратор, рентген текширишлар интерпретацияси.
5. Кизилунгачни зондлаш.
6. Элефант синамасини утказиш.
7. Контраст моддалар билан текшириш.
8. Рентген сурратларини интерпретация қилиш.

АДАБИЁТЛАР.

1. Исаков Ю.Ф Детская хирургия.. 2000 г.
2. Исаков. Ю.Ф, Ю.М.Лопухин Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. 1999 г.
3. Исаков Ю.Ф Руководство по торакальной хирургии у детей.. 1999 г.
4. Баиров Г.А. Неотложная хирургия у детей.. 1997 г.
5. Лёнюшкин А.И Руководство по детской поликлинической хирургии. 2001 г.
6. Баиров Г.А Срочная хирургия у детей. 2001 г.
7. Сулайманов А.С Болалар хирургияси...,2002 г.
8. Исаков Ю.Ф.. Хирургические болезни детского возраста 1-Том.Москва 2006 г.
9. Исаков Ю.Ф Хирургические болезни детского возраста. 2-Том.. Москва 2006
- 10.Лёнюшкин А.И.Руководство по педиатрии. Москва 2006 г.
- 11.Пугачёв А.Г Детская урология.. Москва 2009 г.
- 12.Дронов А.Ф., Поддубный И.В Эндоскопическая хирургия у детей.. Москва 2002 г.
- 13.Ашкрафт К.У.,Холдер Т.М.Детская хирургия 1-Том Санкт- Петербург 1996 г..
- 14.Ашкрафт К.У.,Холдер Т.М Детская хирургия 2-. Том Санкт-Петербург 1996
- 15.Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия 3-Том.Санкт- Петербург 1996 г
- 16.Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф.Детская хирургия. Национальное руководство Москва 2009 г.
- 17.www.Ziyo.net
18. www.mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm
19. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm

