

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ОЛИЙ ВА ЎРТА ТИББИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ
ЎҚУВ - УСЛУБИЙ БЎЛИМИ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

СТОМАТОЛОГИЯ
факультети талабалари учун ўқув-услугий қўллаима.

Тошкент-2008 й.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА ТИББИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ
ЎҚУВ - УСЛУБИЙ БЎЛИМИ
БИРИНЧИ ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

***Стоматология
факультети талабалари учун ўқув-услугий қўлланма.***

Тошкент-2008 й

Тузувчилар:

1. ТПФнинг умумий, болалар хирургияси ва стоматология факультетининг хирургик касалликлари кафедраси ассистенти, т.ф.н. Усмонов А.Н.
2. ТПФнинг умумий, болалар хирургияси ва стоматология факультетининг хирургик касалликлари кафедраси доценти, т.ф.д. Тоғаев Ш.Б.

Тақризчилар:

1. Тошкент Тиббиёт Академиясининг 6-7-курс учун хирургик касалликлари кафедраси профессори, т.ф.д., Ахмедов М.А.
2. Тошкент Врачлар Малака Ошириш Институтининг хирургик касалликлари кафедраси мудир, профессор, т.ф.д. Оқилов Х.О.

ТТАнинг Марказий Методик комиссиясида муҳокама қилинган ва тавсия этилган

Протокол № _____ 2008 йил _____

Раис: профессор, т.ф.д.

ТТАнинг Илмий Кенгашида тасдиқланган ва тавсия этилган

Протокол № _____ 2008 йил _____

Илмий Кенгаш котиби: проф. Т.ф.д.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

Қорин бўшлиғи аъзоларининг париетал қорин пардага ўралган ҳолда қорин деворининг орттирилган ёки табиий тешиклардан ташқарига чиқишига қорин чурралари дейилади.



Қорин бўшлиғи аъзолари ташқарига қуйидаги шароитларда чиқиши мумкин:

1. Қорин девори жароҳатланганда, бутунлиги бузилганда ички аъзоларнинг ташқарига қорин дефекти орқали чиқиши эвентерация дейилади.

2. Қорин пардаси билан ўралмаган аъзоларнинг шиллиқ қавати ағдарилган ҳолда ташқарига чиқиши пролапс дейилади (тўғри ичак, бачадон тушиши).

Чурралар лотин тилида *hernia* деб аталади. Биринчи бўлиб *hernia* атамасини тиббиётга Цельс киритган.

Қорин чурраларининг таснифи

I. Анатомик тасниф.

1. Жойлашишига кўра

а) ташқи

б) ички

в) бир ёки икки томонлама

Ташқи чурраларга чов, сон, киндик, бел, қорин оқ чизиғи, чот соҳаси чурралари киради. Ички чурраларга диафрагмал, Винслоу тешиги чурралари киради.

2. Қорин пардасига муносабати бўйича:

а) чин (чурра қопига эга)

б) сохта (чурра қопига эга эмас, масалан қорин пардаси олди ёғ клетчаткаси)

в) сирпанувчи (чурра қопининг девори бир қисмини чурра аъзоси ташкил этади: кўричак, сийдик пуфағи ва ҳ.к)

3. Чурраларнинг сонига қараб:

а) битта

б) кўп

II. Чурра ҳосил бўлиш сабабига кўра

1. Туғма чурралар
2. Орттирилган чурралар
 - а) «чурра нуқталаридан» ёки чурра чиқиши мумкин бўлган жойларидаги чурралар
 - б) жарроҳлик чурралар (операциялардан сўнг - атайлаб ўзларига шикаст етказиб, чурра пайдо қилганлар).

III. Клиник таснифи.

1. Асоратланмаган чурралар
 - а) эркин чурралар
 - б) тўғриланадиган чурралар (қорин бўшлиғига бемалол киритиб бўлади)
 - в) қисилмаган чурралар
2. Асоратланган чурралар
 - а) яллиғланган (чурра қопи флегмонаси)
 - б) копростаз ривожланган
 - в) туғриланмайдиган (қорин бўшлиғига киритиб бўлмади)
 - г) қисилган чурралар

Қисилган чурраларнинг тўрт хил тури тафовут этилади:

- А) Эластик қисилиш
- Б) Ретроград қисилиш
- В) Нажасли қисилиш
- Г) Деворий қисилиш (Рихтер қисилиши)

Чурранинг таркибий қисмлари:

1. Чурра дарвозаси
2. Чурра қопи
3. Чурранинг аъзоси (сақламаси)

Чурра ҳосил бўлиш сабаблари.

Чурра ҳосил бўлишининг маҳаллий ва умумий сабаблари мавжуд. Маҳаллий сабабларга қорин деворидаги бўш, «нуқсонга эга бўлган жойлар» киради: киндик ҳалқаси, қорин орти чизиғи, спигел чизиғи, Пти ва Гринфельд учбурчаги чов ва сон каналлари киради. Умумий сабабларга ирсий омиллар (20-25%), беморнинг ёши (20-40 ёш орасида), жинси (80%-90% эркеклар касалланади), спланхноптоз (ички аъзоларнинг паст жойлашиши), ориқлаб кетиш, қорин мушакларининг кучсизлиги, қорин бўшлиғи ичидаги босимнинг ошиши, сурункали йўтал, простата аденомаси, туғиш жараёни, қабзият, ич кетиш, қорин бўшлиғидаги босимни оширувчи чолғу асбобларини чалиш киради.

Чурраларнинг клиник манзараси.

Беморлар қорин деворида ҳосила пайдо бўлганлигига, кучанганда, оғирлик кўтарганларида ҳосиланинг катталашшига, баъзи пайтларда оғриқ бўлишига, кўнгил айниб, қусишга шикоят қиладилар.

Объектив кўрик пайтида «чурра нуқта»ларидан бирининг соҳасида шиш борлиги аниқланади. Шиш вертикал ҳолатда, кучанганда катталашади. Горизонтал ҳолатда қорин бўшлиғига батамом кириб кетиши мумкин. Чурра дарвозаси кенгайганлиги ва «йўтал турткиси» симптоми мусбат бўлиши кузатилади. «Йўтал турткиси» белгисини аниқлаш учун

чурра қорин бўшлиғига батамом киритиб юборилади ва врач кўрсаткич бармоғини чурра дарвозасининг ичига иложи борича киритади ва беморни йўталтиради. Бемор йўталган пайтда хирургнинг кўрсаткич бармоғи ички аъзолар томонидан турткини сезади. Бу симптом барча чурраларда аниқланади, истисно тариқасида қисилган ва қорин бўшлиғига кириб кетмайдиган чурраларда буни аниқлашнинг иложи бўлмайди.

Чов чурралари.

Чов чурралари барча чурраларнинг 80% ни ташкил этади. Қийшиқ ва тўғри чов чурралари тафовут қилинади. Қийшиқ чов чурралари туғма, орттирилган, тўғри чов чурраси эса фақат орттирилган бўлади. Қийшиқ ва тўғри чов чурраларини фарқ қилишда қуйидагиларга аҳамият бериш лозим:

1. Қийшиқ чов чурраси овалсимон-узунчоқ шаклда, тўғри чов чурраси эса юмалоқ шаклда бўлади.
2. Қийшиқ чов чурраси ташқи чов каналидан ташқарига чиқади.
3. Тўғри чов чурраси *fovea inguinalis medialis* орқали, қийшиқ чов чурраси эса *fovea inguinalis lateralis* орқали чиқади.
4. Уруғдон тизимчаси қийшиқ чов чуррасига нисбатан медиал, тўғри чов чуррасига нисбатан латерал жойлашган бўлади.
5. Тўғри чурраларда чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ билан сезиш мумкин.
6. Тўғри чурралар мушак-апоневротик пайларнинг бўшашиб-кучсизланганлиги, қийшиқ чов чурралари эса физик зўриқишдан юзага келади.
7. Тўғри чов чурраларида *a. epigastrica inferior* пульсацияси латерал томондан, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томондан пайпасланади.
8. Қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушиши мумкин, тўғри чов чурралари эса ёрғоққа тушмайди.

Даволаш.

Чов чурралари фақат оператив йўл билан даволанади. Чов каналини пластика қилишнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Операцияларнинг асосий босқичлари қуйидагилардан иборат:

1. Пупарт боғламига параллел бўлган, ундан 2 см юқорида қийшиқ чов кесмаси билан тери, тери ости ёғ қавати, ташқи қийшиқ мушак апоневрози кесилиб, чов канали очилади.
2. Чурра қопи атроф тўқималаридан, уруғ йўли тизимчасидан ажратилади.
3. Чурра қопи очилиб, чурра аъзолари қорин бўшлиғига киритилади.
4. Чурра қопи бўйинчасидан тикиб, боғланади, ажратилган қисми кесиб олиб ташланади.
5. Чов каналини пластика қилиш учун қийшиқ чов чурраларида чов каналининг олдинги девори мустахкамланади.

Бу турдаги пластика қилиш Мартинов, Жирар-Спасокукоцкий, Кимбаровский усуллари билан бажарилади. Болаларда чов каналини очмасдан Черни, Ру - Оппель усуллари билан пластика қилинади.

Катта ҳажмдаги қайталанган ва човнинг тўғри чурраларида чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлайдиган операциялар бажарилади. Бу турдаги пластика қилиш Бассини, Кукуджанов, Постемпский усуллари ёрдамида амалга оширилади.

Сирпанувчи чов чурраларида чурра қопи очилгандан сўнг қорин парданинг аъзо ўтадиган жойидан 1,5-2 см узоқликда чурра ҳам бўйинчаси ички томонидан кесет чок қўйилиб, боғланади, ортиқча қорин парда кесиб олиб ташланади. Сўнгра чурра қопи чўлтоғи сирпанувчи аъзо билан биргаликда эҳтиётлик билан ичкарига киритилиб, чов канали олдинги деворининг пластикаси бажарилади.

СОН ЧУРРАСИ

Сон чурралари аксарият аёлларда учрайди (1:5). Бунинг сабаби аёллар тос суягининг анатомик ўзига хос хусусиятидир. Аёлларда сон каналининг кенглигининг диаметри ўртача 1,8 см, эркакларда эса 1,2 см ташкил қилади. Сон чурралари сон каналининг *lacuna vasorum* қисмидан чиқади. Чурра қопининг латерал қисмида *v.femoralis*, юқори қисмида *a. epigastrica inferior* жойлашади. Айрим ҳолларда *a. obturatoria* аномал жойлашган бўлиб, сон каналининг медиал соҳасидан ўтади. Бундай ҳолларда сон каналининг ички халқаси ҳар томонлама қон томирлари билан ўралиб “ажал тожи” (*corona mortis*)ни ҳосил қилади. Операция вақтида чурра халқаси кесилганда қон томири шикастланиб, қонни тўхтатиш қийин кечади. Бундай ҳоллар юзага келганлиги, сўнгра операциянинг кечиш жараёни мураккаблашганлиши, хаттоки айрим ҳолларда беморлар операция столида ўлганлиги ҳақида адабиётда кўплаб илмий мақолалар мавжуд.

Диагностикаси.

Сон чурраси чов боғламидан пастда жойлашган, кичик ҳажмли, юмалоқ шаклдаги шиш каби пайпасланади. Сон чурралари асосан қисилиб қолганда беморни безовта қилади, унгача бемор чурраси борлигини сезмайди. Сон чуррасини чов соҳасида жойлашган Пирогов-Розенмюллер лимфаденити билан қиёслаш анча қийин кечади. Шу сабабли қисилган сон чурраси диагнози билан операция қилинган айрим беморларда лимфаденит чиқиб қолади, ва аксарият чов, сон соҳасидаги лимфаденит ташҳиси қўйилиб кузатилаётган беморларда, ичак тутилиши белгилари, чурра қопи флегмонаси бошлангандан сўнг операция қилиб, сон ёки чов чурраси диагнози қўйилади.

Даволаш.

Сон чурралари фақат оператив йўллар билан даволанади. Операциялар икки турга бўлинади:

1. Чов канали орқали қилинадиган операциялар
2. Сон томонидан қилинадиган операциялар

1-гурӯх операцияларга Руджи-Парлавеччо, Райхель, Праксин усуллари киради.

2-гурӯхга кирувчи операциялар Локвуд, Бассини, Прокунин, Уотсен-Чейнс усуллари ёрдамида бажарилади.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик халқаси орқали юзага келган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари барча чурраларнинг 5-6% ни ташкил этади.

Киндик чурралари қуйидаги турларга бўлинади:

1. Туғма (эмбрионал) чурралар
2. Кичик ёшдаги болаларнинг орттирилган киндик чурраси
3. Катта ёшдаги одамларнинг орттирилган киндик чурраси

Туғма эмбрионал киндик чурралари она қорнида ривожланиб, қорин олди деворининг нуқсони сабабли пайдо бўлади. Бола туғилганда киндик халқаси тўла шаклланмаган, ички аъзолари амнион билан ёпилган бўлади. Агар нуқсон диаметри 5-6 см гача бўлса, қорин девори қаватлаб тикиб, ёпилади, агар нуқсон диаметри 9-10 см ёки ундан катта бўлса, фақат терининг ўзи тикиб қўйилади.

Кичик ёшдаги болаларда киндик чурраси туғилгандан сўнг киндик халқаси нотўлиқ чандиқ ҳосил қилганда ривожланади.

Чурраларнинг пайдо бўлишида бетиним йўтал, қабзият, фимоз сабабли кучаниш, боқувнинг меъёрда бўлмаслиги каби омиллар роль ўйнайди. Болалардаги киндик чурраси одатда катта ҳажмга эга бўлмайди, осонгина тўғриланади. Ёш болаларда (5 ёшгача) киндик чуррасини консерватив муолажалар (дока-пахтали валик билан танғиб боғлаш, устидан ёпишқоқ пластирь билан тортиб қўйиш) билан даволаш тавсия этилади. Агар 5 ёшгача киндик чурраси йўқолмаса, оператив муолажа (киндик халқасини Лексер усули билан пластика қилиш) бажарилади. Катта ёшдаги одамларда киндик чурраси кўпинча тўғри мушаклар диастази билан бирга қўшилиб келади. Кўпинча кўп туққан семиз аёлларда учрайди. Бундай ҳолларда киндик чурраси катта ҳажмга эга бўлиб, копростаз, қисилиш, яллиғланиш билан асоратланади ва қорин бўшлиғига тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Даволаш.

Киндик чурраси оператив йўллар билан даволанади. Операция вақтида (айниқса ёш аёлларда) киндикни сақлаб қолишга ҳаракат қилиш керак.

Лексер усули билан операция қилиш кичик ҳажмдаги киндик чураларида ва болаларда кенг тарқалган тери киндикнинг устидан ёки остидан яримойсимон шаклда кесилади. Чурра қопи бўйинчасигача ажратилади, кесиб олинади, тикилиб бутунлиги тикланади. Киндик халқаси кесет чоки ёрдамида тикилиб ёпилади. Кейин оқ чизиқ бўйлаб киндикдан пастда ва юқорида тўғри мушак апоневрозидан ўтувчи иккитадан чок қўйиб, боғланади ва киндик халқасининг нуқсони батамом бартараф этилади. Киндикни сақлаб қолган ҳолда терига чок қўйилади.

Сапежко усули қўлланилганда оқ чизиқ бўйлаб киндикни айланиб ўтувчи узунасига кесма қилинади. Чурра қопи ажратилиб, кесилиб олиб ташланади ва бутунлиги тикланади. Чурра дарвозаси икки бортли кастюм тугмалари қадалгандек икки қатор чоклар ёрдамида тикилиб, апоневрознинг ҳам икки қаватга эга бўлиши таъминланади.

Мейо усули билан операция қилинганда тери киндик сатҳида кўндалангига кесилади. Киндикни иложи борича сақлаб қолишга ҳаракат қилинади. Жуда катта ҳажмли ва қисилган чурраларда киндикни олиб ташлашга тўғри келади. Тери, тери ости ёғ қавати кесилгач, чурра қопи топилади ва атроф тўқималардан ажратилади. Чурра қопи кесиб олиб ташлангач, юқорида кўрсатилган Сапежко усулига ўхшаб, фақат кўндалангига апоневроз дупликатураси ҳосил қилинади. Дупликатура ҳосил қилишда П-симон шаклдаги чоклар қўйилади, 2-қатор чоклари тугунли қилиб, қўйилади.

ҚОРИН ОҚ ЧИЗИҒИ ЧУРРАЛАРИ

Корин оқ чизиғи (ўрта чизиғи) чурралари барча чурраларнинг 2-3% ни ташкил қилади ва 25-45 ёшдаги эркакларда (95%) учрайди.

Бу турдаги чурралар анатомик жойлашувига кўра 3 гуруҳга бўлинади:

- 1) Киндик усти
- 2) Киндик атрофи
- 3) Киндик ости

Клиник манзараси оқ чизиқ бўйлаб шиш пайдо бўлиши билан бошланади. Кўп ҳолларда катта ҳажмга эга бўлмайди, камдан-кам ҳолларда рўй беради. Қорин бўшлиғига бемалол киритиб юборилгач, «йўтал турткиси» белгисини аниқласа бўлади.

Даволаш.

Оператив йўл билан даволаш беморни касалликдан халос қилади. Операция кесмасини узунасига ёки кўндаланг равишда амалга оширилса бўлади. Кўндаланг кесма қилишнинг афзаллик томонлари бор: операциядан кейинги даврда ҳосил бўлган чандиқ соҳасида тортилиш аломатлари кузатилмайди. Узунасига қилинган кесмадан сўнг чандиқ ҳосил бўлгач, тўғри ва кўндаланг мушаклар қисқарганда чоклар ўрни тортишиб, ситилиш кузатилиши мумкин ва чурра қайталаниши учун шароит яратилади. Шу сабабли узунасига қилинадиган кесмалар фақатгина оқ чизиқ бўйича бир нечта чурра бўлганда бажарилади. Чурра дарвозаси апоневрозини икки варақ қилиниб, тикилиб амалга оширилади (Мейо, Сапежко усулларига ўхшаб).

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЧУРРАЛАР

Операциядан кейин чандиқ соҳасида чурра ривожланишининг асосий сабабларига бажарилган 1-операциядан кейин жароҳатларнинг йиринглаши, бемор томонидан белгиланган тартибнинг бузилиши, операция техникасининг нуқсонлари киради. Чурра дарвозаси бир биридан ажралиб кетган мушак ва апоневроздан иборат бўлиб, турли шаклга ва айрим ҳолларда жуда катта ҳажмга эга бўлиши мумкин. Чурралар кўп ҳолларда кўп камерали бўлади. Операциядан кейинги чурралар кўпинча ўрта-ўрта лапаротомиялардан, ўт йўлларидаги операциялардан, аппендэктомиядан кейин юзага келади.

Диагностикаси.

Операциядан кейинги чурраларни диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Чандиқ соҳасида юмшоқ эластик консистенцияли шиш

аниқланади. Перкуссияда тимпанит, аускультацияда перистальтикани эшитиш мумкин. Чурра дарвозаси катта ҳажмда бўлганлиги сабабли кўпинча чурра бемалол қорин бўшлиғига киритиб юборилади.

Даволаш.

Даволаш оператив йўл билан амалга оширилади. Операция қилиш муддати: йиринглаган жароҳат битгандан сўнг 6-12 ойдан эрта қилинмаслиги лозим. Операцияни умумий интубацион наркоз остида бажарган маъқул. Кичикроқ ҳажмдаги чурраларда (аппендэктомиядан кейин) барча чандиқли тўқималар кесиб олиб ташланади ва жароҳат қаватма-қават тикилади. Катта ҳажмдаги чурраларда операция жарроҳлик ўтади. Барча чандиқли тўқималар, ўзгарган катта чарви кесиб олиб ташланади. Чурра дарвозасини тикишда барча тўқималардан тежамли фойдаланиш, иложи бўлса дубликатура ҳосил қилиш (Сапежко ёки Мейо услуги билан) лозим. Агар чок қўйилгандан кейин унинг тортилиб қолганлиги аниқланса тўғри мушак апоневрозларида бўшатувчи кесмалар қилиш тавсия қилинади. Агар атроф тўқималардан пластика қилишнинг иложи бўлмаса (катта дефект, нафас етишмовчилиги ривожланиши эҳтимоли ва ҳоказо) аутопластика, яъни мушак-фасциал лоскутлар қон томирли оёқчада ёки эркин ҳолда кўчириб ўтказилиб, бажарилади. Аллопластик материаллардан (полипропилен, нейлон, дакрон, капрон тўрлари ва бошқалар) фойдаланиш ҳам ҳозирги пайтда кенг тус олаёпти ва операциядан кейинги натижалари кўпчилик муаллифлар томонидан ижобий равишда тан олинаёпти.

КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР

Кам учрайдиган чурраларга интраабдоминал: диафрагма қорин чўнтаклари, Спигель чизиғи, Пти учбурчаги, Лестгафт-Грюнфельд тўртбурчагининг ёпқич, қуймич, оралиқ чурралари киради.

Клиник манзараси.

Ички чурралар беморни безовта қилмайди, шу сабабли кўпчилик ҳолларда умрининг охиригача аниқланмайди. Улар фақат қисилиб ёки бошқа асоратлар берганда ичак тутилишининг клиник манзараси юзага келади. Ташҳис ичак тутилиши билан операция қилинган пайтда аниқланади.

Бел чурралари кўпроқ аёлларда учрайди. Касаллик ривожланишида ҳолсизлик, озиб кетиш, мушакларнинг атрофияга учраши муҳим омиллардан ҳисобланади. Бел чурралари катта ҳажмга эга бўлиши мумкин. Чурра бел соҳасида белни тикловчи мушак 12-қовурға ва қорин қийшиқ мушаги апоневрози орасидаги соҳадан чиқади. Пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, эластик, консистенцияли шиш, бемалол ичкарига киритиб юборилиб чурра дарвозасини аниқласа бўлади.

Ёпқич чурра ёпқич канали орқали (foramen obturatoria) нерв ва томирлар ҳосил қилган тешиқдан ташқарига чиқади ва m. pectineus остига жойланади. Объектив кўрик пайтида чурра кўринмайди. 60-70 ёшдан катта бўлган аёлларда учраши характерли томонидир.

Клиник манзараси.

Кучли оғриқлар ёпқич нерв бўйлаб сон, тизза бўғими соҳасигача тарқалади, парестезия аломатлари кузатилади, бемор юра олмай қолади, оёғини букиб, ён томонга буриб ўтиришга мажбур бўлади. Чунки шу ҳолатда оғриқлар камроқ сезилади. Ректал ва вагинал кўрилганда бармоқ билан чаноқ олди соҳасида бўшлиқни пайпасласа бўлади.

Қўймич чурралари ноксимон мускул атрофига чиқади. Бу чурра ҳам 60-70 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Максимал мускулнинг атрофияга учраши чурра чиқиши учун замин яратади. Чурранинг ўлчами катта бўлмайди ва *m. gluteus major* остига чиқиши диагностикада қийинчиликни уйғотади. Баъзи ҳолларда қўймич соҳасидаги пайдо бўлган оғриқ, юрганда кучаяди ва оёққа боради, шу сабабли беморлар невропатологга мурожаат қилишади. Ушбу касалликка диагноз қўйиш хар доим қийинчилик туғдиради. Кўпинча чурра қисилиб, қаттиқ оғриқ безовта қилиши натижасида беморлар врачга мурожаат қилишади ва шундан сўнг ушбу касаллик анақланиши мумкин. Давоси: оператив йўл.

ОРАЛИҚ ЧУРРАСИ

Оралиқ чурраси чаноқ туби мускуллари (*m. levator ani*, *m. coccygeus*) бўшашиб қолганда, шу мускуллар толаларини ёриб ўтиб тери остига чиқади. Чурра чиқаётганда чаноқ фасциясини чўзилишига олиб келади ва аёлларда қин, катта уятли лаблар соҳасидаги тери остида, эркакларда тўғри ичакнинг олдинги деворидан ўтиб оралиқда кўринади. Айрим беморларда оралиқ чурраси ва тўғри ичакнинг тушиши бирга кечади. Чурра ҳаракатчанлиги, кучаниш, йўталиш пайтида катталашуви билан характерланади. Беморни оёғини юқорига кўтарган ҳолда ичкарига киритиб юбориш осон кечади. «Йўтал турткиси» белгиси мусбат бўлади.

Даволаш.

Бел чурраларида (Пти учбурчаги чурралари) чурра тешиги қорин ташқи қийшиқ мускулидан кесиб олинган апоневроз парчаси билан тикиб ёпилади.

Ёпқич чурраларида операция ичак тутилиши сабабли қилинганда маълум бўлади. Шунинг учун лапаротомия ва сон кесмаси билан аралаш усулда операция қилинади.

Қўймич чурраларида ҳам операция чурра қисилган пайтида шошилиш равишда лапаротомия кесмаси билан бажарилади. Чурра дарвозаси фасция ёки мушак парчаси билан тўлдирилади.

Оралиқ чурраларда даволаш операция йўли билан: лапаротомия ва оралиқ кесмаларини ишлатиб амалга оширилади. Жойига кириб кетмайдиган чурраларда операция қилиш кўп ҳолларда муваффақиятсиз ўтиши сабабли, баъзида операциядан воз кечишга ҳам тўғри келади.

ЧУРРАЛАРНИНГ АСОРАТЛАРИ

Чурра қисилиши чурра қопи ичидаги аъзоларнинг чурра дарвозасида кучанганда, қаттиқ йўталда, оғир юк кўтарилганда тўсатдан қисилиб қолишидан иборат. Чурра қисилганда шу соҳада тўсатдан кучли оғриқ пайдо бўлади ва беморни врачга мурожаат қилишга мажбур қилади.

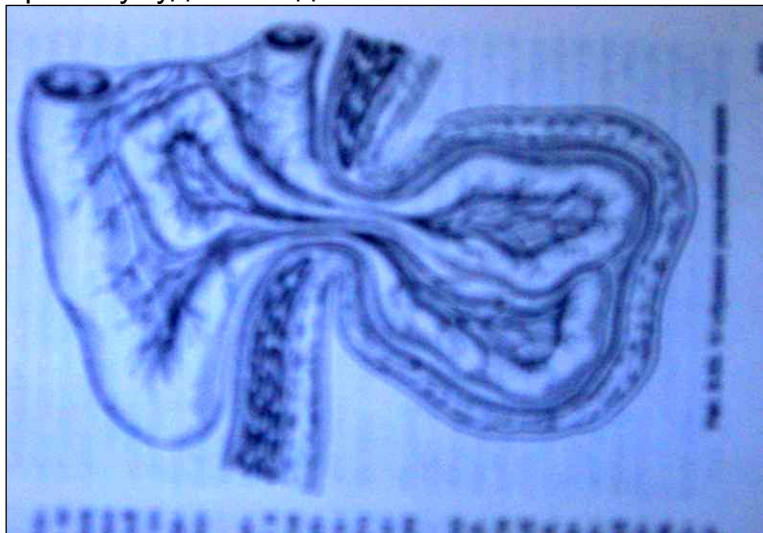
Чурранинг 4 хил қисилиши тафовут қилинади:

Эластик қисилиш – ички аъзолар қорин бўшлиғида босим кўтарилганда чурра дарвозаси кенгайганлиги сабабли ташқарига чиқади ва босимнинг тўсатдан камайиши чурра дарвозасини тезда қисқаришга олиб келиб, ташқарига чиққан аъзолар ичкарига кириб улгурмасдан қисилиб қолишидан иборат.

Бу турдаги қисилиш бемор оғир юкни кўтариб, кучли оғриқни сезгандан сўнг, бирданига юкни ташлаб юборганда ёки ортиқча кучанганда рўй беради.

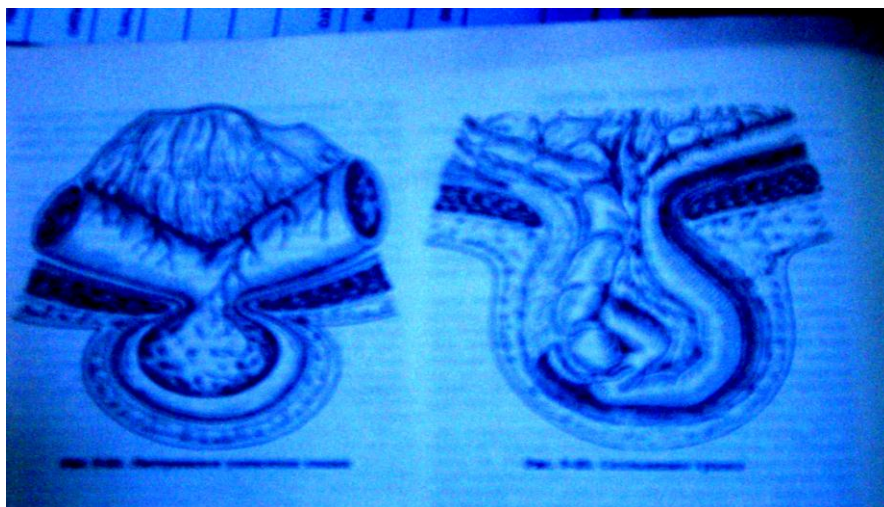
Нажасли қисилиши чурра қопида жойлашган келтирувчи ичак халқасининг тўлиб кетганлиги сабабли чурра қопи ичидаги олиб кетувчи халқа қисилиб қолиши сабабли юзага келади.

Ретроград қисилиши, бошқача айтганда тескари қисилиш ҳам дейилади. Бу турдаги қисилиш энг ҳавфли қисилиш бўлиб, унда чурра қопи ичида бир неча ичак халқаси жойлашади, чурра дарвозасидан ташқарида ётган ичаклардаги ўзгариш кам даражада, лекин қорин бўшлиғида жойлашган халқада эса қон айланиши бузилганлиги сабабли қисилган ичакнинг некрози вужудга келади.



2-расм. Ретроград қисилиш

Ичак деворининг қисман қисилиши «Рихтер бўйича қисилиш» кам учрайди ва кичик ҳажмли чурралар тор чурра дарвозасида ичак деворининг бир қисми қисилиши сабабли юзага келади. Бу турдаги қисилишда ичак ўтказувчанлиги бузилмайди, лекин ичак деворининг қисилган жойи тезда некрозга учрайди.



3-расм. Рихтер қисилиши (деворий қисилиш)

Айрим ҳолларда аъзоларнинг қисилиши чурра дарвозасида эмас, балки кўплаб чандиқлар борлиги сабабли, бир неча чўнтақлардан иборат бўлганлиги учун чурра қопининг ичида қисилиб қолади.

Чурра дарвозасида кўпинча ингичка ичак қисилади ва артериал қон айланиши бузилганлиги сабабли ишемик некроз ривожланади. Агар қисилган ичакда вена томирлари кўпроқ эзилиб қолган бўлса веноз турғунлик юзага келади. Натижада ичак бўшлиғига ва чурра қопига плазманинг сизилиб чиқиши рўй беради. Ичак некрозга учрагандан сўнг ичак суюқлиги чурра қопига тушади ва чурра қопи флегмонаси ривожланиши кузатилади.

Клиник манзараси.

Чурра қисилганда қуйидаги симптомлар кузатилади: чурра соҳасида кучли оғриқ, чурра ҳосиласининг катталашиб таранглашиши, пайпаслаганда тошдек қаттиқ консистенция аниқланади, чуррани қорин бўшлиғига киритиб юбориш имкони йўқолади. Қисилиш бошлангандан сўнг маълум муддат ўтгач, беморда ўткир қорин аломатлари: ичак тутилиши, ичак некрози, чурра қопи флегмонаси ва ҳк. кузатилади.

Даволаш.

Қисилган чурра фақат шошилишч оператив йўл билан даволанади. Бемор клиникага олиб келингандан сўнг тез муддат ичида (бир соат ичида) операцияга тайёрланади: операцион майдонга санитар ишлов берилади, лозим бўлса ўмров ости венасига катетер қўйилади ва қисқа инфузион терапия юрак препаратлари қилинади. ЭКГ қилинади, замбилда операция хонасига олиб борилади. Операцияни умумий наркоз остида бажарган маъқул. Операция: чурра шиш устидан кесма қилиниб, чурра қопи атроф тўқималардан ажратилади. Чурра қопи кесилади ва қисилган аъзо салфеткалар ёрдамида ушлаб, қисувчи халқа кесилади ва қисилган аъзо озод қилинади. Шундан сўнг аъзонинг некрозга учраганлиги ёки ҳаётийлиги аниқланади. Агар ичак пушти рангга кириб, перистальтикаси пайдо бўлса, тутқичидаги артериялар пульсацияси тикланса, странгуляция эгатчасида ўзгариш аниқланмаса ҳаётга лаёқатли деб топилади. Ичак некрозга учраган

деб топилса, келтирувчи халқадан 30-40 см узунликда, олиб кетувчи халқадан 15-25 см узунликда резекция қилиб олиб ташлаш лозим. Сўнг ичак бутунлиги тикланиб, чурра дарвозаси оддий усул билан пластика қилинади.

Чурра қопи флегмонасида операция ўрта-ўрта лапаротомиядан бошланади. Некрозга учраган ичак халқаси резекция қилинади, қорин бўшлиғи дренажланади ва қаватлаб тикиб ёпилади. Сўнгра чурра соҳасидан кесилиб, сиқувчи халқа кесиб, кенгайтирилади ва некрозга учраган ичак халқаси олиб ташланади, қорин парда тикилади, лекин чурра дарвозаси пластика қилинмайди, йирингли жарохатни даволаш амалга ошириб борилади.

Одатда қисилган чурра операцияси вақтида катта чарви қисилиб қолганлиги маълум бўлса, уни резекция қилиш тавсия қилинади. Чурра дарвозаси эса пластика қилиниб, ёпилади.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ .

- 1) Чурра ҳосил бўлиш механизмлари, сабаблари ва таснифи.
- 2) Кўп учрайдиган чурралар: чов, сон ва киндик чурралари, таснифи, текширув усуллари ва даволаш асослари.
- 3) Кўп учрайдиган чурралар: қорин оқ чизиғи чурраси ва операциядан кейинги чурралар ривожланиш сабаблари, таснифи, текширув усуллари ва даволаш асослари.
- 4) Асоратланган чурраларда диагностика ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари.
- 5) Чурра асоратларининг сабаблари, текширув усуллари, биринчи врачлик ёрдами кўрсатиш.
- 6) Асоратланган ва асоратланмаган чурраларда бажариладиган операцияларнинг турлари ва босқичлари.

Тест саволлари.

1. Бемор П. 46 ёш ўнг чов соҳасида шиш борлиғи, кучли оғриқга, кўнгил айнишига, қайд қилишга шишқоят қилиб келди. Келишидан 4 соат олдин, оғир иш қилганда чов соҳасидига шиш каттолашган..

А. Сизнинг ташхисингиз?

- А) ичак буралиши
- Б) сиқилган чов чурраси*
- В) ичак инвагинацияси
- Г) ичак ўсмаси
- Д) ичак гематомаси

Б. Текшириш усуллари.

- А) КТ қорин бўшлиғи
- Б) сийдик қопига катетер қўйиш
- В) УТТ
- Г) кўрик ва пайпаслаш*
- Д) ректоскопия

В. Даволаш режаси.

- А) ургент операция*
- Б) консерватив даво
- В) амбулатор даво
- Г) онкологда даволаниш
- Д) режали даво

2. Бемор К.28 ёш поликлиникага чап чов соҳасида шиш борлигига шикоят қилиб келди. Локал кўриқда: чов чизигидан пастда 4x4 см шиш бор, пайпаслаганда юмишок, оғриқсиз.

- А. Сизнинг ташхисингиз?
А) сон чурраси *
Б) чов липомаси
В) чов соҳаси ўсмаси
Г) лимфогранулематоз
Д) чов соҳаси папилломаси
- Б. Текшириш усуллари.
А) УТТ
Б) ангиография?
В) кўрик ва пайпалаш*
Г) МРТ
Д) ирригография
- В. Даволаш режаси.
А) режали оператив даво*
Б) ургент операция
В) консерватив даво
Г) жаррох назорати
Д) амбулатор даво

3. Бемор Ш. 55 ёшда эпигастрал соҳада, операциядан кейинги жароҳат соҳасида шиш борлигига, шикоят қилиб келди. Оғир юк кўтарганда, кучанганда шиш катталашади, ётганда қорин бўшлиғига кириб кетади. Анамнезда: холецистэктомия ўтказган

- А. Сизнинг ташхисингиз?
А) липома қорин девори
Б) тери саркомаси
В) операциядан кейлиги чурра *
Г) ошқозон саратони
Д) тухумдон кистаси
- Б. Текшириш усуллари.
А) кўрик ва пайпаслаш *
Б) холангиография
В) эндоскопия
Г) флюорография
Д) доплерография
- В. Даволаш режаси.
А) амбулатор даво
Б) гастроэнтерологда даволашиси
В) режали оператив даво*
Г) ургент операция
Д) гепатолог назорати

4. Бемор П. 75 ёш қабул бўлимига киндикни катталашишига, шу соҳада шиш борлигига, унинг қаттиқлашишига, қорни дам бўлишига, кўнгил айниб қусишга, қорин дам бўлишига шишқоят қилиб келди.

- А. Сизнинг ташхисингиз?
А) сиқилган киндик чурраси *
Б) паралитик ичак тутилиши
В) ошқозон перфорацияси
Г) ингичка ичак буралиши
Д) инвагинация
- Б. Текшириш усуллари.
А) эндоскопия
Б) колоноскопия
В) кўрик ва пайпаслаш*
Г) КТ

- Д) пневмогастрография
- В. Даволаш режаси.
- А) маммолог маслахати
 - Б) амбулатор кўзатув
 - В) ургент операция *
 - Г) режали даво
 - Д) онколог назорати
5. Бемор 28 ёш ўнг чов сохасида вақти-вақти билан ўнг ёрғоқга тушувчи шиш борлиги шишқоят қилиб пайди. Шиш ётганда йўқолишига шишқоят қилиб келди.
- А. Сизнинг ташхисингиз?
- А) ёрғоқ истискоси
 - Б) қийшиқ чов ёрғоқ чурроси *
 - В) орхоэпидемиит
 - Г) орхит
 - Д) ёрғоқ саратони
- Б. Текшириш усуллари.
- А) тухум УТТ си
 - Б) кўрик ва пайпаслаш *
 - В) цистоскопия
 - Г) ангиография
 - Д) МРТ
- В. Даволаш режаси.
- А) урологда даволаниш
 - Б) режали оператив даво*
 - В) онколог маслахати
 - Г) амбулатор даво
 - Д) консерватив даво
6. Бемор 64 ёшда эпигастрий сохасида шиш борлигига, шишнинг қорин бўшлиғига кирмаслигига, кучанганда катталанишига шишқоят қилиб келди. Анамнезида: герниотомия
- А. Сизнинг ташхисингиз?
- А) рецидив қорин олд девори чурраси*
 - Б) диастаз
 - В) липома
 - Г) жигар саратони
 - Д) ошқозон ўсмаси
- Б. Текшириш усуллари.
- А) МРТ
 - Б) колоноскопия
 - В) кўрик ва пайпалаш*
 - Г) гастрофиброскопия
 - Д) колонография
- В. Даволаш режаси.
- А) режали оператив даво *
 - Б) ургент операция
 - В) консерватив даво
 - Г) амбулатор даво
 - Д) онкологда даволаниш
7. Бемор ўнг ёрғоқда шиш борлиги, шишининг оғир иш қилгандан сўнг бирдан катталаниб кетганлигига, шу сохада хозир кучли оғриқ бўлаётганлигига шишқоят қилиб келди.
- А. Сизнинг ташхисингиз?
- А) ўткир орхит
 - Б) сиқилган чов-ёрғоқ чурраси *
 - В) орхоэпидемит
 - Г) ёрғоқ гематомаси
 - Д) эпидемиит
- Б. Текшириш усуллари.

- А) МКТ
- Б) УТТ
- В) ангиография
- Г) цистоскопия
- Д) кўрик ва пайпаслаш*

В. Даволаш режаси.

- А) ургент оператив даво*
- Б) амбулатор даво
- В) режали даво
- Г) урологда даволаниш
- Д) онкологда даволаниш

8. Бемор 73 ёш киндигида шиш борлигига, киндиги териси қизаришига, оғриққа, тана хараратини кўтарилишига 38°C шикоят қилиб келди. Анамнезидан 5 кун илгари хожатхонада кучанганида бирданига оғриқ пайдо бўлган, врачга мурожаат қилмаган

А. Сизнинг ташхисингиз?

- А) чурра халтаси флегмонаси*
- Б) киндиги карбункули
- В) сарамас
- Г) фурункулез
- Д) йиринглаган липома

Б. Текшириш усуллари.

- А) МРТ
- Б) УТТ
- В) кўрик ва пайпаслаш*
- Г) доплерография
- Д) ректоскопия

В. Даволаш режаси.

- А) ургент операция*
- Б) режали операция
- В) амбулатор даво
- Г) жаррох назорати
- Д) терапевтда даволаниш

9. 40 ёшли бемор ўнг чов соҳасида шиш борлигига шикоят қилиб келди. Анамнезда: ўнг томонлама герниотомия 4 йил илгари ўтказган

А. Сизнинг ташхисингиз?

- А) рецидив чов чурраси *
- Б) ёрғоқ водянкаси
- В) чов соҳа липомаси
- Г) лимфогранулематоз
- Д) гематома

Б. Текшириш усуллари.

- А) кўрик ва пайпаслаш*
- Б) УТТ
- В) КТ
- Г) доплерография
- Д) МРТ

В. Даволаш режаси.

- А) режали оператив даво*
- Б) ургент операция
- В) амбулатор даво
- Г) урологда даволаниш
- Д) терапевтда даволаниш