

**Ш.И. Каримов**

# **ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР**

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим  
Вазирлигининг Бош бошқармаси томонидан тиббиёт  
институтлари талабаларига қўлланма сифатида  
рухсат этилди

ТОШКЕНТ—2005

## Мундарижа

Кириш сўзи	3
Қалқонсимон ва парақалқонсимон безлари касалликлари	26
Ўпка ва плевра касалликлари	47
Қўкс оралиғи касалликлари	54
Юрак ва перикард касалликлари	79
Симптоматик, артериал гипертензия	94
Аорта ва магистрал артериялар касалликлари	136
Оёқларнинг критик ишемияси	151
Вена ва лимфа томирлари касалликлари	170
Диафрагма чурралари	177
Қизилўнгач касалликлари	200
Қорин чурралари	227
Меъда ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари	255
Ингичка ичак касалликлари	259
Ўткир аппендицит	270
Йўғон ичак касалликлари	279
Тўғри ичак касалликлари	297
Ўткир ичак тутилиши	313
Жигар жарроҳлик касалликлари	324
Портал гипертензия	330
Ўт пуфағи ва ўт йўллари касалликлари	339
Механик сариқлик	343
Меъда ости беzi касалликлари	370
Талоқ касалликлари	385
Ўткир перитонит ва ЭЗП	416
Тавсия этилган адабиётлар	424
Иловадаги суратлар	

## СЎЗ БОШИ

Кейинги йилларда хирургия фанининг зўр бериб ривожланиши замирида, илгари фақатгина йирик илмий марказлар имтиёзи ҳисобланган кўпгина мураккаб диагностика ускуналарининг — рентгентелевидение, ультратовуш ёрдамида ва эндоскопик текширув ускуналари хизматидан нафақат йирик клиникалар фойдаланиши, балки вилоят ва туман касалхоналари амалиётига кенг миқёсда кириб келиши, янгидан-янги диагностик ускуналар (ангиография, компьютер томография ва б.) хизматидан кенг кўламда фойдаланиш, бурун тасаввур қилиш қийин бўлган янги технологияларнинг шиддат билан кириб келиши ва улар билан боғлиқ бўлган эндохирургик ва миниинвазив операциялар учун мослама ёки ускуналар тараққиёти ётади. Албатта, буларнинг барчасини, етакчи омил - жарроҳлик соҳасида олиб борилаётган тинимсиз илмий изланишлар, улар натижаларини жаҳон илм аҳли орасида намоён этиш, улар тажрибасига таянган ҳолда такомиллаштириш, юқори самарали жарроҳлик амалиётлари усул ва услубларини ишлаб чиқиш ва уларни амалиётга кенг тадбиқ этишсиз, тасаввур қилиш қийин.

Оқибатда, бугунги кун хирургияси нафақат сурункали холециститда, балки ушбу касалликнинг ўткир турида ҳам лапароскопик операция услубларидан фойдаланиш, кўпгина бошқа сурункали ва ўткир хирургик касалликларида ҳам, кичик ёки кам инвазив операция тактикасини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлиб, кундан кун одат тусига айланиб бормоқда. Бундан ташқари, хирургия соҳасида янгидан-янги йўналишлар пайдо бўлиши, олдинги дарсликларда уларнинг ифода этилмагани, янги дарсликни яратиш ва ушбу масалаларни ҳам унга киритиш заруратини юзага келтирди.

Бинобарин, юртимизда хирургик касалликлар бўйича чоп этилган барча дарсликларни қайтадан кўриб чиқиб, уларга шу ихтисосликнинг бугунги ҳолати ва келажагини инobatга олган ҳолда, ўзгартишлар ва тўлдиришлар киритиш эҳтиёжи туғилди. Талабаларга дарс беришдаги қатъий изчилликка риоя қилган ҳолда, илмий асосда таботатнинг бу мураккаб соҳасида инсоният тўплаган тажрибаларни уларга етказишга ҳаракат қилинди. Зеро ундан, бугунги кун талабалари фойдаланиб, эртанги кунда аҳолига давр талабига муносиб равишда хизмат кўрсатишлари лозим бўлади.

Шу қаторда, 25 йилдан бери раҳбарлик қилиб келган факультет ва госпитал жарроҳлиги клиникасининг бой тажрибаси ҳам эътиборга олинган. Ушбу асарни яратишда бевосита ҳисса қўшган шогирдларга, муаллиф улкан миннатдорчилик билдиради.

Дарсликни ёзишда, муаллиф хирургияга оид мавжуд маълумотларни баён этгани ҳолда, касалликларни аниқлаш ва даволашнинг янги усуллари билан таништиришга ҳаракат қилди. Бу борада ўлкамиз олимларининг қўшган улкан ҳиссалари ҳақида ҳам сўз юритишга уринди. Буларнинг ҳаммаси, бўлажак жарроҳларнинг янги авлодини тарбиялашга ва уларнинг халқимизга малакали хизмат кўрсатишига ёрдам беради деган умиддамиз.

## ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Жаҳон адабиётида қалқонсимон без ҳақида қисқача маълумот бирламчи Гален томонидан берилган бўлса ҳам, унинг анатомик тузилиши ҳақида батафсилроқ маълумотларни Везалий (1543 й.) ёзиб қолдирган. Безнинг қалқонга ўхшашлигига қараб, Wharton 1656 йили унга қалқонсимон без дея ном берди. Ички секреция безлари фаолиятида унинг тутган ўрни ва аҳамияти ҳақидаги таҳминлар King (1836 й.) га тегишли бўлиб, Baumann (1896 й.) бу безда йод моддасининг алоҳида йиғилишини кўрсатган.

Қалқонсимон безнинг инсон организми учун бўлган биологик аҳамияти, ўтган асрнинг иккинчи ярмига келгандан кейингина ойдинлашди. Тиреотоксик буқоқ жарроҳлигидаги илк қадамлар, қалқонсимон без субтотал субкапсуляр струмэктомиясини амалга ошириш техникасининг О. В. Николаев (1951) томонидан батафсил ишлаб чиқилиши, бу соҳадаги катта ютуқлардан бири бўлди.

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жараёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Исломбеков, Ё. Х. Тўракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. Жумладан, С. А. Маъсумов бир қатор илм аҳли билан биргаликда, Ўзбекистонда буқоқнинг эндемик ўчоқлари бўйича қатор экспедициялар уюштириб, тадқиқот ишларини олиб борган, ҳамда буқоқ касаллиги профилактикаси ва давосига доир қатор чора-тадбирлар ишлаб чиққан. Жумладан, О.В. Николаев таклиф этган, кўпчиликка маълум бўлган — субтотал струмэктомия операция усулини такомиллаштирган. “Буқоқ — қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, — деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамлакатимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10—20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик суви ва озуқа моддаларда йод моддасининг танқислиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Қалқонсимон без (*glandula thyreoidea*) деган номни Уортон, унинг қалқонга (*thyreos* — юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I—IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи — бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада  $\approx 25\text{—}30$  граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб,

айниқса эндемик ўчоқларда  $\approx 40\text{--}50$  граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпқа) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Қалқонсимон безни асосан 4 та артериал томири: ташқи уйқу артерияси тармоқларидан жуфт - юқори қалқонсимон артериялар ва ўмров артериясидан келадиган жуфт - пастки қалқонсимон артериялар қон билан таъминлаб туради. Баъзан қон таъминотида аорта равоғи ва номсиз артериядан тармоқланадиган бешинчи тоқ артерия қатнашади. Иннервация — симпатик ва парасимпатик нерв толалари орқали амалга оширилади. Қалқонсимон без йодланган гормонлар — тироксин, трийодтиронин ( $T_3$ ), тетраiodтиронин ( $T_4$ ), шунингдек йодланмаган тиреокаль, тиреокальцитонин гормонларини ишлаб чиқарилишида бевосита иштирок этади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмга овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортиқча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Йод бирикмалари қонда калий ва натрий йодидларини ҳосил қилади, улар оксидловчи ферментлар (пероксидаза ва цитохромоксидаза) таъсири остида оддий йодга айланиши мумкин. Қалқонсимон безда эса, йод моддасининг оқсил билан бирикмалари ҳосил бўлади. Йод атомлари тирозин оқсили (тирозин аминокислотаси қолдиғи) билан гормонал активликка эга бўлмаган (йодланган тирозинлар) бирикмаларини: моноiodтирозин (МЙТ) ва дийодтирозин (ДЙТ) ҳосил қилади. Булар эса, ўз навбатида актив тиреоид гормонлар: тироксин, тетраiodтиронин ( $T_4$ ) ва трийодтиронин ( $T_3$ ) га айланишда, асосий субстрат бўлиб хизмат қилади.

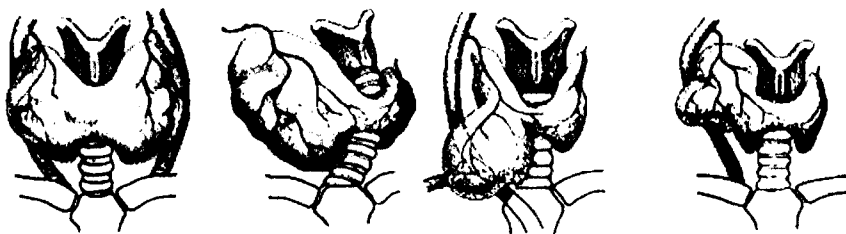
Қалқонсимон бездан томир ўзанига тушган тироксин қон зардобининг оқсиллари билан боғланади, бунинг натижасида қонда боғланган (протеинли) йод концентрацияси ортади, унинг миқдорини аниқлаш, қалқонсимон без секретор активлиги кўрсаткичи сифатида диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Марказий нерв системаси, гипофиз ва қалқонсимон без орасида тўғридан-тўғри ва аксари боғланишлар мавжуд бўлиб, қалқонсимон без гормонлари синтези, ҳамда уни ишлаб чиқарилиши, улар орқали бошқариб борилади. Йод сақловчи гормонлар миқдори кўпайганда гипофизнинг тиреотроп фаолияти пасаяди ва аксинча, улар етишмаганда — ортади. Тиреотроп гормон ишланишининг ортиши, нафақат қалқонсимон без фаолиятининг ортишига ёки пасайишига, балки безнинг диффуз ёки тугунсимон гиперплазиясига ҳам олиб келади.

Тироксин ва трийодтиронин инсон организмда кечадиган оксидланиш жараёнларини рағбатлантиради, хужайра ва тўқималарнинг нормал ўсиши учун зарур бўлган кислород сарфини кучайтиради, туз ва сув алмашинувида муҳим ўрин тутади, ҳамда оқсиллар синтезини яхшилайти. Улар глюкоза ва галактозанинг ичакларда сўрилишини, хужайраларда сарфланишини кучайтиради, гликоген парчаланишини оширади, унинг жигардаги миқдорини камайтиради, ёғ алмашинувида жиддий таъсир кўрсатади. Қалқонсимон без гормони тиреокальцитонин — парақалқонсимон безлар гормони билан биргаликда организмда кальций ва фосфор моддаларининг алмашинувини бевосита идора қилиб туради.

### Текшириш усуллари

Қалқонсимон безнинг шакли, ўлчамлари, консистенцияси ва ҳаракатчанлиги тўғрисидаги умумий маълумотларни, уни объектив кўздан кечириш ва безни пайпаслаб кўриш орқали тўплаш мумкин. Безни кўздан кечириш буқоқ бор ёки йўқлигини, ўзгаришнинг жойлашган ўрнини (ўнг ёки чап бўлаги, бўйни, «яширинган» буқоқ), ютиш ҳаракатларида унинг ҳаракатчанлигини, гиперплазия характерини (тугунсимон, диффуз буқоқ), бўйин веналарининг бўртиб чиққанлигини ва қалқонсимон без фаолиятининг бузилишига хос белгилар (беморнинг нотинч хатти-ҳаракатлари, кўз симптомлари, бармоқлар титраши, астенизация ва бошқалар) ни аниқлаш имконини беради (1 - расм).



1-расм. Буқоқ турлари (диффуз, аралаш ва тугунли буқоқ).

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпатик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйнининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқориқда жойлашганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (2-расм).



2-расм. Буқоқ турлари (диффуз, тугунли ва аралаш буқоқ).

Асосий модда алмашинув жараёнини ўзгариш даражасини аниқлаш, қалқонсимон без фаолиятидаги бузилишлар диагностикасида асосий тестлардан бири ҳисобланади. Бу усул, ютилган кислород ва карбонат ангидрит ( $\text{CO}_2$ ) газлари миқдорини ҳисоблашга асосланган бўлиб, билвосита калориметрия ёрдамида асосий модда алмашинув жараёни даражаси аниқланади. Нормада асосий модда алмашинув ўзгариши  $\pm 10\%$  га тенг бўлади. Оқсилга боғланган йод (ОБЙ) миқдорини аниқлаш, қалқонсимон безнинг ҳақиқий функционал ҳолатини акс эттиради. Соғлом одамда, одатда ОБЙ миқдори 3,5—7,5 мкг ни ташкил этади.

Радиоактив моддалар ( $\text{J}^{131}$  ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жараёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади. Нормада қалқонсимон безда  $\text{J}^{131}$  йиғилиши 2 соатдан кейин 5—10% ни ташкил этса, 24 соатдан кейин 20—30% ни ташкил этади. Қалқонсимон без фаолияти ошганда, бу кўрсаткичнинг миқдори бирмунча юқори бўлади. Сцинтиграфия қалқонсимон без чегаралари ва ўлчамларини аниқлаш, ўсмасимон тузилмалар, метастазлар ёки аберрант без тўқимаси борлигини аниқлаш имконини беради. Жумладан: тугунли буқоқда  $\text{J}^{131}$  ни қалқонсимон безнинг маълум бўлагига кўп миқдорда йиғилиши (“иссиқ тугун”) — унинг функционал гиперактивлигидан далолат беради, тўқимада препарат сингмаган ўчоқлар (“совуқ тугун”) нинг бўлиши - кўпинча унинг хавfli табиатидан ёки киста, кальцификат, қон қуйилиши ёки фиброз ўзгаришлар борлигидан дарак беради.

$T_3$  ва  $T_4$  гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усулларидан бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда,  $J^{131}$  билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (препарат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади. Қалқонсимон без саратони (рак) га шубҳа қилинганда ёки ҳар қандай тугунли буқоқда, без тўқимасидан намуна олиш (биопсия), бизга кўшимча маълумот беради. Уни операцияга қадар ёки операция вақтида бажариш лозим, чунки бу маълумотлар (биопсия натижалари) га таяниш, операция ҳажмини кенгайтирилишига ёки даволашнинг кейинги босқичи даражасини белгилашга замин яратади.

Ларингоскопия, буқоқ касаллиги бор бўлган барча беморда, ҳатто товуш ўзгармаган тақдирда ҳам, ўтказилиши лозим бўлган текширув усулидир. Бунда патологик жараёнга, қайтувчи нервларнинг без гиперплазиясига алоқасини қай даражада эканлигини, боғлиқ ҳолда юзага келадиган товуш боғламларининг яширин фалажини аниқлаш имкониятларини беради.

### ЭНДЕМИК ВА СПОРАДИК БУҚОҚ

**Буқоқ** — гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонсимон безнинг чекланган ёки диффуз катталашини. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

**Эндемик буқоқ** - биосфераси йодга танқис географик муҳитларда (эндемия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркак ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

**Спорадик буқоқ** — буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия — маълум географик макон (муҳит) га хос эмас,



алоҳида, яккам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касалликнинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиялар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баробар (8—10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

**Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари)** қуйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),

- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,

- хавфли ўсмалар.

**Катталашуш даражаси бўйича** буқоқ 6 даражадан иборат:

О даража — без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража — без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража — қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража — без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йуғонлашади — «йўғон бўйин».

IV даража — бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража — ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнғач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

**Функционал ҳолати бўйича** буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид — қалқонсимон без функцияси ошган,

эутиреоид — қалқонсимон без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид — қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

## Клиникаси ва диагностикаси

Эндемик буқоқнинг ҳам, спорадик буқоқнинг ҳам етакчи белгиларидан бири — қалқонсимон безнинг катталашуви ҳисобланади. Без соҳасини кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш қалқонсимон безнинг қай даражада катталашганлигини аниқлашга имкон беради.

Жойлашувига кўра бўйиннинг олд қисмида, тўш ортида ва тил ости суяги пастида жойлашган буқоқ фарқланади. Кўпчилик беморларда қалқонсимон без фаолияти бузилмаган бўлсада, буқоқ эндемияси сезиларли бўлган жойлардаги кишиларда касаллик гипотёки гипертиреоз белгилари билан ўтиши мумкин. Гипотиреозли беморлар одатда ташқи таъсирловчиларга реакциялари секинлашган, ақлий ва жисмоний иш қобилияти сустлашган бўлади. Беморлар табиатан бўшашган, ланж, совуққа чидамсиз бўлиб қоладилар. Текширув натижалари: брадикардия, рефлексларнинг пасайганлигини аниқлайди. Тугма гипотиреозда, кретинизм белгиларининг авж олиши кузатилиб, жисмоний ҳамда руҳий ривожланишдан кескин орқада қолиш белгилари яққол кўзга ташланади.

**Симптомлари:** беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезадилар, қуруқ йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалаяция билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпқалашиши кузатилади. Нафас олиш жараёнининг бузилиши — тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белгиларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвирини қайд қилиш мумкин. Нафас олишнинг бузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибатида - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Тил ости суяги пастида жойлашган буқоқда, хиқилдоқ усти қопқоғи қисилиши оқибатида нафас олиш жараёни бузилади. Айниқса буқоқнинг бир қисми қизилўнгач орқасида жойлашганда ютиш, бошни буриш қийинлашади. Контраст модда ( $BaSO_4$ ) ёрдамида қилинадиган рентгенологик текширув аберрант буқоқ соҳасида барийнинг ушланиб қолишини, қизилўнгачнинг олдинга томон ёки латерал йўналишда бирмунча сурилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Аберрант буқоқ — патологик катталашган қўшимча қалқонсимон без бўлиб, кўпинча хавфли ўсмага айланиши мумкин. Қалқонсимон без саратони (рак) нинг бўйин лимфатик тугунларига берган метастазларини, баъзан аберрант буқоқ билан адаштирилади.

Да во л а ш : унчалик катта бўлмаган диффуз буқоқларда тиреоидин тайинланади. Трахея, қизилўнғач ва қон томирларни босиб ёки четга суриб қўядиган катта диффуз буқоқда қалқонсимон безни қисман ёки субтотал кесиб олиб ташлаш (резекция ёки эктомия) га тўғри келади. Тугунли буқоқларнинг ҳамма турларида (25% гача кузатилиши мумкин бўлган малигнизацияни ҳисобга олиб), албатта операция қилинади. Бунда қалқонсимон без резекцияси амалга оширилиб, шошилиш гистологик текширув ўтказилади, ҳамда натижага асосланган ҳолда муолажага қўшимча тадбирлар белгиланади. Эндемик буқоқ профилактикасида йод қўшилган ош тузи ишлатиш, санитария-гигиеник тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш алоҳида ўрин тутади.

### Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) — эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секретациясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

**Этиологияси.** Диффуз токсик буқоқнинг келиб чиқиши ҳақида кўп сонли назариялар мавжуд. Юртимизнинг кўпчилиги олимлари нейроген назария тарафдорлари ҳисобланадилар ва бу касалликнинг пайдо бўлишида нерв-руҳий шикаст (стресс) нинг етакчи аҳамияти борлигини таъкидлайдилар. Бу назариянинг асосчиси С. П. Боткин (1884): “Руҳий ҳолатлар — Базед касаллигининг кечишигагина эмас, балки ривожига ҳам таъсири борлиги шак-шубҳасиздир. Кулфат, турли хил йўқотишлар, қўрқув, ғазаб, ваҳима Базед касаллигига хос симптомларнинг тез, бир неча соат ичида ривожланишига кўп марта сабаб бўлган”, — деб ёзган эди. С. А. Маъсумов, М. С. Астров буқоқ экспедициялари ва кузатувлардан олинган материалларни анализ қилиб, диффуз токсик буқоқ этиологиясида руҳий шикаст (стресс) нинг катта аҳамияти борлигини (40—60% гача) таъкидлаб ўтганлар.

Аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва гормонал фаолиятининг бузилишлари кўп учраши жиҳатидан (33,6%), иккинчи омил ҳисобланади (ҳомиладорлик, ҳайз кўришнинг бузилиши, фарзанд кўриш орзуси бўлгани ҳолда бўйида бўлмаслик, ёлғизлик ва б.). Диффуз токсик буқоқ этиологиясида инфекциянинг аҳамияти катта эмас, бироқ беморларнинг камида 5—6% ўз хасталигини асосан оғир грипп ёки ангина билан боғлайдилар. Диффуз токсик буқоққа мойил қиладиган конституционал ва генетик омиллар — эндокрин система аъзолари фаолияти бузилишлари мавжуд бўлгани ҳолда орга-

низмга экзоген омиллар таъсири сабаб бўлиши ҳам исботлаб берилган. Диффуз токсик буқоқли беморларда қонда узоқ муддат таъсир қиладиган стимулятор - LATS аниқланган бўлиб, бу қалқонсимон безга нисбатан специфик антитело вазифасини ўтаб, қалқонсимон безнинг тиреотропин таъсиридаги каби қўзғалишини юзага келтириши маълум бўлган. Организмда  $T_3$  ва  $T_4$  тўпланишининг ошиши, тўқималарда оксидли фосфорилланиш жараёнларини бузади, бу ҳол модда алмашинувининг барча турларини бузилишида, марказий нерв системаси, юрак, жигар ва бошқа аъзолар фаолиятининг издан чиқишида яққол намоён бўлади.

Диффуз токсик буқоқ билан, аксарият ҳолларда 20 дан 50 ёшгача аёллар касалланадилар. Бемор аёллар сонининг ва эркекларга нисбати  $\approx 10:1$ . Касалликнинг аёлларда кўп учрашига уларда жинсий безлар ва гипоталамо-гипофизар система фаолиятидаги ўзаро нормал муносабатларнинг бирмунча кўп бузилиши сабаб бўлади ва бу қалқонсимон без гормонлари жадал синтез қилиниши билан ўтади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Илмий адабиётларнинг гувоҳлик беришича касб-кор нўқтаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3—5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, очиқ ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Тиреотоксикозга хос белгилар токсик буқоқнинг нафақат диффуз гиперплазияси бор турида, балки тугунли (ёки кўп тугунли), аралаш каби патологик турларида ҳам учрайди.

Тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси ҳаммиша ҳам қалқонсимон безнинг катталашув даражасига боғлиқ бўлавермайди: баъзан без ўлчамлари кичик бўлса ҳам тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси юқори, ёки аксинча, без ўлчамлари катта бўлгани билан тиреотоксикоз деярли ривожланмаслиги мумкин. Демак, буқоқ касаллигида қалқонсимон без ҳажмининг катта-кичиклиги клиник белгиларининг оғир-енгиллигига ҳаммиша ҳам мувофиқ келавермайди. Кези келганда шуни айтиш керакки, тиреотоксикознинг ривожланиш даражасининг юқорилиги, кўпинча спорадик буқоқда яққолроқ намоён бўлади. Эндемик буқоқда эса, кўпинча қалқонсимон без ҳажмининг катталашган (ёки жуда катта) бўлганлигига қарамай, тиреотоксикоз даражаси пастлиги ёки умуман аниқланмаслиги мумкин. Шу сабабдан, агар спорадик буқоқда операция учун кўрсатма тиреотоксикознинг кучли даражада ривожланиши оқибатида қўйилса, бунинг акси, эндемик буқоқда операция учун кўрсатма кўпинча без ҳажмининг ўта катталашгани сабабли, яқин атрофида жойлашган аъзоларни (қизилўнгач, трахея ва б.) сиқилиши ёки суриб қўйилиши сабабли улар фаолиятининг бузилиши ённки косметик нўқтаи назардан қўйилади.

Тиреотоксикознинг асосий симптомлари нерв ва юрак-қон томирлар системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар ҳисобланади. Асаб ва нерв системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар: асабийлашиш (ортиқча руҳий қўзғалувчанлик), безовталиқ, кайфиятнинг дамба-дам ўзгариб туриши, баджаҳллик ва йиғлоқилиқ каби белгиларда яққол намоён бўлади. Бунга қўшимча, симпатик нерв системаси активлигининг кескин ортиши: кўп терлаш, тананинг барча соҳалари, айниқса қўл бармоқлари тремори (қалтираши) (Мари симптоми) билан ўтади. Юз кўпинча қизариб кетади, бўйин ва кўкрак соҳаси тарқалувчан қизил доғлар билан қопланади. Тана ҳарорати ўзгармайди. Пай рефлекслари сақланган ҳолда ёки гиперкинез кузатилади. Бемор сочлари тўкилади, уларнинг ранги ўзгаради, тирноқлар мўртлашиб, синиши кузатилади. Безовталиқ, кўрқув, иродасизлик, жонсараклик паришонхотирлик ва кўзнинг чақчайиши қайд этилади.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузилишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

1-тоифадаги беморларда врачлар тиреотоксикознинг нерв-руҳий шакли ҳақида фикр юритсалар, 2-тоифадаги беморларни тиреотоксикознинг юрак-қон томирларида кўпроқ ўзгариши бор беморлар турига киритадилар.

Тиреотоксикознинг эрта белгиларига сабабсиз умумий ҳолсизликни киритадилар. Тиреотоксик миопатиянинг бу белгилари метаболизм ёки модда алмашинувининг бузилишларига узвий боғлиқ бўлиб, беморлар кўпинча меъда-ичак системаси фаолиятидаги куйидаги аниқ юзага чиққан белгиларни қайд этадилар: қоринда оғриқ хуружлари, қайт қилиш, ич кетишга мойиллик, ичнинг бузилиб туриши.

Эркакларда жинсий фаолият бирмунча сустлашади, аёлларда эса ҳайз кўриш даври (цикли) бузилади (ҳатто аменореягача), тухумдонлар, бачадон гипоплазияси, кўкрак безлари атрофияси юз бериши мумкин. Бу ўзгаришлар кўпинча бепуштликка сабаб бўлади.

Тиреотоксикозда модда алмашинув жараёнларининг кучайиши оқсиллар ва ёғларнинг ортиқча парчаланишига олиб келади, натижада беморнинг одатдагидан кўп овқат истеъмол қилишига қарамай, бемор вазнининг камайиши кузатилади. Организмда сув ва электролитлар алмашинувининг бузилиши (диурез ортиши, ташналиқ, кучли терлаш), меъда ости беши фаолиятининг бузилиши (яшин қандли диабет) га олиб келади.

Касаллик ривожланиши жараёнида беморларнинг кўпчилигида бирин-кетин “кўз симптомлари” юзага келади. Кўзнинг “катталашуви” ёки чақчайиши (экзофтальм) - ретробульбар клетчатканинг шишиши, ўсиб қалинлашуви ёки фиброз тўқима билан қоп-

ланиши, модда алмашинувининг бузилиши билан узвий боғлиқ бўлади. Экзофтальм касаллигининг барвақт юзага келадиган, асосий аломатларидан бири ҳисобланади.

Дельрампель симптоми — қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёригининг кенгайиши — лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизиқ пайдо бўлади.

Штельваг симптоми — кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очилиб-юмилиши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуқтага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми — бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқорига қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши — “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизиқ кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми — “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми — қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми — қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халта-симон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми — “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айни вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Тиреотоксикозда юзага келувчи экзофтальмни хавфли экзофтальмдан тафовут қилиш лозим, буни оралиқ мия зарарланиши ва гипофиз олдинги бўлаги тиреоид гормонининг кўп ишлаб чиқарилиши билан боғлайдилар. Хавфли экзофтальм эса асосан ўрта ёшдаги кишиларда кузатилади. У бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Кўз олмаси шу даражада чақчайиб қоладики, у кўз косасидан бўртиб чиқади. Беморларни орбита (кўз косаси) соҳасидаги кучли оғриқ, диплопия ва кўз ҳаракатларининг чекланиши безовта қилади. Конъюнктивит, кератит борлиги, шоҳ пардада яра ҳосил бўлишига ва парчаланишга мойиллик келтиради. Орбита ичидаги босимнинг ўзгариши, кўрув нервининг тўлиқ атрофиясигача олиб келади.

Махсус текширувлар натижалари тиреотоксикознинг оғир турларида асосий модда алмашинувининг 60—70% гача ортиши, баъзи ҳолларда бундан ҳам юқори бўлиши мумкинлигини кўрсатади. қалқонсимон безнинг йодни сингдириши текширишнинг дастлабки соатларида нормага нисбатан кескин кўтарилади. Беморлар қонида

T<sub>3</sub> ва T<sub>4</sub> ҳамда ТТГ миқдори ортади. Биокимёвий таҳлиллар жигар ва буйрак фаолиятини, углевод, ёғ, оқсил ва модда алмашинувининг бошқа турлари бузилганлигини кўрсатади. Қонда эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭОТ) нинг ортиши, лейкопения, лимфоцитоз, гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг пасайиши аниқланади.

Сцинтиграфия — изотоп тўпланишининг қандай тақсимланишини кўрсатади ва диффуз тиреотоксик буқоқ билан тугунли тиреотоксик буқоқ (токсик аденома) орасида дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради, бунда изотопнинг маълум бир жойда тўпланиши — “иссиқ тугун” аниқланади.

Тиреотоксик буқоқ классификациясида шакли ва катталашув даражаси бўйича юқорида келтирилган турлаш батамом мос келади, аммо тиреотоксикоз белгиларининг юзага чиққанлиги ёки авж олганлиги бўйича қуйидаги 3 тоифага бўлинади:

- а) энгил тури;
- б) ўртача оғирликдаги;
- в) оғир тури.

Тиреотоксикознинг *енгил турида* неврологик белгилар унчалик ифодаланмаган (арзимаган нарсадан хафа бўлиш, инжиқлик, йиғлоқилик, тез чарчаш) бўлиб, қалқонсимон без катталашган, беморнинг томир уриши бирмунча тезлашган - тахикардия (1 дақиқада 80—100 зарба), қўл ва бармоқларда кучсиз ифодаланган тремор бўлади. Бемор вазни 10% гача камайиши мумкин. Одатда, куннинг иккинчи ярмида беморда меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Асосий модда алмашинув 30% дан ошмайди.

*Ўртача оғирликдаги тиреотоксикоз* — марказий нерв системаси фаолиятининг рўй-рост бузилишлари (асабийлашиш, сержаҳллик, инжиқлик, йиғлоқилик), тахикардия (1 дақиқада 100—120 зарба), систолик ва диастолик қон босимининг ортиши, юрак чегаралари кенгайиши, юрак етишмовчилигининг келиб чиқиши (Ланг бўйича I даража) билан намоён бўлади. Бемор вазни анча камаяди, яхши овқатланишига қарамасдан озиб кетиш ҳоллари кузатилади, кун давомида меҳнатга лаёқат пасаяди. Асосий модда алмашинув жараёни — 60% гача ортади.

*Тиреотоксикознинг оғир тури* — марказий нерв системасининг ўртача оғирликдаги тиреотоксикозга хос бузилишлари билан бир қаторда, мушак системасида кескин сустлик, юрак-қон томирлар системасидаги оғир бузилишлар, паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади. Тахикардия чуқурлашади (1 дақиқада 120 зарбадан ортиқ), аксарият томир уришида аритмия, ҳамда юрак етишмовчилиги (Ланг бўйича II—III даражаси) юзага келади. Асосий модда алмашинув — 60% ва ундан кўпроққа ортади, бемор ниҳоятда озиб, танасининг вазни кескин камайиб кетади. Меҳнатга лаёқат ва қобилият кўпчилик беморларда батамом йўқолади.

**Даволаш.** Тиреотоксикозли буқоқни даволаш замонавий эндокринология ва жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади, чунки бу касаллик Марказий Осиё мамлакатлари учун ўлка патологияси ҳисобланади. Аҳолига эндокринологик хизмат кўрсатиш такомиллашишига, ихтисослашган муассасалар сонининг ортишига, мактабгача бўлган ёшдан бошлаб буқоқ профилактикасини жорий қилинишига қарамай, тиреотоксик буқоқ билан хасталанган беморлар сонининг барқарорлиги ва бугунги кунда уларнинг кўпайиши қайд қилиняпти. Бундан ташқари, сўнгги йилларда тиреотоксик буқоқнинг, тузалиши қийин бўлган, асоратланган турлари кундан-кунга ортиб бормоқда, уларни даволаш самарасиз ўтмоқда. Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу ҳолат урбанизация жараёнлари, экологиянинг бузилиши, стресс ва эмоционал-психологик шароитларга бой ҳозирги замон ижтимоий-сиёсий ҳаётнинг хусусиятлари билан чамбарчас боғлиқ. Тиреотоксик буқоқ бўйича операциялар ҳозирги вақтда юртимизнинг кўпчилик шифохоналарида, жумладан вилоят шифохоналарида ҳам бажариб келинмоқда.

Бугунги кунда, диффуз токсик буқоқни даволашнинг учта асосий тури мавжуд: дори-дармонлар воситасида муолажа (консерватив даволаш), таркибини йод моддаси ташкил этган препаратлар билан даволаш ва хирургик операция.

Тиреотоксик буқоқни даволашда дори-дармонлар воситасида муолажа операцияга тайёргарлик жараёни ёки касалликнинг бошланғич босқичларида мустақил даво сифатида қўлланилади. Унинг асосий тамоиллари диффуз турдаги тиреотоксик буқоқда деярли кўп фарқланмайди, лекин касалликнинг оғир-енгиллигига қараб даволаш жараёнига зарурий тузатишлар киритилади. Дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажанинг асосий мақсади — юқорида келтирилган нерв системаси ва асабдаги (албатта вегетатив нерв системасидаги бузилишларни инобатга олган ҳолда), юрак-қон томирлар системасини издан чиқишини бартараф этиш, модда алмашинуви жараёнини ва бемор организмидаги юзага чиққан барча бузилишларни изга солиш, ҳамда детоксикацион муолажадан иборат. Бунинг учун асабни тинчлантирувчи ва нейроплегик препаратлар (резерпин, элениум, седуксен, амитриптилин ва б.) қўлланилади. Тахикардия кучли ривожланганда, артериал қон босимини пасайтириш ҳисобига, миокард гиперфункциясини пасайтирувчи бета-блокаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Албатта, дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажа, тиреотоксикознинг энгил ва ўртача оғирликдаги турлари билан касалланган беморларда ўтказилади, касалликнинг оғир кечадиган ҳолларида эса, қилинаётган муолажа операцияни асоратсиз ўтишига зарурий тадбир ҳисобланади. Чунки, бу касалликда операция жараёни давомида ёки ундан кейин турли асоратлар (тиреотоксик криз ва б.) нинг келиб чиқиши, бемор аҳволини оғирлаштириши ва нохуш натижага олиб келиши мумкин.



Таркибини йод моддаси ташкил қилган препаратлар билан да-  
волаш:

1. Йод микродозалари, люголь эритмаси, таркибида йод модда-  
си бор препаратлар гуруҳи намоёндалари бўлиб, уларни люминал,  
валерьянка билан бирга, барқарор тахикардия ва титроқ  
аритмияда эса дигиталис билан бирга тайинланади. Йод моддаси —  
беморларни операцияга тайёрлашда ғоят таъсирчан восита, бироқ  
касаллик кечишида ҳаммиша ҳам барқарор ва узоқ муддатга яхшила-  
нишни вужудга келтиравермайди — кўпчилик беморларда давомли  
ремиссия давридан кейин аҳвол яна ёмонлашиб, ҳатто даволашдан  
олдинги ҳолатдан ҳам баттар бўлиши мумкин. Йод тугунли тиреоток-  
сик буқоқли беморларга эса, деярли таъсир қилмайди. Йоднинг  
терапевтик активлиги, бирга кўшилиб келган касалликни ҳисобга  
олган ҳолда, бошқа воситаларни моҳирона кўшиш йўли билан ку-  
чайтирилиши мумкин.

2. Мерказолил — синтетик тиреостатик препарат бўлиб, йод  
препаратлари билан бирга суткасига 40—60 мг дозада тайинланади.  
Ремиссия даври бошлангандан кейин 1 кеча-кундуз давомида 5—  
10 мг қувватлаб турадиган дозаси буюрилади.

3. Бета-адреноблокаторлар — артериал қон босим, қоннинг бир  
дақиқада отилиб чиқилишининг пасайиши ҳисобига миокард гипер-  
функциясини камайтиради, синус тугуни ритмини секинлаштиради.

4. Юрак гликозидлари — строфантин, коргликон.

5. Тиоурацил — кўпчилик беморларда асосий модда алмашинув-  
ни пасайтиради, томир уришини сийраклаштиради, асаб ва нерв  
симптомларини енгиллаштиради, умумий кайфиятни яхшилайтиди,  
экзофтальм камаяди. Меъёри 14 кунгача 0,2 дан кунига 3 марта,  
бемор аҳволи яхшиланганда 0,1—0,2 дан кунига 2 мартагача пасай-  
тирилади. Даволашни қонни мунтазам назорат қилиб турган ҳолда  
ўтказилиши лозим, чунки препарат суяк кўмиги ва жигарга ток-  
сик таъсир кўрсатиши мумкин.

6. Детоксикацион муолажа ва диурезни кучайтириш. Унинг мо-  
ҳияти инфузион (венага суюқликлар куйиш) муолажаси (оқсилли  
ва оқсилсиз қон ўрнини босувчилар, гемодез ва б.) замирида  
сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, фурасемид, верошпирон)  
қўллашдан иборат. Ҳозирги даврда детоксикациянинг бирмунча таъ-  
сирчан экстракорпорал усуллари: гемосорбция, плазмоферез,  
лимфоферез, лимфосорбция ва бошқалардан фойдаланилади.

7. Организм қувватини оширадиган муолажалар: гемотрансфу-  
зия, плазма ва оқсилли, оқсилсиз қон ўрнини босувчи препарат-  
лар, концентрацияси юқори глюкоза эритмаларини куйиш. Анабо-  
лик препаратлар, таркибида темир моддаси бўлган препаратларни,  
витами́нлар бу муолажанинг таркибий қисми ҳисобланади.

8. Физиотерапевтик усуллар — электр мослама ёрдамида уйқу,  
гальваник ёқа кўйиш, гипербарик оксигенация (ГБО) ва б.

9. Ҳар бир бемор учун индивидуал дозада радиоактив йод ( $J^{131}$ ) ишлатиш — қалқонсимон без фолликуляр эпителий хужайраларини ҳалокатга учратади ва уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима билан тўлдиради. Бироқ, бу препарат катта дозаларда қабул қилингандан сўнг ўлим билан тугайдиган жадал тиреотоксик реакция ривожланиши, даво қилмайдиган доимий оғир микседема пайдо бўлиши мумкинлигини эътиборга олиш лозим. Қалқонсимон безнинг хавфли ўсмалари ривожланиши, жинсий безлар фаолиятини ўзгариши, экзофтальмнинг кучайиши эҳтимоли ҳам йўқ эмас.

Табийки, тиреотоксикозни даволашнинг мавжуд ҳамма усуллари санаб чиқиш қийин, кейинги даврда уларнинг сони кўпайиб янгидан-янги дорилар топиляпти, даво тактикасининг айрим жиҳатлари қайта кўриб чиқияпти. Тиреотоксикозни даволаш воситалари орасида гормонал терапияга, карбонат препаратлари, карданум ва бошқаларни қўлланилишига алоҳида аҳамият берилмоқда. Шунга қарамасдан, диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш ҳанузгача, радикал усул бўлиб қолаяпти. Тиреотоксикознинг тугунли ёки аралаш турларида эса, албатта операция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади, чунки муаллифлар кўрсатишича тугунли ва аралаш буқоқларнинг 25% га яқинида малигнизация бўлиш эҳтимоли бордир.

Тиреотоксик буқоқда жарроҳлик усуллари қўллаш техникаси ҳозирги вақтда бирмунча такомиллашган. Бироқ, қалқонсимон безда қилинадиган операция усуллари билан боғлиқ ҳамма масалалар узил-кесил ҳал этилган деб бўлмайди, чунки операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам оғир асоратлар ҳанузгача юз бериб туради.

Операцияга кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳоллар. Диффуз токсик буқоқни консерватив даволаш жараёнида ремиссиялар ва бемор аҳволининг вақтинча яхшиланиш давридан алданиш ярамайди, чунки улар аксарият муолажа натижасида юз беради ва ундан кейин тезда ўтиб кетади. Касаллик муддатлари ва оғирлиги ошган сайин, айниқса давомли ва кам таъсирчан даволашда операция хавфининг кучайиб боришини унутмаслик керак.

Хирургик даволашга кўрсатмалар: III даража ва ундан юқори катталиктаги диффуз буқоқ, трахеянинг эзилиши ёки сиқилиши ҳолатлари, тугунли ва аралаш буқоқлар, йод моддаси бўлган препаратларга аллергия, касалликка ва юрак - қон томирлар томонидан бўлган ўзгаришларга муолажанинг таъсирсизлиги. Беморнинг ёши (кекса, ёш бола) қалқонсимон безда операция ўтказишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланмайди, бироқ бу ёшларда операция турини танлашга бирмунча эҳтиётлик билан ёндошиш лозим.

Тиреотоксикознинг енгил турларида, қўшилиб келган (ёндош) касаллик ўта оғир бўлган вақтда, кекса беморларда жигар, буйрак,

юррак-қон томир системасининг қайтмас ўзгаришлари бўлса, руҳий касалларда, диабетнинг оғир турида операциядан воз кечиш лозим бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида тиреотоксикоз клиникаси орта борганда эса, ҳомилани бартараф этиб, сўнгра муолажа қилиш, у ҳам наф бермаганда оператив даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Тиреотоксикознинг оғир турларида, беморларни операциядан олдин тайёрлашни эндокринология бўлимида врач-эндокринолог, жарроҳ ва анестезиолог билан ҳамкорликда ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

**Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш.** Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Диффуз токсик буқоқда, қалқонсимон безни О.В. Николаев таклиф этган усул бўйича — субтотал субфасциал струмэктомия амалиётини бажариш — энг радикал усуллардан бири ҳисобланади. Бунда без тўқимасининг трахея олдидаги ҳар бир бўлагидан ≈4—8 граммгача катталикдаги қисми қолдирилади. Қолган кўпчилик усуллар (Драчинская, Брейдо усуллари ва б.), ушбу операциянинг такомиллаштирилган турларидан бўлиб, без тўқимасидан қаерда ва қанча қолдирилиши билангина фарқланади. Жарроҳлик амалиёти жараёнида қон кетиш хавфи бўлганда, аввало қалқонсимон без артериялари Кохер усули бўйича боғланиши, сўнгра мўлжалланган операция бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Буқоқнинг тугунли ва аралаш турларида илгари "энуклеация" (тугунни тўқимадан сидириб олиш) операцияси бажарилиб келинар эди. Операциядан кейинги даврда, бу тоифа беморларнинг баъзиларида тугун ёнидаги без тўқимасида жойлашган, кўзга кўринмайдиган (майда) тугунчаларнинг кейинчалик ривожланиб, касаллик рецидиви (қайталаниши) ни юзага келтириши мумкинлиги аниқланди. Буни ҳисобга олган ҳолда, кейинги йилларда қалқонсимон без тугунини ён тўқималари билан Микулич усули бўйича резекция қилиш операциясини қўллаш, яхши натижалар бермоқда.

Одатда, бу беморларда: операция даврида юзага келиши мумкин бўлган (интраоперацион) асоратлар, операциядан кейинги даврда юзага келиши мумкин бўлган (постоперацион) эртанги ва кечки асоратлар тафовутланади.

Интраоперацион асоратлар: қон кетиши, қайтувчи нервлар зарарланиши, ҳаво эмболияси, парақалқонсимон безларнинг шикастланиши. Иккала қайтувчи нервлар зарарланганда беморда ўткир ас-

фиксия ҳолати юз бериши мумкин, бунда трахеяни зудлик билан интубация қилиш ёки трахеостомия беморни қутқариб қолиши мумкин.

Операциядан кейинги эрта даврда юз берадиган хавфли асоратлардан бири — тиреотоксик кризнинг ривожланиши ҳисобланади. Тиреотоксик кризнинг илк белгилари: тана ҳароратининг 40°C гача ва ундан юқорига тез фурсатда кўтарилиши, тобора ортиб борувчи тахикардиянинг бошланиши, артериал қон босими аввалига ортади, кейин эса пасаяди, беморда руҳий (психик) бузилишлар кузатилади. Унинг ривожланишида буйрак усти безлари пўстлоғи фаолиятининг операцион стрессга боғлиқ ҳолда, унинг етишмовчилиги муҳим ўрин тутаети. Кризни даволаш детоксикацион муолажа билан бирга, буйрак усти бези пўстлоғи етишмовчилигига қарши муолажа олиб бориш лозим бўлади.

Паратиреоид тетания, резекция қилинган қалқонсимон без билан бирга ёки атипик жойлашган парақалқонсимон безлар операция жараёнида олиб ташланганда, ёинки улар гематома ёки шиш билан эзилганда, парақалқонсимон безлар етишмовчилиги тарзида юзага келаети. Бемор қўл мушакларида тетаник талваса ривожланади, юрак мушаклари иши кескин бузилади, юз ниқобсимон қиёфага кириб, зўрма-зўраки жилмайиш пайдо бўлади, бемор оғзи “балиқ оғзи”га ўхшаб қолади. Талвасалар оёқларга тарқалади, тоник характерга кираети, оғрийди. Парестезия юз беради, оёқ-қўллар музлаши, товушнинг бўғилиши, “доя қўли” белгисининг келиб чиқиши кузатилади. Оғир ҳолларда ўлим содир бўлади. Паратиреоид тетанияни даволаш масалаларида тўхталганда, организмни қонда етишмаётган кальций препаратлари билан етарли даражада тўйинтиришнинг муҳимлигини қайд этиш лозим.

**Т р а х е о м а л я ц и я .** Узоқ муддат мавжуд бўлган буқоқда, айниқса унинг ретростернал (тўш суяги ортида) жойлашувида, буқоқ бўлган безнинг трахеяни доимий эзиб туриши оқибатида, трахея халқаларида дегенератив ўзгаришлар юзага келиб, уларнинг юпкалашишига олиб келаети (трахеомалация). Буқоқ олиб ташлангандан кейин, трахеядан интубацион най чиқарилгач ёки операциядан кейинги илк даврда, трахея юмшаб қолган қисмида буралиш ёки деворлари бир-бирига ёпишиб, бўшлиғи торайиб қолиши мумкин. Бу ҳолатда, беморда ўткир асфиксия ривожланади ва беморга шошилинч трахеостомия қўйилмаса ёки сунъий нафас олишга ўтказилмаса, бемор ўлимга маҳкум бўлиши мумкин. Қалқонсимон безнинг трахея деворига ўсиб кирган рак ўсмаси (саратон) олиб ташланганда ҳам трахеомалация юз бериши мумкинлигини ёдда тутиш зарур.

Операциядан кейин юз берадиган гипотиреоз қалқонсимон без фаолиятининг етишмовчилигидан, яъни қалқонсимон без бутунлай олиб ташланганда ривожланади. Бу асорат, умумий беҳоллик, уйқучанлик, доимий чарчоқ сезиш, лоқайдлик, беморлар ҳарака-

тининг сушлашиши тарзида намоён бўлади. Бемор танасининг териси қуруқ, ажин босган, бироз шишган бўлади. Унинг сочлари тўкила бошлайди, оёқ-қўлларида оғриқ пайдо бўлади, жинсий фаолияти сушлашади. Бунда бемор териси остига тиреоидин ёки қалқонсимон безнинг бошқа препаратлари тайинланади. Ҳозирги даврда, микрохирургия техникасининг ривожланганлиги туфайли, беморларга без трансплантациясини қилиш имконияти пайдо бўлди. Таассуфки, бу операциялар вақтинча наф беради, амалда эса асосан ўрнини босувчи муолажа қилиниб борилади.

Қалқонсимон безда бажарилаётган операция вақтида қайтувчи нервнинг шикастланиши, кўп учрайдиган асоратлардан биридир. Бу хавф, пастки қалқонсимон артерияларнинг қайтувчи нервлар билан ўзаро анатомик боғлиқ бўлганида, уларни боғлаш вужудга келганда юз беради. Нерв бир ёки икки томонлама шикастланиши мумкин. Кейинги ҳолда асорат фожиага айланади, чунки жарроҳ дарҳол трахеостомия ёки трахея интубацияси ўтказмаса, асфиксия ҳолати юзага келиб, бемор операцион столда қолиши мумкин.

Нервнинг бир томонлама шикастланиши, операциядан кейинги даврда товуш ёриғи бойламларининг бир томонлама парезини юзага келтиради ва бу ҳолатда товушнинг бузилиши кузатилади (афония). Врач-фонетор томонидан тегишли муолажа қилинганда, одатда 1—5 ой орасида парез йўқолади. Баъзан эса, муолажа керакли натижа бермайди ва беморда товушнинг бузилиши доимий сақланиб қолади.

**Ҳаво эмболияси.** Бўйин веналари очилганда ёки буқоқда без кесилганда рўй бериши мумкин бўлган, ғоят кам учрайдиган асорат саналади. Одатда ҳаво эмболияси номсиз, ўмров ости, ички бўйинтуруқ веналари, миянинг веноз синуслари шикастланганда пайдо бўлади. Венага ҳаво кирганлиги сезилмай қолади, бироқ эмболия белгилари: цианоз, кўз қорачиғининг кенгайиши, нафас мароми (ритми) нинг бузилиши ёки унинг тўхташи, хатарли асоратдан дарак беради. Даволаш. Трахеяни интубация қилиш ва сунъий нафас олдириш, қон қуйиш, юрак массажи, юракнинг ўнг қоринчасини пункция қилиб, ҳаво билан аралашган қонни эвакуация қилишдан иборат.

Асфиксия қатор сабаблар билан изоҳланади: марказий нерв системасида бўладиган асоратлар, трахеянинг жароҳатланиши, трахеомаляция, гематома таъсирида босилиши, қайтувчи нервлар шикасти ва бошқалар.

Трахеянинг жароҳатланиши — операция жараёнида камданкам бўладиган асорат бўлиб, хавфли асоратлардан саналади. Шикаст ўз вақтида пайқаб қолинса, хавф-хатар бўлмайди, трахеяга атравматик нина билан чок қўйилади, мушаклари пластика қилинади, зарурат бўлса трахеостомия бажарилиб, трахеяга найча ўрнатилади.

Жароҳатдан қон кетиши ва гематомалар. Одатда операциядан кейинги 1, 2-кунларда кузатилади, ҳамда бу асорат кўпинча қоннинг бўйин аъзолари ва тўқималарига шимилиши ёки гематома пайдо бўлиши билан ўтади. Бундай ҳолларда, қон оқиши гемостазнинг ишончли эмаслигини, боғланган ипларнинг сирпаниб тушиши, мўрт ёки юпқа томирларда боғланган ипларнинг ситилиши мумкинлигини кўрсатади. Бу ҳолатда, барча беморларда жароҳат очилади ва кенг тафтиш қилиниб, зарурий чоралар қўлланилади. Айни вақтда, гемотрансфузия ва шокнинг олдини олувчи муолажалар қилинади.

Қолган асоратлар, бошқа операцияларда ҳам юз бериши мумкин бўлган асоратлардир. Уларга шок, зотилжам, жароҳатнинг йиринглаши киради. Бу асоратлар қалқонсимон бездаги операцияларда кам учрайди, шу туфайли, улар устида фикр юритмаймиз. Қалқонсимон без операциясида оғриқсизлантириш усулини тўғри танлаш, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий амал қилиш, ҳамда операциянинг ҳамма босқичларини кунт билан адо этиш яхши натижа гаровидир.

### **ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЯЛЛИҒЛАНИШЛАРИ**

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса — струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги қаттиқ оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилинч равишда касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс оралиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ

синдромининг бўлмаслиги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва қўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оқсил билан боғланган йод миқдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлардан ажратиб турувчи белгилар ҳисобланади.

**Даволаш.** Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беzi пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20—30 мг дан 4—6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан якунланади.

**Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити** (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителалар битта аъзо компонентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган — ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар хужайралари ҳамда тиреоглобулинга қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1—5 йилгача ривожланади. Касалликнинг бирдан-бир белгиси — қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

**Даволаш.** Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1—0,3 г. Преднизолоннинг 20—40 мг суткалик дозаси 1,5—2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

**Ридель сурункали фиброз тиреоидити.** Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқи-

манинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек қаттиқ атроф тўқималар билан туташиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнғач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

**Даволаш.** Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавfli ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

### ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЎСМАЛАРИ

Қалқонсимон без ўсмаларини қуйидаги клиник-морфологик турлаш (классификация) қабул қилинган.

1. Хавфсиз ўсмалар:

а) эпителиал — эмбрионал, келоид, папилляр;

б) ноэпителиал — фиброма, ангиома, лимфома, невринома, хемодектома.

2. Хавfli ўсмалар:

а) эпителиал — папилляр аденокарцинома, фолликуляр аденокарцинома, Лангханс ўсмаси, солид рак ясси хужайрали ва тахассушлаган рак;

б) ноэпителиал ўсмалар — саркома, нейросаркома, лимфоретикулосаркома.

**Қалқонсимон без раки (саратони)** — ҳамма хавfli ўсмаларнинг 0,4—1% да учрайди. Одатда, без фаолияти нормал ёки пасайган тугунли буқоқдан ривожланади, диффуз токсик буқоқ камдан-кам ракка ўтади.

Аёлларда қалқонсимон без раки эркакларга нисбатан 3—4 марта кўпроқ учрайди. Қалқонсимон без раки ривожланишига имкон берадиган омилларга жароҳатлар, сурункали яллиғланиш жараёнлари, қалқонсимон без соҳасини рентгенда нурлантиришлар киради. Радиоактив йод ёки тиреостатик препаратлар билан узоқ муддат даволаш киради. Қалқонсимон безнинг хавфсиз ўсмалари камдан-кам кузатилади.

Қалқонсимон беzi ракиннинг клиник босқичлари:

I босқичи— қалқонсимон безда якка ўсма бўлиб, унинг шакли ўзгармаган, капсуласига ўсиб кирмаган ва ҳаракатчанлиги чегараланиб қолмаган.

II А босқичи — қалқонсимон безнинг якка ёки кўп сонли ўсмалари, унинг шаклини ўзгартирган, бироқ капсуласига ўсиб кирмаган ва ҳаракатчанлигини чегаралаб қўймаган. Регионал ва бошқа аъзоларга метастазлари йўқ.



II Б босқичи — қалқонсимон безнинг якка ёки кўп сонли ўсмалари, ўсиб қирмаган ва ҳаракатчанлиги йўқолмаган, бироқ бўйнининг зарарланган томонидаги яқин лимфа тугунларида метастазлар бор.

III босқичи — ўсма қалқонсимон без капсуласидан ташқарига тарқалган ва атроф тўқималар билан боғланган ёки қўшни аъзоларни босиб туради. Ўсманинг ҳаракатчанлиги чегараланган, яқин лимфатик тугунларга метастазлар берган.

IV босқичи — ўсма атрофидаги структуралар ва аъзоларга ўсиб киради, қалқонсимон без мутлақо сурилмайди, лимфатик тугунларда метастазлар кўрилади. Бўйин ва кўкс оралиғининг лимфатик тугунларига метастазлар берган, бошқа аъзоларга ҳам метастазлар берган. Чуқур бўйин, хиқилдоқ олди, пре- ва паратрахеал лимфатик тугунларга регионар лимфоген метастазланиш бўлади. Узоқда жойлашган аъзоларга гематоген метастазлар бериш кузатилади, бунда аксарият ўпка ва суяклар зарарланади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Эрта клиник симптомлари — буқоқ ёки нормал қалқонсимон безнинг тез катталашуви, зичлигининг ортиши, контурлари ўзгариши. Без ғадир-будир, кам ҳаракатчан бўлиб қолади, бўйин регионар лимфатик тугунлари пайпасланади. Ўсманинг ҳаракатсизлиги ва зичлашганлиги нафас олиш ва ютиш учун механик тўсиқ бўлиб қолади. Ютиниш қийинлашади, бўғилуш ва товушнинг ўзгариши содир бўлади, бу товуш бойламлари парезига алоқадор бўлади. Бирмунча кеч муддатларда ўсманинг метастазланишига боғлиқ белгилар қайд этилади. Кўпинча беморлар кулоқ ва энса соҳасида оғриқ борлигига шикоят қиладилар.

Қалқонсимон без ўсмаларини дифференциал диагнози учун, ўсма пунктатини цитологик ва гистологик текшириш маълумотлари асосий аҳамият касб этади. Улар касаллик диагнозини аниқлаш ва ўсманинг морфологик турини белгилашга имкон беради.

**Даволаш.** қалқонсимон беzi ракини даволашнинг асосий усули — операциядир. Ракнинг папилляр ва фолликуляр турларида (I—II босқич) экстракапсуляр субтотал тиреоидэктомия қилиниб, лимфатик тугунлар тафтиш этилади ва метастазлар аниқланганда, улар олиб ташланади. Касалликнинг III босқичида қўшма муолажа ўтказилади. Операциядан олдинги гамматерапия, сўнгра эса субтотал ёки тотал тиреоидэктомия қилиниб, клетчатка иккала томондан пай гилофи билан бирга кесилади. Ракнинг III—IV босқичларида, агар операциядан олдин нурлаш муолажаси ўтказилмаган бўлса, операциядан кейин нурлатиш мақсадга мувофиқ бўлади. Ракнинг тахассуслашган турларида, метастазларга гумон тутилган лимфа тугунларига ёки аъзоларга таъсир этиш учун радиоактив йод тайинланади. Қалқонсимон беzi ракининг фолликуляр ва папилляр турларида даво натижалари бирмунча яхши. Ракнинг тахассуслашмаган солид турларида эса, ҳатто нисбатан барвақт операция қилинишига қарамай ўта жиддий.

## ПАРАҚАЛҚОНСИМОН БЕЗЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Парақалқонсимон ёки қалқонсимон без ортидаги безлар (*glandula parathyreoidea*) — ички секреция безларидир. Улар қалқонсимон безнинг орқа сатҳида, унинг капсуласидан ташқарида, аксарият ҳар томонидан иккитадан яъни жуфт бўлиб жойлашган. Уларнинг катта-кичиклиги ва миқдори бирмунча ўзгариб туради. Безларнинг ички секретор фаолиятининг маҳсулоти паратгормон ҳисобланиб, у тиреокальцитонин билан бирга кальций-фосфор алмашинувида асосий ўрин тутди.

Парақалқонсимон безлар кальций-фосфор алмашинувида иштирок этадиган учта аъзо: суяклар, буйраклар ва ичакларга таъсир қиладиган гормон воситасида, қонда кальцийнинг доимий миқдорини сақлаб туради. Паратгормон остеобластларни активлаштириб, остеокластларга ўтишини таъминлайди ва суяклар резорбциясини, скелет суяклари минералсизланишини кучайтиради. Натижада қонга катта миқдорда кальций тушади ва гиперкальциемия, гиперкальциурия шу билан изоҳланади. Гиперкальциемияда паратгормон таъсири остида буйрак каналчаларида реабсорбция жараёни тўхтайдди ва организмдан ортиқча кальций сийдик орқали чиқарилади. Паратгормон буйрак каналчаларининг проксимал бўлимларида фосфор реабсорбциясини тўхтатади ва дистал бўлимларда унинг экстракциясини кучайтиради. У шунингдек ичакда кальций резорбциясини кучайтиради. Унинг таъсири витамин D таъсирига қарама-қарши бўлиб, ичак девори орқали кальций ионлари ўтишига имкон беради. Шундай қилиб, паратгормон етишмовчилиги гипокальциемия, гиперфосфатемия ва сийдикда кальций ҳамда фосфор камайишига сабаб бўлади. Гормон гиперсекрецияси минерал алмашинувининг оғир бузилишларини, сўнгра эса суяклар ва буйраклар зарарланишини келтириб чиқаради.

**Гиперпаратиреоидизм.** Бирламчи гиперпаратиреоидизм (Реклингаузен касаллиги ёки генерализацияланган фиброкистоз дистрофия) остеопороз, кисталар, суяк шакли бузилиши ва патологик синиши, буйракда тош ва кальциноз пайдо бўлиши билан таърифланади. Касаллик одатда 30 ёшдан кейин бошланади, асосан аёллар касалландилар. Гиперпаратиреоидизмнинг морфологик субстрати, безнинг якка аденомаси ёки гиперплазияга учраши ҳисобланади.

Клиникаси ва диагностика. Касалликнинг клиник манзараси турли-туман. Кўпроқ буйраклар, суяклар ва меъда-ичак йўли томонидан белгилар кузатилади. Унинг клиник турлари: буйракка, суякка тегишли, аралаш, висцеропатик ва ўткир гиперпаратиреоз.

Буйрак турида белгилари сийдик-тош касаллигига ўхшаш бўлади. Беморни буйрак санчиғи, гематурия, полиурия безовта қилади. Инфекция қўшилиб келиши ва буйрак паренхимасидаги дегенератив ўзгаришлар пиелонефрит, уросепсис, азотемия ва уремияга олиб келади.

Касалликнинг суяк тури учун бўғим, суяк, умуртқа поғонасидаги оғриқлар хос, улар ҳатто тинч турганда ҳам босилмайди. Панжа бармоқлари фалангаларида суяк қобиқ қаватининг суяк усти пардаси емирилиши, III фаланга дистал қисмининг парчаланиши (бу суякларнинг бошқа касалликларида кузатилмайди) эрта диагностика белгилар ҳисобланади. Кўкрак ва бел умуртқаларининг тўлиқ ёки яссиланиши билан ўтадиган кучли остеопороз кузатилади. Висцеропатик турида гиперпаратиреозидизм меъда, ўн икки бармоқли ичак яраси билан бирга учрайди.

Гиперпаратиреозидизм диагнози анамнез, объектив кўрик, белгилар, рентгенологик текширув ва гипокальциемия, гиперфосфатемия ва гиперкальциуриянинг лаборатория кўрсаткичлари маълумотлари асосида қўйилади. Қалқонсимон без орти безларини  $Co^{57}$  ёрдамида сцинтиграфия қилиш, безнинг жойини ва ундаги морфологик ўзгаришларни аниқлаш имконини беради.

Даволаш. Бирдан бир даволаш усули паратиреод аденомаларни олиб ташлашдан иборат.

**Гипопаратиреоз.** Паратгормон етишмовчилигига боғлиқ бўлган касаллик ёки ҳолат. Гипопаратиреоз сабаблари парақалқонсимон безларнинг яллиғланиш касалликлари, шикастланиш вақтида қон қуйилиши, қалқонсимон безнинг туғма қамчилиги, уни тасодифан олиб ташлаш ёки шикастлаб қўйиш.

Клиникаси ва диагностикаси. Гипопаратиреоз - талваса хуружлари билан ўтади. Талвасалар клоник хусусиятга эга бўлиб, аксарият юз мушакларида пайдо бўлади ва симметрик мушак гуруҳларини қамраб олади. Талваса қорин девори мушаклари ва ичдаги силлиқ мушаклар спазмига боғлиқ ҳолда қоринда оғриқ билан ўтади. Ларингоспазм билан асфиксия пайдо бўлиш эҳтимоли бўлади. Унга Хвостек ва Труссо симптомлари хос. Хвостек симптоми - юз нерви проекцияси соҳасида қулоқ юмшоғи олдида бармоқ ёки перкуссион болға билан уриб кўрилганда, бурун парраги ва оғиз бурчи соҳасидаги мушаклар қисқаради. Труссо симптоми - қўлтиқдаги нерв қон томирлар тутами соҳаси босилганда, қўл кафтининг “доя қўли” белгиси кўринишида тоник қотиб қолиши, фарқ қилиб турадиган белгиси ҳисобланади. Эпилепсия хуружлари билан тафовутланиши лозим.

Даволаш. Хуружлар вена томирига кальций хлорид эритмаларини юбориб тўхтатилади. Хуружларнинг олдини олиш учун беморлар муттасил кальций препаратлари, витамин D, паратиреоидин қабул қилиб турадилар. Хирургик даво усуллари орасида гипопаратиреозни даволашда, қориннинг тери ости клетчаткасига ҳар 2 йилда «бульон суякча» тикиб қўйиш усули маълум. Бу усул ҳозирча кенг ёйилгани йўқ.

## ЎПКА ВА ПЛЕВРА КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Ўпка — жуфт аъзо бўлиб, иккала ўпка ҳам кўкрак қафаси ичида жойлашган. Ўнг ўпкани чап ўпкadan кўкс оралиғи ажратиб туради. Ҳар бир ўпка кўкрак бўшлиғида толали-эластик парда (плевра) билан қопланган катта бўшлиқни тўлдириб туради. Бу парда, яъни париетал плевра юзасини мезотелий ясси хужайралари билан қопланган бўлиб, ҳар бир ўпка ҳам, ўз навбатида шундай парда — висцерал плеврага ўралган бўлади. Нафас олиш ҳаракатлари амалга ошириладиган вақтда, ҳар қайси ўпканинг кўкрак қафасида озод ҳаракатланишини таъминлаш учун, париетал ва висцерал плевралар орасида жуда оз миқдорда сирпанувчан хусусиятлари ниҳоятда юқори бўлган — плевралараро суюқлик бўлади. Бу ҳаракатларда ўпканинг бронхлар ва қон томирлар кирадиган қисми — ўпка ўзаги (дарвозаси) иштирок этмайди. Париетал плевра ўз навбатида 3 қисмга бўлинади: қовурға қисми, диафрагмал ва кўкс оралиғи плевраси. Ўнг ўпканинг ҳажми, чап ўпкага нисбатан каттарoқ бўлиб, айни вақтда у бир-мунча калта ва сербар бўлади.

Ҳар қайси ўпкада учта юза: ташқи (қовурға), пастки (диафрагмал) ва ички (кўкс оралиғи) юзалари фарқ қилинади. Ҳар бир ўпка эгатлар воситасида бўлақларга бўлинади. Иккала ўпкада бўладиган эгатлардан бири — эгри эгат нисбатан юқоридa (ўпка чўққисидан 6—7 см пастда) бошланади, сўнгра пастга диафрагма юзасига қия ҳолда тушиб, ўпка тўқимасига чуқур киради. Шу эгатлар ёрдамида ҳар бир ўпка юқори ва пастки бўлақларга бўлинади. Чап ўпкadan фарқли равишда ўнг ўпка яна иккинчи — горизонтал эгатга эга, у IV қовурға сатҳидан ўтади. Шу билан у ўнг ўпка юқори бўлагидан ўрта бўлақни ташкил қиладиган понасимон қисмини ажратиб туради. Шундай қилиб, ўнг ўпкада учта бўлақ: юқори, ўрта ва пастки бўлақлар бўлади. Чап ўпкада эса иккита бўлақ: юқори ва пастки бўлақ тафовутланади. Ўнг ўпканинг ўрта бўлагига чапда “тил” бўлағи тўғри келади. Ўпкаларнинг ҳар бир бўлагидa бош бронх тармоғи ҳисобланган алоҳида бронх бўлағи бўлади. Бронх бўлақлари ўз навбатида сегментар бронхларга бўлиниб, уларнинг ҳар бири ўпканинг тегишли бўлими билан бирга бронх-ўпка сегменти номини олган сегментларни ҳосил қилади. Сегмент ўз ташқи кўриниши бўйича асоси ўпка перифериясига, чўққиси эса ўпка илдизига қараган пирамида шаклини эслатади. Инсонда ҳар бир ўпка асосан ўн сегментдан ташкил топган бўлади, бунда юқори бўлақда 3 та бронх-ўпка сегменти, ўрта бўлагидa ва чап ўпканинг унга ўхшаш тил қисмида 2 та сегмент, пастки бўлагидa 5 та (юқори ва 4 та базал) сегментлари бўлади. Иккала ўпканинг пастки бўлақларида ҳамма ҳолларнинг деярли ярмида қўшимча сегмент учрайди.

Ўпкани сегментларга бўлиниши клиника учун катта аҳамиятга эга бўлади. Чунки бунга қараб, беморда патологик “ўчоқ”нинг

қаерда жойлашганини (локализациясини) аниқ топиш ва ўпкани мақсадга мувофиқ (тежамли, сегментар) резекция қилиш имкони-га эга бўламиз.

Бронх-ўпка сегментлари ўз артериялари ва нервларига, веналари эса сегментлараро бириктирувчи тўқима таркибида борадиган сегментлараро вена қон томирларига эга бўлади. Ўпкани қон билан таъминлашда иккита система — ўпка ва бронхиал қон томирлари қатнашади. Ўпка қон томирлари системаси асосан нафас олиш фаолиятида иштирок этади, бронхиал қон томирлар системаси эса, ўпка тўқимасини озиқлантириш фаолиятини бажаради. Бронхиал артериялар кўкрак аортаси тармоқлари бўлиб, одатда бронхиолаларгача етиб боради, ўпка альвеолалари эса ўпка артерияси системаси орқали амалга оширилади. Бронхиал ва ўпка артериялари тармоқлари орасида анастомозлар бўлади. Веноз қон оқими *v. azygos* ёки *v. hemiazygos* га қуйиладиган қисман ўпка веналари, қисман эса бронхиал веналар томонидан амалга оширилади.

Ўпка тўқимаси симпатик нерв тармоқлари (II—IV бўйин ва I—V кўкрак тугунларидан) ва адашган нерв тармоқларидан иннервацияланади. Ўпка тўқимасининг лимфатик томирлари асосан бронхларнинг тармоқладан диган жойлардаги ўпка ичидаги лимфатик тугунларга қуйилади, бу лимфатик тугунларнинг олиб кетадиган томирлари эса, ўпка илдизи тугунларигача етиб боради ва тугайди. Лимфа суюқлиги, ўпка илдизи лимфа тугунларидан трахеянинг ён қисмида жойлашган, ўпканинг бош регионар лимфатик тугунларига оқиб келади. Горизонтал (қўндаланг) текисликда ўпка илдизи таркиби қуйидагича жойлашади: олдинги томонда ўпка веналари, улар орқасида ўпка артерияси тармоқлари ва янада орқароқда бронх тармоқлари ётади, яъни томирлар ўпка илдизининг қолган элементларидан олдинда жойлашади. Бронхиал артериялар бош бронхларнинг пастки юзасига ёндошиб туради. Ўпка тўқимаси ичида ўпка томирлари тармоқлари ва бронхларнинг ўзаро муносабати одатда қуйидагича бўлади, бронхлар веналар билан артериялар орасида жойлашади.

### **Махсус текширув усуллари**

Ўпка касалликларининг диагностикаси энг аввало беморнинг шикоятларини, анамнезини ва уни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади. Одатда, ўпкасида хасталиги бор бўлган беморларнинг қуйидаги шикоятларига эътибор берилади: йўтал, қон туфлаш, нафас қисиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар. Бемор анамнезида касалликнинг қандай бошланганига ва ривожланишига катта аҳамият берилади. Касаллик бошланишини совқотишга алоқадорлиги, юқумли касаллиги бўлган беморлар билан яқинлиги аниқланади. Меҳнат шароитлари суриштирилади. Баъзи ҳолларда, беморнинг уй ҳайвонларни боқишга алоқадорлиги, зарarli одатлар: чекиш, спиртли ичимликларни сурункали истеъмол

қилиши бор-йўқлигига алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Касалликнинг кечишида олиб борилган муолажанинг қанчалик мувофиқлиги синчиклаб ўрганилади.

Физик текширув усулларидан: объектив кўрик, пайпаслаб кўриш, перкуссия қилиш ва аускультациялар қўлланилади. Улар патологик жараён ва функционал ўзгаришларни аниқлашда, касалликнинг кечиши тўғрисида тасаввур ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида унинг ҳолати динамикасига баҳо бериш учун асосий далиллар ҳисобланади.

Нафас олиш системаси касалликларини аниқлашда ажралаётган балғамни текшириш, унинг миқдори ва физик хусусиятларини микроскоп ёрдамида текшириш, бактериоскопия ва бактериологик экма натижаларини ўрганиш алоҳида аҳамият касб этади.

Рентгенологик усулларни қўллаш, ўпка патологияси бўлган беморларда диагноз қўйишда кўпинча ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Рентгеноскопия объектни турли ҳолат (позиция)да, ҳаракатда текширишга, плеврал бўшлиғида суюқлик ва ҳавонинг миқдорини аниқлашга имкон беради. Рентгенография — ўпкалар ва улар илдизларидаги айрим ўзгаришларни аниқ кўриш, динамикада кузатиш ва таққослашга ёрдам беради.

Томография усули — қатлам-қатлам тасвирлар олиш орқали, йирик сегментар ва субсегментар бронхлар бўшлиғининг батафсил тасвирини олиш, лимфатик тугунлар ҳолати тўғрисида хулоса чиқаришга ёрдам беради. Ўпка тўқимасидаги кичик патологик жараёнларни аниқлашга, буллалар, кисталар, “ўчоқ”ли сояларни топишга имкон беради.

Компьютер томография — бугунги кунда кенг қўлланиладиган ноинвазив усуллардан бири бўлиб, ўпкадаги ҳар хил тузилмаларнинг катта-кичиклигини, жойлашган қисми ва чегарасини янада аниқроқ ва равшанроқ аниқлаб беради, уларнинг зичлигига баҳо бериш имкониятини яратади.

Бронхография асосан: бронхоэктатик касалликка шубҳа қилинганда — бронхларнинг зарарланганлик даражасини аниқлаш учун, ўпкадаги йирингли жараёнларда — бронхлар зарарланганлигини аниқ ҳажмини аниқлаш учун (айниқса жарроҳлик амалиёти мўлжалланганда) ёки сурункали носпецифик зотилжам ва марказий ўпка раки ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш учун зарур текширув усулларидан бири ҳисобланади.

Бу текшириш усули, одатда маҳаллий анестезия остида олиб борилади ва уни оч қоринга (бемор овқатланмасдан туриб) ўтказилади. Беморда балғам кўп миқдорда ажралаётган даврда, аввал санацион бронхоскопия, кейин эса бронхография қилинади. Текширувдан 30 минут олдин тери остига 1 мл атропин сульфат юборилади. Анестезия учун 0,5% ли дикаин эритмаси, 10% лидокаин эритмаси ёки 5-10%ли новокаин эритмаси ишлатилади. Энг авва-

ло, юқори нафас йўллари анестезия қилиниб, рентгенконтраст катетер пастки бурун йўли орқали товуш ёригига киритилади ва трахеягача суриб катетер орқали 3-4 мл 10% ли новокаинни босқичма-босқич юбориш йўли билан трахеобронхиал шох анестезия қилинади. Бронхография учун қуйидаги рентгенконтраст моддалар: сульфайодон, желейодон, пропилийодон ва б. қўлланилади. Одатда улардан бири, 10-15 мл миқдорда рентген назорати остида юборилади ва суратга туширилади. Бундан сўнг, рентгенконтраст модда актив аспирация йўли билан сўриб олиб ташланади.

Кўрсатмалар: марказий жойлашган бронх ўсмалари, ўпкадан қон кетиши, трахея ва бронхлардаги ёт жисмлар, ўпканинг йирингли касалликларида диагностика ва санация қилиш.

Ангиопульмонография ўпка артерияси ёки унинг тармоқларига катетер ўрнатиб, у орқали рентгенконтраст модда юбориб, унинг рентгентасвирини олишдан иборат. Ўпка патологияси туғма деб шубҳаланганда, ўпка томирлари патологиясида, ўпка артерияси тромбоземболиясида, сурункали ўпка касалликларида ўпка-капилляр қон оқими бузилиш даражасини аниқлашда, хавфли ўпка тузилмаларида — жарроҳлик амалиёти ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги масаласини ҳал қилишда бажарилади.

Бронхиал артериография — бронхиал артерияларни катетеризация қилиш ва юқорида кўрсатилган усул бўйича унинг рентгентасвирини олиш, ўпкадан қон кетиш манбаини ва унинг сабабини аниқлашда, шунингдек даволаш мақсадида ўтказилади.

Диагностик пневмоторакс. Плевра бўшлиғига 300—600 мл ҳаво юборилгандан кейин рентгенография қилишдир. Бу усулдан, одатда ўпкага алоқаси бўлмаган тузилмалар ва ўпка ичидаги жараёнларни дифференциал диагностика қилиш учун фойдаланилади.

Диагностик пневмоперитонеум — қорин бўшлиғига 1000—2000 мл ҳаво юбориб, сўнгра рентгенография қилишдан иборат. Жигра, диафрагма, диафрагма остида жойлашган аъзолар, плевра бўшлиғи ва ўпкадаги тузилмалар ҳолатини аниқлаш, диафрагмал чурраларни дифференциал диагностикаси учун фойдаланилади.

Радиоизотоплар ёрдамида текшириш усуллари, жумладан изотоп ёрдамида сканерлаш, перфузион сцинтиграфия, ингаляцион сцинтиграфия — ўпкадаги қон оқими ва вентиляция бузилишларини аниқлашга имкон беради. Бу усуллардан фойдаланиш, бугунги кунда чекланган бўлиб, улар ўрнини кўкрак қафаси ва ўпкани ультратовуш ёрдамида текшириш, компьютер томография ва бошқа ноинвазив усуллар эгалламоқда.

Торакоскопия — торакоскоп ёрдамида плевра бўшлиғини визуал кўздан кечиришдир. Айниқса, бу усул пневмоторакс содир бўлганда нафақат диагностика учун текширув усули, балки даволаш учун — пневмоторакс сабабини бартараф этиш, маълум операцияларни ўтказиш учун ҳам имконият беради.

Ташқи нафас олиш функцияларини текшириш усулларига спирография, умумий плетизмография, пневмотахографиялар кириб, улар нафас аъзолари касалликларини илк босқичида аниқлаш, диагноз қўйиш, функцияларининг бузилиш ёки компенсация даражасини аниқлаш, даволаш-профилактика тадбирларининг таъсирчанлигига баҳо беришга ёрдам беради.

## **НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИ НУҚСОНЛАРИ**

**Ўпка гипоплазияси** — ўпка паренхимаси, периферик бронхлар ва қон томирларининг ўсиб етилмаслигидан иборат нуқсон. Клиник манзараси иккиламчи яллиғланиш жараёни билан таърифланади ва бронхоэктатик касалликдан кам фарқ қилади. Рентгенологик усуллар (бронхография, ангиопульмонография) ва бронхоскопия ёрдамида диагностика қилинади.

Консерватив муолажа камдан-кам фойда беради. Оператив даволаш: сегментэктомия, лобэктомия, пульмоноэктомиядан иборат.

**Ўпканинг кистоз гипоплазияси (поликистоз)** — ўпка паренхимаси, бронхлар ва қон томирларнинг субсегментар бронхлар ва тармоқлар даражасида кистоз бўшлиқлар шаклланиши билан ўтадиган туғма касаллигидир.

Клиник манзараси яллиғланиш жараёнининг қўшилиб келиши ва ўпканинг сурункали йирингли касалликлари клиник манзарасига ўхшаш. Рентгенография, бронхография, ангиопульмонография ва бронхоскопия ёрдамида диагностика қилинади.

Даволаш одатда жарроҳлик усулида: лобэктомия, пульмоноэктомия. Консерватив муолажа (сурункали йирингли ўпка касалликларидоги муолажага ўхшаш) жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик сифатида, шунингдек жарроҳлик амалиётига монелик қиладиган ҳоллардагина ўтказилади.

## **Кўкрак қафаси аъзолари жароҳатлари**

Кўкрак қафаси ва унинг аъзолари жароҳатлари ўта оғир жароҳатлар сафига киради, чунки улар аксарият ҳолларда нафас олиш аъзолари фаолиятини ва қон айланишининг бузилишларини келтириб чиқариб, беморларни ўлимга гирифтор қилиши мумкин.

Трахеянинг кўкрак бўлими ва йирик бронхлар жароҳатлари аксарият кўкракнинг йўл-транспорт фалокатлари вақтида ёпиқ жароҳатланишининг оқибати ҳисобланади.

Ўзига хос белгилари: нафас олишнинг бузилиши, пневмоторакс, кўкс оралиги эмфиземаси, тери ости эмфиземаси, гемоторакс ва қон туфлаш шулар жумласига киради. Узил-кесил диагноз рентгенологик текширувлар ва бронхоскопия ва графиялар натижасининг таҳлили асосида қўйилади.

Даволаш. Трахеобронхиал шох бутунлигини тиклашга ва қон оқишини тўхтатишга қаратилган шошилиш жарроҳлик амалиёти



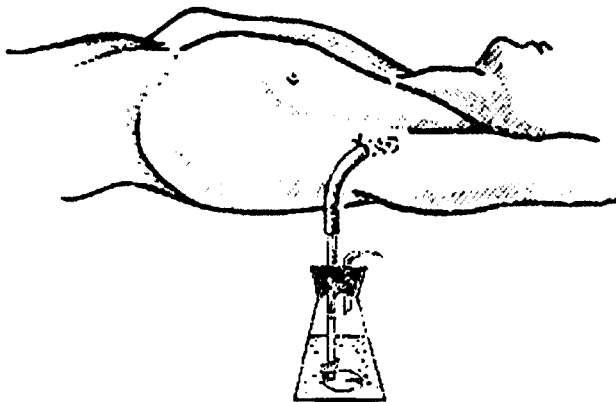
ўтказишдан иборат бўлади. Пневмо- ва гемоторакс - кўкрак жароҳатларининг ўзига хос белгиларидан бўлиб ҳисобланади.

### Пневмоторакс

Пневмоторакснинг пайдо бўлишига, кўкрак қафасининг ёпиқ ва тешиб кирувчи жароҳатланишлари, шунингдек буллёз эмфизема ёки поликистоз касалликларида ўпканинг спонтан перфорацияси сабаб бўлади. Одатда плеврал бўшлиқда клапан механизми пайдо бўлиши муносабати билан ҳавонинг прогрессив йиғилиши билан характерланадиган тензион (клапанли) пневмоторакс улар орасида энг хавфлиси ҳисобланади. Бу ҳолат ўпканинг сиқилишига, кўкс оралиғининг сурилишига олиб келади.

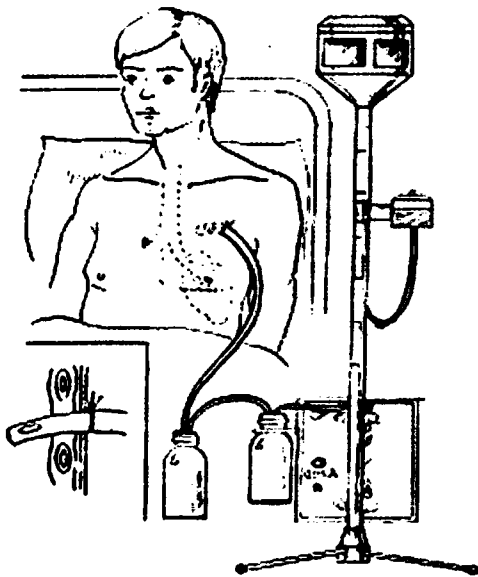
Клиник манзараси: нафас қисиши, нафас олишнинг қийинлашуви, тери қопламлари цианози, тахикардия, артериал қон босими (АҚБ) нинг тушиб кетишидан иборат бўлади. Зарарланган томонда перкуссия қилинганда қутича товуши эшитилади, аускультатив текширувда нафас олиш шовқини эшитилмайди. Рентгенографик текширувда: ўпка коллапси, кўкс оралиғининг соғлом томонга силжигани аниқланади.

Даволаш. Плеврал бўшлиқ пункция қилинади ва йиғилган ҳавони сўриб олиш учун актив аспирацияга уланади, кейин торакоскопия ўтказилади. Шундай қилиб, клапан пневмоторакс очиқ пневмотораксга ўтади (1-расм).



1-расм. Бюлау бўйича плевра бўшлиғини дренажлаш.

Торакоскопияда аниқланган ўпканинг талайгина жароҳатларида жарроҳлик усули қўлланади ва бунда бажариладиган жарроҳлик амалиётининг ҳажми патологик жараён ҳажмига қараб белгиланади. Кичик жароҳатларда плеврал бўшлиқ орқа қўлтиқ чизиги бўйича VII—VIII қовурғалар орасида ва ўрта ўмров чизиги бўйича II қовурғалар орасида дренажланиб, сўнгра актив аспирация ўтказилади (2-расм).



2-расм. Плевра бўшлигини дренажлаш ва актив аспирацияга улаш.

ўтмас ва тешиб кирган жароҳатлари оқибатида пайдо бўлади. Қон кетиш манбалари: қовурғалараро қон томирлари, жароҳатланган ўпка, йиртилган чандиқлар, йирик қон томирлар ва юрак жароҳатлари бўлиши мумкин.

Касалликнинг кечиши. Қон йўқотишнинг умумий белгилари билан бирга анемия ва гипоксия ҳолатига хос бўлган лаборатор кўрсаткичларнинг таҳлили. Гемоторакснинг рентген манзараси унинг тугрига қараб бўлади.

Гемоторакс плевра бўшлиғига йиғилган қон миқдорига қараб 3 хил турда бўлади: кичик гемоторакс, ўртача ва катта гемоторакс.

Кичик гемоторакс — плеврал бўшлиқда 500 мл гача қон йиғилиши. Бу ҳолат беморнинг ташқи кўринишига ва физикал текширув маълумотларида кам акс этади. Рентгенограммада ўзгаришлар деярли кўринмайди.

Ўртача гемоторакс — плеврал бўшлиқда 500 дан 1000 мл гача қоннинг йиғилиши. Рентгентавирда кўкрак қафасининг қисман қоронғулашган қисми яхши кўриниб туради. Одатда беморнинг ранги оқариб кетган, анемия белгилари яққол кўринади, совуқ тер босган, артериал қон босими пасайган, пульс ва нафас олиши тезлашган бўлади.

Катта гемоторакс — плеврал бўшлиқда 1000 мл дан кўпроқ қон йиғилиши, рентгентавирда ўпканинг шу тарафи (гемоторакс ҳисо-

Герметик ҳолат вужудга келтирилиб ўпка ёзилгандан сўнг 2—3 сутка ўтгач, дренаж 12—24 соатга қисиб қўйилади. Рентгенологик текширувда пневмоторакс қайталанмаётганига ишонч ҳосил қилинганда, дренажлар олиб ташланади. Агар плеврал бўшлиқда 3-4 сутка мобайнида герметик ҳолат юзга келмаса, жарроҳлик усулида даволанади. Ҳозирги кунда эндоскопик жарроҳлик амалиётлари ривожланганлиги туфайли, видеоторакоскопик усулда жарроҳлик амалиёти бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

**Травматик гемоторакс.** Кўкрак қафасининг

бига) тўлиқ қоронғилашган, кўкс оралиғи қарама-қарши томонга сурилган. Геморрагик шок белгилари ҳам яққол намоён бўлади.

Даволаш. Қон плеврал бўшлиқда 1000 мл дан кўпроқ бўлганда қон кетиш манбаини топиш ва қон кетишни тўхтатиш, яъни шошилинич торакотомия ўтказиш талаб этилади. Кичик гемотораксда — плевра бўшлиғи пункцияси ўтказилиб, йиғилган қон алоҳида тadbирлар билан аспирация қилиниб, аутогемотрансфузия (ўзига қайта куйиш) амалга оширилади. Бу орада торакоскопия ўтказилиб, қон кетиш манбаини топиш, уни кўздан кечириб қон йўқотиш тезлигига баҳо бериш ва электрокоагуляция йўли билан уни тўхтатиш лозим бўлади. Йирик қон томирлар жароҳатланганда, ўпка тўқимасидаги катта жароҳатлар зудлик билан жарроҳлик усулида амалиёт ўтказилишини талаб қилади. Қолган ҳолларда, плеврал бўшлиқ орқа қўлтиқ чизиги буйлаб VI қовурғалар орасидан дренажланади, ўпка тўқимаси жароҳатланганда эса, ўрта ўмров чизиги бўйлаб II қовурғалар орасидан дренажланиб, узлуксиз актив аспирацияга уланади. Муолажа: йўқотилган қон ўрнини тўлдиришга қаратилган бўлиб, шокка қарши қўлланиладиган чоратadbирларни ўз ичига олади. Агар дренажлар бўйича қон йўқотиш I соат мобайнида 200 мл дан ошса ёки 3 соат ичида соатига 300 мл дан ошадиган бўлса, торакотомия амалиёти бажарилиши шарт бўлади.

**Кўкрак қафасининг санчилган ва ўқ теккан жароҳатланишлари.** Бемор кўп қон йўқотиб оғир аҳволда келтирилганда, жароҳат юрак ёки йирик қон томирлар соҳасида жойлашганда шошилинич «типик» олдинги-ён томонлама торакотомия қилиниб, кўкрак қафаси аъзолари тафтиш (ревизия) қилинади ва қон кетиш манбаини топиб, уни тўхтатиш чоралари кўрилади. Агар бемор аҳволи барқарор бўлса, аввало рентгенологик текширув ўтказиш лозим бўлади. Плевра бўшлиғига тешиб кирган жароҳатларда (пневмоторакс, гемоторакс) — торакоскопия амалиёти қилинади. Торакоскопия ёрдамида кўкрак қафасининг қайси аъзоси жароҳатланганлигини аниқлаш мумкин бўлади. Йирик қон томирлар, ўпка тўқимаси жароҳатланиб, йирик бронхлардан қон оқиши давом этаётганда жарроҳтик амалиёти ўтказишга тўғри келади.

Агар актив қон оқиши ва массив ҳаво кирганлигининг аломатлари бўлмаган тақдирда плевра бўшлиғи дренажланади. Ўпка тўқимасида жароҳатланиш бўлмаганда орқа қўлтиқ чизиги бўйича VI қовурғалар орасидан, жароҳат бўлганда эса ўрта ўмров чизиги бўйлаб II қовурғалар орасидан дренажланиши керак бўлади. Диафрагманинг яралангани аниқланганда лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзолари тафтиши ўтказилиши керак.

### **Ўпканинг ўткир йирингли касалликлари**

**Ўпканинг стафилококк деструкцияси** — стафилококкларнинг патоген штамmlари таъсири остида ўпка тўқимасининг йирингли яллиғланишидир. Ўпка тўқимасининг йирингли яллиғланиши тез фурсатда интоксикациянинг ривожланишига олиб келади. Диагнос-

тика учун ўпкани рентгенологик текшируви ва балғамни бактериологик текшириш, ҳамда диагностик бронхоскопия ўтказиш мумкидир. Рентгенологик усул ёрдамида ўпка тўқимасининг инфильтрацияси, яллиғланиш ўчоқлари, ўпкадаги кўп сонли юпқа деворли бўшлиқлар, плеврит, пневмоторакс аниқланади. Касаллик ўткир бошланади (юқори ҳарорат, эт жунжикиши ва б.), нафас қисиши, йирингли балғам ажралиши белгилари билан намоён бўлади.

Даволаш. Мақсадга мувофиқ антибактериал муолажа (бактериологик экмалар натижасига кўра), антистафилококк зардобини, стафилококк бактериофагини қўллаш, детоксикацион муолажа, умумий кувватни оширувчи воситалар, санацион муолажа қўлланилади.

**Ўткир ўпка абсцесси** — ўпка тўқимасининг чегараланган йирингли яллиғланиши ва бўшлиқлар ҳосил бўлишидир. Микроаспирация, бронхлар дренаж фаолиятининг бузилиши, организм ҳимоя кучларининг кескин пасайиб кетиши, шартли патоген микрофлоранинг фаоллашуви, ўпка тўқимасида қон таъминотининг бузилиши ва некрозга учраши сабабли юзага келади. Абсцесслар гематоген, бронхоген, лимфоген ва травматик табиатга эга бўлиши мумкин. Метапневмоник ва аспирацион абсцесслар клиник амалиётда бирмунча кўпроқ учрайди.

Абсцесслар учун бирор бир специфик микрофлора йўқ. Улар стрептококк, стафилококк, диплококк, протей, фузобактериялар ва микрофлоранинг бошқа турларидан келиб чиқиши мумкин. Сўнгги йилларда ўпкадаги йирингли жараёнлар ривожланишида ноклостридиал анаэроб бактериялар катта аҳамиятга эга. Абсцесслар жойлашувига кўра: периферик ва марказий, ёлғиз (якка ҳолда) ва кўп сонли, бир томонлама ва икки томонлама бўлади.

Клиник манзарасида иккита давр фарқ қилинади:

1. Абсцесснинг бронхга ёрилгунга қадар бўлган даври.
2. Абсцесснинг бронхга ёрилгандан кейинги даври.

Биринчи даврда: касаллик юқори ҳарорат, кўкракда оғриқ, йўтал, нафас сиқиши, кўп терлаш белгилари билан бошланади. Сескин-аста ривожланаётган интоксикация белгилари намоён бўлади. Физикал усуллар билан текширишда: перкутор товушнинг қисқариши, ўпканинг зарарланган қисми устида нафас олиш шовқинининг сустлашиши ёки эшитилмаслигини қайд қилиш мумкин. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, қон формуласини чапга силжиши кузатилади. Рентгенограммаларда зич, турли хил ўлчамлардаги соялар кўринади.

Иккинчи давр: йўталиш пайтида бирданига кўп миқдорда йирингли, бадбўй балғам ажралиши, баъзи ҳолларда балғам қон билан аралашган ҳолда ажралади. Бу даврда одатда беморнинг умумий аҳволи бирмунча яхшиланади, интоксикация белгилари камаёди. Абсцесснинг ўлчамлари катта бўлганда унинг устида амфорик нафас шовқини ва турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади.

Рентгенологик тасвирда ёрилган абсцесс, горизонтал суюқлик сатҳи ва перифокал яллиғланиши бўлган юмалоқ бўшлиқ шаклида намоён бўлади. Бронхоскопияда чегараланган йирингли эндобронхит аниқланади.

**Ўпка гангренаши** — ўпка тўқимасининг бир қисми йирингли-прирган некрозга учрайши. Бу жараён ўпка абсцессидан фарқли ўларок, ўпка гангренашида соғлом тўқимадан чегараланган капсула билан ажралиб турмайди (чегарасиз бўлади). Гангреноз абсцесс ҳам фарқ қилинади, у ўпка тўқимасининг бир қисмини йирингли-чириган некрози бўлиб, унинг секвестрацияга ва ўпка тўқимасининг зарарланмаган қисмларидан чегараланиб туришга мойиллиги бўлади.

Клиник манзараси. Беморнинг аҳволи оғир, иситма гектик табиатга эга бўлади, бемор терлайди, нафаси сиқади, кўп миқдорда бадбуй ҳидли балғам ажралади, бемор қон тупуради. Рентгенологик тасвирда катта, шакли йўқ диффуз қоронғилик аниқланади, унинг таркибида ўпка тўқимасининг ириб кетаётганини ифодалайдиган кўп сонли ёруф соялар кўринади. Плевра бўшлиғида суюқлик аниқланади.

Ўткир йирингли касалликларни комплекс даволаш лозим бўлади. Ҳозирги вақтда асосий даволаш усули консерватив муолажа бўлиб, айни вақтда кичик инвазив жарроҳлик амалиётлари: трансторакал, эндобронхиал дренажлаш, узоқ муддатли регионар инфузия учун бронхиал артерияни катетерлаш амалга оширилади. Ўткир даврда оператив аралашув касаллик асоратлар билан кечгандагина (ўпкадан қон кетганда) ёки муолажа наф бермаганда, жараённинг тарқалишга мойил бўлганидагина қўлланилади. Ўпкадаги ўткир йирингли жараёнларда консерватив муолажанинг тамойиллари қуйидагилардан иборат бўлади:

1. Антибактериал муолажа — бактериялар турини ва уларнинг антибиотикларга таъсирчанлик даражаларини бактериоскопия ва экиш маълумотларини ҳисобга олган ҳолда тайинланади, сульфаниламидлар ҳам ишлатилади.

Антибактериал муолажанинг таъсирчанлигига эришиш учун зарарланиш ўчоғида даво препаратлари концентрациясини ошириб, уларни артерияларга юборилади. Бронхиал артерияга катетер ўрнатиб, муолажани ўша орқали амалга ошириш энг самарали тадбир ҳисобланади. Ўпканинг ўткир йирингли хасталикларида 60% гача ҳолларда касаллик кўзгатувчиси аэроблар билан бирга келган анаэроб ноклостридиал инфекция ҳисобланади.

Ноклостридиал анаэроб инфекциянинг белгилари деганда йирингли суюқликнинг бадбўй ҳиди, яллиғланиш ўчоқларидаги тўқималар некрози, одатдаги бактериологик текширувнинг натижалари манфий бўлганда ҳам, тушунилади. Анаэробларга қарши метронидазол (трихопол), тинидазол, клофаран, рифамбицин, доксициклинлар яхши таъсир қилади.

2. Трахеобронхиал йўллар — микроорганизмларни йўқотадиган, яллиғланишни камайтирадиган, балғамни суюқлаштирадиган ва уни

кўчирадиган доривор аралашмалар юбориб санация қилинади. Шунингдек бронхиал шохни катетерлаш, микротрахеостомия, санация бронхоскопия қилиш йўли билан патологик суюқлик тортиб олинади. Бунда санация учун қўлланиладиган аралашмалар таркибига 2% ли калий бикарбонат эритмаси (2 мл), микрофлорага сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда антибиотиклар, антисептиклар (диоксидин, фурагин), балғамни суюлтирадиган моддалар (муко-сольвин 10% — 1,0), протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин 10—15 мг), бронхолитиклар (эуфиллин 0,5—1,0, 12%, новодрин 0,5%—0,5; эфедрин 5% —0,5), гормонал препаратлар (гидрокортизон 25-50 мг) киритиш мақсадга мувофиқ бўлади.

3. Ўпка абсцесслари ва плевра эмпиемасини санация қилиш — абсцесс бўшлиғини бронхоскопик ёки трансторакал йўл билан катетерлаш, торакоцентез орқали актив аспирация қилиш ва йирингли бўшлиқни ювишни ташкил қилишдан иборат. Трахеобронхиал шохни четлаб ўтиб йирингли суюқликни эвакуация қилиш, нафас олиш аъзолари фаолиятини яхшилайти, интоксикацияни камайтиради, беморни тезда соғайиб кетишга ёрдам беради.

4. Детоксикацион муолажа. Сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, гипотиазид ва б.) орқали диурез стимуляцияси ёрдамида вена қон томирига ўтказиладиган инфузион (гемодез, тузли эритмалар ва б.) муолажани ўз ичига олади. Ҳозирги вақтда детоксикациянинг бирмунча таъсирчан, экстракорпорал усуллари: гемосорбция, лимфосорбция, плазмозферез ва қонни ультрабинафша нурлатишдан фойдаланилапти.

5. Сув-электролит бузилишларни бартараф этиш.

6. Умумий қувватни оширувчи муолажа — гемотрансфузия, плазма, қоннинг оқсилли ўринбосарлари, глюкозанинг концентрланган эритмаларини қуйиш, анаболик препаратлар, темир препаратларини ва витаминларни қўллашдан иборат.

7. Иммунитетни оширувчи муолажа. Стафилококк анатоксини қуйидаги схемага кўра юборилади: 3 кунлик танаффус билан 10 инъекция — 0,1, 0,2, 0,3 мл ва ҳ. к. Антистафилококк гипериммун зардоб 100—150 мл 3—5 марта. Антистафилококк гаммаглобулин (мушак орасига) 5 мл 8-10 марта кун ора. Т-активин. Декарис 50 мг кунора 3—5 кун ичида. Продигозан инъекцияси 30 кунгача: 0,2, 0,5, 0,6, 0,7, 1,0 мг. Метилурацил 0,5 мг кунига 2 марта 10—15 кун мобайнида.

8. Қоннинг ивиш хусусиятларини ва микроциркуляцияни нормаллаштириш, қоннинг реологик хусусиятларини яхшилайдиган препаратлар, антиагрегантлар (реополиглюкин, аспирин, курантил, трентал) қўллаш. Ўпкадаги оғир деструктив жараёнларда ДВС синдроми-нинг дастлабки кўринишлари борлигини ҳисобга олиб, антифермент-криоплазма билан комплекс муолажа тадбирини ўтказиш тавсия этилади (100 минг бирлик контрикал венага, 5 минг бирлик гепарин тери остига суткасига 4 марта, янги музлатилган зардоб).

## Ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари

Ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари атамасига, ўпкадаги давомли носпецифик яллиғланиш жараёни натижасида ўпка паренхимаси, бронхиал ва қон томирлар системалари структурасида ўзига хос ўзгаришлар билан ўтадиган ва ўхшаш клиник манзара орқали намоён бўладиган патологик ҳолатларнинг катта бир гуруҳи бирлаштирилади.

Бундай касалликларнинг ўзига хос клиник белгилари: узоқ вақт йўталиб йирингли балғам ажратиш, аксарият қон тупуриб юриш ҳисобланади. Касаллик одатда авж оладиган табиатга эга бўлади, ремиссия ва авж олиш даврлари билан ўтади. Авж олиши аксарият йилнинг совуқ мавсумларида қайд этилади. Кўзиш даврида йирингли балғамнинг миқдорини ортиши, гипертермия қайд қилинади. Баҳорда авж олиб борадиган нафас етишмовчилиги, сурункали интоксикация белгилари аниқланади.

Ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари диагностикасида 2 босқич фарқ қилинади: биринчи босқич - синчиклаб сўраб-суриштиришни ўз ичига олган клиник текшириш, иккинчи босқич рентгенологик, эндоскопик, функционал текшириш усулларини ўз ичига қамраб олган асбоб-ускуналар ёрдамида (инструментал) текшириш.

Ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари аниқланганда инструментал текширувни кўкрак қафасини иккита проекцияда рентгенография қилиш ва маҳаллий анестезия остида қилинадиган бронхофиброскопиядан бошланади. Бунда қўлга киритиладиган маълумотлар жарроҳлик амалиёти ўтказиш керак бўлган ўпка касалликлари бор беморларни танлаб олишга ва айни вақтда жарроҳлик амалиётига муҳтож бўлмай, терапевтик стационарларда даволаниши керак бўлган беморларни аниқлашга имкон беради. Танлаб олинган беморлар гуруҳини ихтисослашган торакал бўлим шароитларида синчиклаб текшириш, томография, бронхография, ангиопульмонография билан тензиометрия, радиоизотоп сканнерлаш, спирография, реографияларни ўз ичига олади ва аниқ диагноз қўйишга, жарроҳлик амалиёти ўтказишнинг зарурлиги ҳақидаги масалани ҳал этишга ҳамда унинг ҳажмини аниқлашга имкон беради.

Яллиғланиш жараёнига ўпканинг кўпи билан 3 бўлаги қўшилган, бронхлар ва ўпка паренхимасида жиддий морфологик ўзгаришлари бор бўлган беморлар жарроҳлик усули билан даволанишлари керак.

Ўпкада локал зарарланиш бўлганда функционал текшириш вақтида аниқланган нафас етишмовчилиги, қўшилиб келган оғир патология борлиги, кекса ёшдалиги, жарроҳлик амалиёти ўтказишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланади. Нафас етишмовчилиги белгилари унчалик ифодаланмаганда, қўшилиб келган яширин патологияда жарроҳлик амалиёти ўтказиш масаласи индивидуал ҳал қилинади.

## Сурункали ўпка абсцесси

Ўпкада 2—3 ойдан кўпроқ вақт мавжуд бўлган носпецифик йирингли бўшлиқнинг бўлиши — ўпканинг сурункали абсцесси дейилади. Сурункали абсцесслар пайдо бўлишига ўпкасида ўткир йирингли жараёнлари бўлган беморларни касалхонага кеч ётқизиш, муолажа жараёнининг етарли бўлмагани, уни стационардан клиник жиҳатдан тўлиқ тuzалмасдан ва рентгенологик текширувсиз чиқариш сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Йирингли балғам ажраладиган йўтал, гипертермия, ўртача ифодаланган интоксикация симптомлари шулар жумласига киради. Рентгенологик текширувда ички контури аниқ, нозикроқ яллиғли гардишли ва одатда озроқ суюқлик сатҳи бўлган юмалоқ бўшлиқ кўринади. Бронхографияда бир ёки бир неча бронхлар билан ўзаро боғлиқ бўлган юмалоқ бўшлиқ аниқланади. Бронхоскопияда йирингли чегараланган эндобронхит аниқланади.

Даволаш. Радикал оператив даволаш — сегментэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия. Консерватив муолажа тамойиллари ўткир жараёндаги даволаш каби, жарроҳлик амалиётига тайёргарлик сифатида ёки жарроҳлик амалиётига монелик қиладиган кўрсатмалар бўлганда (жараённинг икки томонламалиги, кексалик ёши, қўшилиб келган патология борлиги), мустақил даволаш воситаси сифатида фойдаланилади.

## Бронхоэктатик касаллик

Бронх-ўпка системасининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, бронхлар девори эластик ва мушак компонентларининг деформацияси муносабати билан бронхларнинг кенгайиб кетиши (бронхоэктази) дан иборат бўлган касаллик ҳисобланади. Унинг ривожланиш механизмини бронх-ўпка системасидаги туғма бузилишлар, бошдан кечирилган яллиғланиш жараёнлари, ёт жисмларнинг таъсири оқибатлари ва шу кабилар билан боғлайдилар.

Бронхоэктазлар турига кўра цилиндрсимон, қопсимон ва аралаш турларга бўлинади. Ателектатик бронхоэктазлар алоҳида гуруҳга ажратилади. Бронхоэктазлар айниқса болалик, ўсмирлик ёшида ва навқирон ёшда бирмунча кўпроқ учрайди.

Кўпчилик беморлар узок вақт хаста бўлиб юрадиган кишилардир. Анамнез тўғри йиғилганда тўлқинсимон кечаётган кўп йиллик касалликни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бунда қисқа муддатли авж олиш давлари давомли ремиссия давлари билан алмашилиб туради. Вақт ўтиши билан тез-тез авж олиши бўлиб туради, ремиссиялар эса қисқаради. Касалликнинг ўзига хос симптомлари: ўпка-бронх инфекциясининг тез-тез қўзиб туриши, йирингли бадбўй ҳидли (кўпинча эрталаб) балғам ажралиши, нафас сиқиши, қон туфлаш, ўртача юзага чиқадиغان интоксикация белгилари ҳисобла-



нади. Касалликнинг сўнги босқичларида бемор бармоқлари одатда ноғора чўпларига ўхшаб кетади, тирноқ фалангалари эса соат ойналари кўринишига эга бўлади. Зарарланган ўпка қисми аускультация қилиб кўрилганда, майда пуфакчали жарангдор хириллашлар қайд қилинади.

Рентгенологик усулда тасвир олинганда, ўпканинг касалланган ерларида фиброз қисмлар структурасининг ари инига ўхшаш кўринишда эканлиги, ўпка илдизи сояси структурасининг бузилганлиги аниқланади. Бронхоскопияда диффуз ёки аниқ чегараланган бронхит ажралиб туради, бронхларнинг дистал кенгайиш симптоми кузатилади (Сулъ белгиси). Бронхография текшируви бу касалликда энг кўп маълумотлар беради бронхларнинг кенгайганлиги аниқланади: улар цилиндрсимон, халтасимон, кистасимон ва аралаш турлари кўринади.

Локал зарарланишда жарроҳлик усулда даволанилади — сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмонэктомия қўлланилади (3-расм).



3-расм. Пульмонэктомия операциясининг босқичлари.

Консерватив муолажа фақатгина жараён тарқоқ бўлганида, шунингдек жарроҳлик амалиётига тайёргарлик мақсадида ўтказилади.

### Ўрта бўлак синдроми

Ўрта бўлакнинг сурункали яллиғланиши. Ўпканинг ателектази ҳисобига ўрта бўлак бронхи ўтказувчанлигининг бузилиши оқибатида ривожланади. Ўпканинг яллиғланиш касалликлари умумий сонидан 20—26% ни ташкил этади. Касаллик ўрта бўлак бронхининг тузилиш хусусиятларига, унинг катталашган лимфа тугунлари туфайли эзилишига боғлиқ, сурункали кечиб хусусиятига эга.

Клиник манзараси. Йирингли балғам ажралиб турадиган йўтал, қон туфлаш, нафас сиқиши, интоксикация аломатлари билан ифодаланади. Ўпкада ўрта бўлак проекцияси устида йирик-ўртача пу-

факчали хириллашлар эшитилади. Рентгенологик жиҳатдан ўрта бўлак ателектази, бронхоскопик жиҳатдан ўрта бўлак бронхи ўтказувчанлигининг унинг торайиши ҳисобига бузилиши, чегараланган йирингли эндобронхит аниқланади. Бронхографияда ўтказувчанлигининг бузилиши, ўрта бўлак бронхининг «чўлтоғи» аниқланади.

Даволаш жарроҳлик усулида — лобэктомия амалиёти қилинади. Жарроҳлик амалиётига монелик қиладиган ҳоллар бўлганда (қўшилиб келадиган касалликлар, кекса ёш) консерватив муолажа олиб борилади.

### **Ўпканинг яллиғланиш касалликлари асоратлари**

Ўпкадан қон кетиши — нафас йўлларида қон ажралиб чиқиши, ўпкадаги турли касалликларнинг кўп учрайдиган ва хатарли асоратидир. Ўпканинг сурункали йирингли касалликлари орасида 10% дан 60% гача ҳолларни ташкил этади. Бунда кўп миқдорда қон кетиши фақат қон йўқотилиши жиҳатидан эмас, балки тезда юз берадиган асфиксия сабабли хавfli бўлади. Л. М. Недвецкая классификацияси бўйича ўпкадан қон кетиши 3 даражага бўлинади:

I даражаси - 300 мл гача қон туфлаш;

II даражаси - 700 мл гача;

III даражаси - 700 мл дан кўп қон йўқотиш.

Ўпкадан қон кетишида жарроҳлик аралашуви керак бўлади, консерватив даволаш наф бермаётган кўп қон кетишида шошилинч жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Ошиғич ҳолларда қон кетиш манбаини аниқлай олмасдан бемор аҳволи оғир пайтида, кўпинча мажбуран жарроҳлик амалиёти қилишга тўғри келади. Шунинг учун бундай ҳолларда жарроҳлик амалиёти натижалари режали жарроҳлик амалиётларига қараганда бирмунча ёмон бўлади. Шу муносабат билан ўпкадан қон кетишини диагностика қилиш ва даволашга ёндошишда қуйидагича тактика тавсия қилинади. Ҳамма беморларни турли жарроҳлик амалиётларни бажариш кўрсатмаларига кўра қуйидаги 2 гуруҳга бўлиш мумкин:

I - гуруҳ — ўпкасидан қон кетиши I—II даражали беморлар, уларда даволаш-диагностик тадбирлар интенсив даволаш фониди шошилинч бронхоскопиядан бошланиши керак. Шошилинч бронхоскопия асфиксиянинг олдини олиш, трахеобронхиал шохни қунт билан санация қилиш, қон кетишини тўхтатиш учун бронхни вақтинча обтурация қилишни ўз ичига олган қатор чора-тадбирларни ўз ичига олади. Бемор аҳволи барқарор бўлгандан кейин яқин 6—12 соатда бронхиал ангиографияни ўз ичига олган рентгенологик текширув ўтказилади, диагноз аниқланади ва зарур бўлганда зарарланган томонда бронхиал артерия эмболизацияси бажарилади. Бундай тактика кўпчилик беморларда қон кетишини вақтинча тўхтатиш, қон кетиши туфайли юз берган гомеостаз бузилишларни йўқотиш учун вақтни қўлдан бой бермаслик, беморни қунт билан текшириш, диагнозни аниқлаш ва эҳтиётлаб жарроҳлик амалиётини ўтказишга имкон беради.

2- гуруҳ — ўпкасидан қон кетиши III даражали беморлар. Бунда беморлар касалхонага келтирилганда консерватив тадбирлар комплексидан ташқари уларда рентгенологик текшириш билан бирга (рентгеноскопия, кўкрак қафасини 2 проекцияда рентгенография қилиш) фибробронхоскопия қилиш зарур. Фибробронхоскопия қаттиқ бронхоскопияга ўтши шароитларида ўтказилиши лозим, чунки бундай беморларда текширув жараёнида кўп қон кетиш эҳтимолини истисно қилиб бўлмайди. Олинган бронхоскопик рентгенологик маълумотлар кўпчилик беморларда қон кетиш манбаини аниқлаш, диагноз қўйиш, кейинги текширув ва даволаш режасини тузишга имкон беради. Жарроҳлик амалиёти ўтказишга монелик қиладиган ҳоллари бўлган беморларда қон оқишининг такроран рўй беришига қарши зарарланган томонда бронхиал артерияни эмболизация қилиш керак.

### **Пиопневмоторакс**

Абсцесс плевра бўшлиғига ёрилганда ёки инфекция плеврага субплеврал жойлашган яллиғланган ўчоқдан йиринг тарқалганда пайдо бўлади. Кўпинча бронх-плеврал оқма яралар пайдо бўлиши билан ўтади, бу ўпканинг қисман ёки тўлиқ коллапсига ва плеврал бўшлиқнинг доимо инфекцияланиб туришига олиб келади. Аҳволнинг оғирлиги интоксикация, нафас етишмовчилигининг кескин ошиб бориши каби ҳолатларга боғлиқ бўлади. Рентгенологик текширувда плевра бўшлиғида, аксарият ҳолларда сатҳи ва газ пуфаклари бўлган суюқлик борлиги аниқланади.

Беморларда плевра бўшлиғини пункция қилиб йирингни аспирация қилиш, сўнгра дренажлаш лозим бўлади. Плевра бўшлиғини актив аспирация ва флорага сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда ферментлар (трипсин, химотрипсин) ва антибиотиклар қўшилган антисептик эритмалар (фурацилин, фурагин) билан лаваж қилинади. Пункцияда плевра бўшлиғида герметик ҳолатнинг йўқлиги, йўтал пайдо бўлиши, плевра бўшлиғига дори моддалари киритилаётганда таъм ва ҳид сезгиси билан юзага чиқадиган бронхиал оқма ярада герметиклик яратишга ва ўпканинг ёзилишига имкон берадиган келтирувчи бронхни вақтинчалик бронхоскопик окклюзиялаш тавсия этилади.

Жараён сурункали турга ўтганда, халтача ҳосил қилган плевра эмпиемаси шакланганда (бунга аксарият бронхо-плеврал оқма яра борлиги имкон беради), жарроҳлик йўли билан даволаш — плевроэктомия билан ўпка декорткацияси ўтказилади. Ўпкада патологик ўзгаришлар бўлганда қўшма жарроҳлик амалиётлари: плевроэктомия билан лобэктомия, плевропультмонэктомия қилиш керак бўлади.

### **Плевра эмпиемаси**

Плевра эмпиемаси (йирингли плеврит) — висцерал ва париетал плевранинг чегараланган ёки диффуз яллиғланиши ҳолда кечиб, плеврал бўшлиқда йиринг йиғилиши ва йирингли интоксикация

замирида, аксарият нафас етишмовчилиги белгилари билан ўтади. Кўпчилик ҳолларда плевра эмпиемаси ўпкадаги яллиғланиш ва яллиғли деструктив жараёнлар, шунингдек кўкрак аъзоларидаги жароҳатлар ва оператив аралашувларнинг асорати бўлиб ҳисобланади.

Плевра эмпиемасининг кўзгатувчилари турли хил микроорганизмлар бўлиши мумкин. Этиологиясига кўра специфик, нонспецифик ва аралаш эмпиема фарқ қилинади. Клиник кечиши характери бўйича ўткир ва сурункали бўлади. Жараённинг тарқалганлигига кўра тарқалган ва чегараланган бўлади. Туташиш характери бўйича бронхиал оқма ярасиз, бронхиал оқма ярали, плеврал оқма ярали бўлиши мумкин. Плевра эмпиемаси ҳаммаша ўткир жараён сифатида, плеврада дағал ва барқарор морфологик ўзгаришлар пайдо бўлганда бошланади, бунда қолдиқ бўшлиқ шаклланади, у узоқ кечади, вақти-вақти билан кўзиб туради. Плевра эмпиемаси сурункали касаллик саналади.

Клиник манзараси. Плевранинг ўткир эмпиемаси учун умумий интоксикация белгилари, гипертермия, эт жунжикиши, кўкракда оғриқ, бронхиал оқма яра бўлганда нафас қисиши, йирингли балгам ажраладиган йўталлар хос бўлади. Бемор кўздан кечирилганда тери қатламларининг рангпарлиги, баъзан цианоз қайд қилинади. Кўкрак қафаси текширилганда зарарланган томоннинг нафас олишда орқада қолиши қайд этилади. Плевра бўшлиғидаги экссудат йиғилган жой проекцияси устида товуш титрашининг сустрлашгани ёки умуман йўқлиги, перкутор текширувда тўмтоқлашгани, аускультатив текширувда нафас олиш шовқинининг заифлашгани ёки бўлмаслиги аниқланади. Қонда лейкоцитоз, қон формуласининг чапга силжигани, ЭЧТ ошганлиги қайд қилинади.

Диагностикада рентгенологик усуллар ҳал қилувчи роль ўйнайди. Аниқ диагностика учун рентгенография камида 2 та проекцияда бажарилиши лозим. Тарқалган эмпиемада плевра бўшлиғида экссу-



4-расм. Плевра эмпиемаси. Рентгенография.

5-расм. Плевра эмпиемаси ва газ-пуфакчалари аниқланади (КТ).

дат борлиги юқори чегараси ёйсимон (қийшиқ) қоронғулик кўринишида аниқланади.

Чегараланган эмпиемаларда аниқ контурли ҳар хил шаклдаги гомоген соя аниқланади. Плевра бўшлиғида бронхиал оқма яра бўлганда суюқлик сатҳи бўлган ҳаво аниқланади.

Плевра бўшлиғини пункция қилиш натижаларига асосланиб аниқланади.

Тарқалган эмпиемада пункция орқа-қўлтиқ чизиги буйлаб VI—VII қовурғалар орасида ўтказилади. Чегараланган турида — энг тўмтоқланган нуқтасида ва рентгенологик аниқланадиган қоронғу жойида олиб борилади. Плевра эмпиемаси диагнози пункцион усул билан тасдиқлангандан, яъни йиринг олинганда плевра бўшлиғи дренажланади. Дренажлаш плевра бўшлиғидан йирингли суюқликни доимий чиқариш ёки уни доимо антисептиklar билан ювиш, антибиотиклар юбориш, вакуум мосламалар ёрдамида сийраклантиришга имкон беради. Дренажлаш учун кўпинча Бюлау троакари ёрдамида торакоцентез қилишдан фойдаланилади. Маҳаллий даволаш билан бирга тамойили жиҳатидан ўпканинг ўткир яллиғланиш касалликларидagi даволашга ўхшаш интенсив муолажа амалга оширилади.

Плевранинг ўткир эмпиемаси аста-секин сурункали турга ўтади. Бундай ўтишнинг асосий белгилари тана ҳароратининг нормал ёки субфебрил ҳароратгача пасайиши, кайфиятнинг яхшиланиши, йирингли ажралманинг камайиши ва қолдиқ плеврал бўшлиқ ҳажмининг барқарорлашуви ҳисобланади. Бироқ бу аҳвол сохта яхшиланишдир, чунки йирингли жараён давом этади ва авж олиб боради, организмнинг инфекцияга чидами камаяди ва арзимаган ноқулай шароитларда (совқотиш, чарчаш, кўшилиб келган касалликлар) у кўзийди.

Плевранинг сурункали эмпиемасини диагностика қилиш қийин эмас. Рентгенологик текширув усуллари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бўшлиқнинг жойлашувини ва ўлчамларини аниқлаш учун томография, фистулография қилиниши керак бўлади. Бронхография бронхиал шох ҳолатини аниқлаш, бронхиал оқма яралар табиати ва жойлашган жойини аниқлаш имкониятини беради. Сурункали эмпиемани даволашда одатда жарроҳлик усули қўлланилади. Ҳозирги вақтда бронхиал оқма яра ўпка тўқимаси резекцияси билан учраганда плеврэктомия билан ўпка декортикацияси энг маъқул усул ҳисобланади.

### **Ўпка кисталари**

Ўпканинг кисталар билан зарарланишлари келиб чиқиши ва морфологик тузилишига кўра турли хил касалликлар гуруҳини ташкил

қилади. Қисман ёки тўлиқ суяқлик ёки ҳаво билан тўлган юпқа деворли бўшлиқ шаклланиши улар учун умумий белги ҳисобланади.

Келиб чиқишига кўра кисталар туғма (ҳақиқий) ва орттирилган (сохта) бўлиши мумкин.

Ҳақиқий ўпка кисталари эмбрионал ва постнатал даврда ўпканинг шаклланиш жараёнлари бузилиши натижасида вужудга келади.

Сохта кисталар кўпчилик ҳолларда асосий касалликнинг яхши кечиши ва тузалиши (абсцесс, эхинококк, сил кавернаси, ўпка ичи гематомаси) натижаси вужудга келади.

Ўпкада ўчоқли эмфизема заминида шаклланидиган ҳаволи бўшлиқларни ҳақиқий ва сохта кисталардан фарқ қилиш лозим бўлади.



6-расм. Иккала ўпка поликистози.



7-расм. Чап ўпка поликистози.

Ўпка кисталарида клиник манзара уларда яллиғланиш жараёни пайдо бўлгандагина юзга чиқади. Бунда ҳарорат кўтарилиши, балғам кўчадиган йўтал қайд қилинади. Диагноз рентгенологик текширув асосида қўйилади. Рентгенологик иккита синдромлар гуруҳи — шарсимон ва юмалоқ тузилмалар ва юпқа деворли бўшлиқлар аниқланади.

Киста йиринглаганда рентгенологик манзара кўп жиҳатдан ўткир ёки сурункали ўпка абсцессларидаги клиник манзарани эслатади. Бронхографияда киста бўшлиғи контраст билан тўлдирилади, айти вақтда ўраб турган бронхиал шох ҳам ўзгармай қолади. Асоратланган кисталарни даволашда жарроҳлик усули қўлланилади, у кистани олиб ташлашдан ёки ўпка тўқимаси бир қисмини резекция қилишдан иборат.

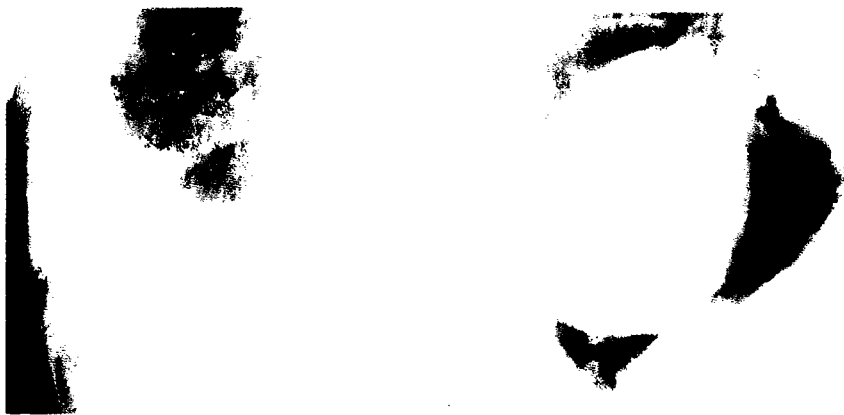
Радикал жарроҳлик амалиётга монеликлар бўлганда ўпканинг йирингли касалликларига даво қилишнинг умумий принциплари бўйича консерватив даволаш ўтказилади.

## Ўпканинг паразитар касалликлари

**Ўпка эхинококки** — мамлакатимизда энг кўп тарқалган паразитар ўпка касаллигидир. Юртимиз шу касалликнинг эндемик ўчоқларидан бири саналади. Гидатидоз ва альвеоляр эхинококкоз фарқ қилинади. Ўпка аксарият гидатидоз жараёнга учрайди.

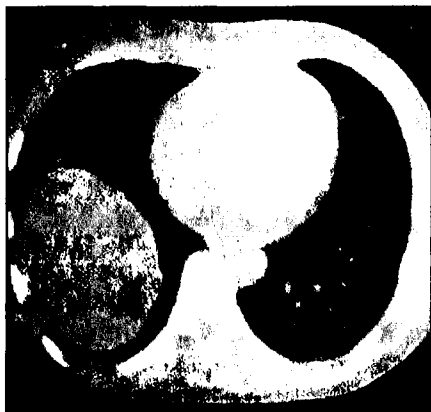
**Гидатидоз эхинококкоз** — қўзғатувчиси тасмасимон гижжа *Echinococcus granulosus* бўлиб, ҳайвонлар, аксарият итлар, бўрилар ичагида паразитлик қилади. Қўйлар, йирик қорамол оралиқ хўжайини ҳисобланади. Асосан алиментар йўл билан юқади. Ўпкада паразит личинкалари диаметри 14—20 см га етадиган кисталар шаклига эга бўлади. Кисталарнинг юпқа хитин пардаси бўлиб, унинг атрофида зич фиброз парда ривожланади. Улар орасида ёриқсимон бўшлиқ бўлади. Унча катта бўлмаган кисталарда клиник белгилар бўлмаслиги мумкин. Киста ўсиб атрофидаги аъзоларни босиб қўйганда клиник белгилар пайдо бўлиши эҳтимол.

Эхинококк кистаси бронхга ёрилганда қаттиқ йўтал тутиб, ўзида хитин парда узиқ-юлуқлари ва кичик палак отувчи кисталарини тутган озроқ миқдордаги суюқлик ажралиб чиқади. Кўпчилик ҳолларда беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳарорати кўтарилади. Киста плевра бўшлиғига ёрилганда кескин беҳоллик, иссиқ суюқлик қуйилгандек бўлиши, ҳушни йўқотиш, артериал қон босимининг тушиб кетиши, совуқ тер пайдо бўлади. Шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилмаса, йирингли плеврит ривожланади. Эхинококк кистаси йиринглаб кетганда тана ҳарорати 38—39°С гача кўтарилиб, кўп вақтгача баландлигича қолади. Йиринглаган киста ёрилганда йўтал билан ўзида хитин пардаси қолдиқлари, сколекслар сақлаган йирингли суюқлик ажралади.



8-расм. Ўнг ўпка пастки бўлаги эхинококки (тўғри проекция).

9-расм. Ўнг ўпка пастки бўлаги эхинококки (ёнлама проекция).



10-расм. Ўнг ўпка пастки бўлаги эхинококки (КТ).



11-расм. Ўнг ўпка пастки бўлаги бронхга ёрилган эхинококки (КТ).

латекс-агглютинация) ёрдам беради. Эхинококкоз жарроҳлик усулида даволанади: Вишневский, Бобров, Вахидов усулидаги эхинококкэктомия, ўпканинг паразитар кистаси бўлган қисмини кесиш. Ҳозирги кунда эндоскопик жарроҳлик амалиётлари ривожланганлиги туфайли, видеоторакоскопик усулда эхинококкэктомия жарроҳлик амалиёти бажрилиши мумкин.

Икки томонлама жараёнда жарроҳлик амалиёти босқичма-босқич қилинади. Ўпкасида эхинококкози бўлган беморларнинг қарийб 50 фоизда айни вақтда жигар ҳам зарарланишини эслатиб ўтиш лозим, даво тактикаси қўллашда буни назарда тутиш лозим.

**Альвеоляр эхинококкоз** — қўзғатувчиси — *Echinococcus multilocularis* ёввойи ҳайвонлар — бўри, тулки, қутб тулкиси ичагида паразитлик қилади. Оралиқ хўжайини — олмахон, сув қундузи, нутрия. Ҳайвон терисини ишлаш вақтида, юқумли манбалар

Диагноз рентгенологик текширув орқали аниқланади — ўпкада гомоген, контурлари аниқ шарсимон тузилмалар борлиги шундан далолат беради. Қўшни бронх ётоқ ярасида эхинококкнинг хитин ва фиброз пардаси орасига, перикистоз ёриққа ҳаво тушганда рентгенограммаларда чўзинчоқ ўроқ шаклидаги ва киста четида жойлашган ёруғ йўл-йўл газ пайдо бўлиши қайд этилади. Бронхографияда бу бўшлиқ контраст модда билан тўлади (субкапсуляр контрастланиш феномени).

Эхинококк бронхга ёрилганда ва йиринглаганда рентгенологик манзара ўпка абсцессидagi манзарага ўхшаш, яъни суяқлик сатҳи контурлари аниқ бўшлиқ кўринади. Лаборатория маълумотлари: аксарият эозинофилия, йирингланишда СОЭ ошиши, лейкоцитоз қайд қилинади.

Диагноз қўйишга иммунологик реакциялар (Кацони, комплементни боғлаш,



сувидан ичилганда юқади. Аввал жигарни зарарлантиради, ундан ўпкага ўсиб кириши мумкин. Хавфли ўсма каби инфилтратив йўл билан тарқалади. Ўпкада кам учрайдиган паразитар касалликлардан парагонимоз, цистицеркоз, токсоплазмоз, аскаридоз, амёбияз, бильгарциоз (шистосомоз) ни эслатиб ўтиш мумкин.

### **Бронхлар ва ўпканинг хавфсиз ўсмалари**

Ўпканинг хавфсиз ўсмалари гистологик тузилишига кўра турли-туман. Улар ўпкадаги ҳар қандай — эпителиал (папиллома, аденома), бириктирувчи, мушак тўқима (фиброма, миома, невринома) дан, шунингдек ўпкага хос бўлмаган, эмбриогенез бузилиши натижаси бўлмиш абберант тўқималар (тератома, гемартрохондрома) дан ўсиб чиқиши мумкин.

Бронх ичидаги ўсмалар (аксарият аденомалар) бронх бўшлиғида ўсиб қалинлашиб, унинг бўшлиғини торайтиради, сўнгра батамом бекитиб қўяди. Кўп учрайдиган дастлабки белгилари узоқ вақтгача йўталиб юриш, аста-секин кучайиб борадиган нафас сиқиши, қон туфлаш ҳисобланади. Ўпка қисмидаги гиповентиляция сабабли унда кўпинча зотилжам ривожланади. Йирингли жараён авж олиши йирингли балғам пайдо бўлишига олиб келади.

Рентгенологик манзара гиповентиляция участкалари ёки ателектазларни аниқлашда юзага чиқади. Томограммаларда бронх бўшлиғида ўсма сояси кўриниб туради. Бронхографияда бронх чўлтоғи аниқланади. Бронхоскопия диагностика жиҳатдан энг кўп маълумот беради, бунда юзаси силлиқ ўсма топилади. Тажриба бронх ичида аденомаси бор кўпчилик беморларда узоқ вақтгача тўғри диагноз қўйиш қийинлигини кўрсатмоқда. Ёш болаларда симптомлар триадаси (йўтал, аста-секин ошиб борадиган нафас сиқиши, қон туфлаш) бўлганда врач бронх ичида ўсма бормикан, деб тахмин қилиши ва тегишли текширув ўтказиши лозим.

Даволаш — жарроҳлик усулида. Ўсмали бронх резекция қилинади, ўпканинг ателектаз бўлган қисмида ўзгаришлар бўлганда уни резекция қилинади.

**Бронхдан ташқаридаги ўсмалар** одатда кўп вақтгача сезилмай юради, кўпинча уларни тасодифан ёки профилактик рентгенологик текширувда беҳосдан аниқланади. Ўсма катталашган сайин жараёнга бронхлар, висцерал плевра қўшилгандан кейин кўкракда оғриқ, йўтал, қон туфлаш сингари клиник белгилар пайдо бўлади.

Рентгенологик жиҳатдан бронхдан ташқаридаги хавфсиз ўсмаларнинг семиотикаси қатор умумий ўхшаш томонларга эга. Одатда булар якка-якка шарсимон, контурлари аниқ гомоген тузилмалардир.

Даволаш — жарроҳлик усулида. Жарроҳлик амалиёти ўсмани ўпканинг жуда кичик қисми билан олиб ташлашдан иборат. Баъзан ўпка тўқимасини резекция қилмасдан фақат ўсмани олиб ташлашга имконияти бўлади.

# КЎКС ОРАЛИҒИ КАСАЛЛИКЛАРИ

## Анатомик-физиологик маълумотлар

Кўкс оралиғи — кўкрак бўшлиғининг орқа томондан умуртқа пононаси, олдинги томондан кўкрак, ён томонлардан медиастинал плевра ва пастдан диафрагма билан чегараланиб турадиган қисми бўлиб, кўкс оралиғи юқорида аниқ чегараларсиз бўйин соҳасига ўтади.

Кўкс оралиғи шартли равишда юқори ва пастки қисмларга бўлинади, унинг сатҳи IV кўкрак умуртқасидан ўтади. Трахея юқори кўкс оралиғини шартли равишда олдинги ва орқа кўкс оралиғига бўлади, юрак халтаси эса пастки ва олдинги, ўрта ва орқа кўкс оралиғига бўлади. Кўкс оралиғи топографик-анатомик боғлиқ аъзолар ва тўқималарнинг йиғиндиси ҳисобланади. Юқори кўкс оралиғида трахея, қизилўнғач, айрисимон без, аорта равоғи, елка-бош вена-лари, кўкрак лимфатик йўли жойлашган бўлади.

Пастки кўкс оралиғининг олдинги ва ўрта қисмларида юрак ва перикард жойлашган бўлиб, ўрта қисмининг юқори учдан бирида эса трахея бифуркацияси, ўпка артерияси, аортанинг юқорига кўтарувчи қисми жойлашади. Ниҳоят, пастки орқа оралиғида аортанинг пастга тушувчи қисми, қизилўнғач, кўкрак лимфа йўли, симпатик ва парасимпатик нервлар ўтади.

## Текшириш усуллари

Кўкс оралиғида жойлашган аъзоларни текширишнинг асосий усуллари ҳар томонлама рентгенологик текшириш (рентгеноскопия, полипозицион рентгенография, компьютер томография) дир.



1-расм. Компьютер томографияда кўкс оралиғини нормал кўриниши.

Компьютер томография — замонавий, батафсил маълумот берувчи текширув усули ҳисобланиб, кўкрак қафасидан керакли ҳар қандай даражада кўндаланг кесма олишга ва унда жойлашган барча аъзолар ҳақида батафсил маълумот олишга имкон беради.

Бундан ташқари, кўкс оралиғининг аниқ диагностикаси учун қуйидаги усуллар қўлланилиши мумкин.

Пневмомедиастинография — кўкс оралиғига газ киритилгандан кейин амалга ошириладиган рентгенологик текширув. Кўкс оралиғи ўсмаларининг чегараларини аниқлашга ёрдам беради.

Сунъий пневмоторакс — плеврал бўшлиққа газ юбориш билан боғлиқ текшириш усули бўлиб, ўпканинг ўсмасини кўкс оралиғидаги ўсмалар ва кисталардан тафовут қилиш имконини беради.

Ангиография — юрак ва йирик қон томирларга катетер ёрдамида рентгенконтраст моддалар юбориб рентген тасвирларни олиб таҳлил қилувчи текширишдан иборат.

Биопсия олиш ва диагнозни узил-кесил аниқлаш учун: бронхлар орқали пункция, торакоскопия, трансторакал аспирацион биопсия, медиастино-скопия ёки периартериал медиастинотомия қилиниб материал олинади ва ундан препарат тайёрланиб, микроскоп ёки электрон микроскоп ёрдамида текширилади.

### **Кўкс оралиғи жароҳатлари**

Кўкс оралиғининг очиқ ва ёпиқ жароҳатлари фарқ қилинади. Уларни яна аъзолар жароҳатланмаган яраланишлар, олдинги кўкс оралиғи жароҳатланган яраланишларга бўлиш мумкин. Клиник манзараси қайси аъзонинг қай даражада жароҳатланганига, ҳамда қон оқиш даражасига боғлиқ бўлади.

Ёпиқ жароҳатлар кўпинча кўкс оралиғи йирик қон томирларининг жароҳатланиши оқибатида ичга қон кетиш, гематома шаклланиши каби патологик жараёнлар билан ўтади. Ўпка ва бронхлар жароҳатланганда кўкс оралиғи эмфиземаси ривожланади. Кўкс оралиғи гематомаси ва эмфиземаси нафас қисиши, цианоз, веналарнинг бўртиб чиқиши билан намоён бўлади. Одатда бу ҳолда, рентгенограммада кўкс оралиғининг кенгайганлигини, гематома пайдо бўлганида рентген тасвирда қоронғилашган соя чегараларини ва эмфиземада эса аксарият ёруғ тортганлиги аниқланади.

Даволаш: яллиғланишга қарши муолажа ўтказиш, ҳаётий муҳим аъзолар ишини бир меъёрга солишга қаратилган бўлади. Операция қилиш учун кўрсатма бўлиб, аъзолар, йирик қон томирларнинг ёрилиб улардан профуз қон кетиши, кўкс оралиғи аъзоларининг эзилиши, улар фаолиятининг кескин пасайиб кетиши каби ҳолатлар ҳисобланади.

Очиқ жароҳатлар. Клиник манзараси жароҳатланган аъзо турига, қон кетишнинг ҳажми ёки даражасига боғлиқ. Даволаш — хирургик йўл билан амалга ошириладиган операция ҳажми — жароҳат тури ва характериға боғлиқ.

### **Яллиғланиш касалликлари**

#### **Ўткир медиастенит**

Ўткир медиастенит — кўкс оралиғи клетчаткасининг ўткир йирингли яллиғланиши. Унинг пайдо бўлишига, аксарият ҳолларда кўкс оралиғининг очиқ жароҳатлари, ўткир учли ёт жисмлар воситасида тешилиши, кимёвий моддалар таъсирида куйиши, баъзан

эса асбоб-ускуналари ёрдамида текширишда жароҳатланиши ёки бўйиннинг чуқур флегмонасининг тарқалиб кетиши сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Ўткир медиастенит умумий ва маҳаллий симптомларнинг жадал ривожланиши билан характерланади. Касаллик ҳароратнинг бирданига 39—40°С даражагача кўтарилиши, гектик характердаги иситма, эт жунжикиши, кучли терлаш билан бошланади. Шу ҳолатда нафас қисиши, цианоз, тахикардия эрта бошланади, артериал қон босими пасаяди, оғир интоксикация белгилари намоён бўлади. Беморлар одатда кўкрак ва бўйин соҳасидаги тортишадиган санчиқли кучли оғриқларга шикоят қиладилар. Бўйинни эгиш ва тўғрилашда, бошни ён томонларга буришда, кўкракни босишда оғриқ кучаяди. Беморлар мажбурий ҳолатни эгаллайдилар (бошини олдинга қилиб қаддини баланд қўйиб ётадилар). Қизилўн-гач, бронхлар тешилганда медиастинал, сўнгра эса тери ости эмфиземаси вужудга келади. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, лейкоформуланнинг чапга силжиши, ЭЧТнинг ошганлиги маълум бўлади. Рентгенограммаларда кўкс оралиғи қўланкасининг кенгайганлиги, ичи бўш аъзолар тешилганда эса, кўкс оралиғида газ борлиги қайд этилади.

Даволаш: Муолажа тадбирларини ўтказиш билан бирга жарроҳлик амалиёти (операция) қўлланилади. Бундан мақсад инфекция манбаини бартараф этиш, кўкс оралиғини антисептик эритмалар билан доимий ювиб туриш учун қўш бўшлиғли силикон найчалар билан адекват дренажлашдан иборат. Муолажа тадбирлари бактериологик текширувлар таҳлили ва назорати остида антибактериал муолажа, диурез стимуляцияси билан бирга детоксикацион инфузион муолажа, ҳамда беморнинг иммунологик ҳолатини қувватлайдиган муолажалар ўтказишдан иборат.

### Сурункали медиастенит

Сурункали медиастенит ўткир медиастенитнинг оқибати бўлиши мумкин. Унга сил, антиполипоз, захм сабаб бўлиши эҳтимоли бор. Идиопатик склерозловчи медиастенит ҳам фарқ қилинади.

Касалликнинг клиник манзараси. Сурункали медиастенит узоқ вақт мобайнида белгисиз кечиши мумкин. Кейинроқ эса, кўкрак қафасида оғриқ, тана ҳароратини субфебрил кўрсаткичларгача кўтарилиши, йўтал, нафас олишда қийналиш ва унинг қисиши, ланжлик, ҳолсизлик, ютиш жараёнида қийналишлар, кўкракда сиқилиш сезгисининг пайдо бўлиши кузатилади. Бу симптомлар одатда сил (ўпка ёки лимфатик тугунлар сили), захм каби специфик касалликларидаги бўладиган клиник белгилар билан ўтади. Склерозловчи медиастенитда, касалликнинг ривожланиши жараёнида аста-секин юқори ковак венанинг эзилиши билан боғлиқ симптомларнинг пайдо бўлиши (юз керикиши, қўлда шиш, цианоз пайдо бўлиши), кўкрак тери ости веналарининг ғоят даражада кенгайиши со-

дир бўлади. Диагнозни тасдиқлаш учун қизилўнғач ва юқори ковак венасига контраст модда юбориб рентгенологик текширишдан фойдаланилади.

Даволаш: специфик антибактериал препаратлар тайинлашдан иборат. Идиопатик склерозлайдиган медиастенитда нурлаш, кортикостероидлар қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Ҳаётий муҳим аъзолар эзилганда, хирургик усулларни танлашга тўғри келади.

### **КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ ВА КИСТАЛАРИ**

Кўкс оралиғи ўсмаларининг талайгина гистологик турлари мавжуд. Келиб чиқишига кўра улар:

- ◆ невроген (ганглионевромалар, нейробластомалар, симпатикобластомалар, ореохомоцитомалар, невринома ва невроген саркомалар);

- ◆ мезенхимадан келиб чиққан (фибромалар, фибросаркомалар, липомалар, липосаркомалар, лимфангиомалар, гемангиомалар, ангиосаркомалар ва б.);

- ◆ лимфатик тугунлар ретикуляр тўқимасидан пайдо бўлган (лимфосаркомалар, ретикулосаркомалар, лимфогранулематоз);

- ◆ эмбриогенез бузилиши оқибатида пайдо бўладиган айрисимон ёки қалқонсимон безлардан келиб чиқадиган (дермоид кисталар ва тератомалар, семинома, хариноэпителиома, кўкрак қафаси ичидаги буқоқ) ўсмалари бўлади.

Кўкс оралиғи кисталари ҳақиқий целамик кисталар ва перикард дивертикулларига, бронхоген ва энтероген паразитар кисталарга бўлинади. Булар эмбриогенез жараёнининг бузилишлари оқибатида келиб чиқади.

Кўкс оралиғи ўсмалари ва кисталарини сохта ўсмалар, аневризмалардан (аорта, ўпка артерияси, тоқ вена аневризмаси), диафрагма чурраси, қизилўнғач ўсмаларидан тафовут қилиш керак бўлади.

Клиник манзараси. Кўкс оралиғининг ўсмалари ва кисталари илк босқичларда белгисиз кечади ва кўпинча профилактика мақсадида ўтказилган рентгенологик текширувларда аниқланади. Кейинчалик ўсиб кетганда ва атрофдаги аъзоларни эзиб қўйганида, кўкрак қафасида оғриқ, нафас олишнинг қийинлашуви каби белгилар пайдо бўлади. Кўкс оралиғининг ўсмалари ривожланиши жараёнида касалликка симпатик нерв алоқадор бўлганида Горнер симптоми аниқланади, қайтувчи нерв қўшилганда эса товушнинг бўғилиши каби белгилар кузатилади. Юракнинг эзилиши оқибатида, кўкрак қафасининг ўнг ярида оғриқ пайдо бўлади, юрак ритмининг бузилишлари кузатилади. Невроген ўсмалар орқа миянинг эзилиши белгилари — сезувчанлик бузилишининг турли хил турлари, парез, фалажлар, кичик чаноқда жойлашган аъзолар фаолиятининг бузилишлари билан намоён бўлиши мумкин.

Юқори ковак венасининг қаттиқ эзилиши — “юқори ковак вена” симптомокомплекси (белгилар мажмуаси)нинг ривожланишига олиб келади. Бунда юз, бўйин, қўллар, гавданинг юқори ярмида шиш ва цианоз пайдо бўлади. Шу билан бирга ўсмага алоқадор симптомлар пайдо бўлиши ҳам эҳтимол. Кўкс оралиғи ўсмаларининг кўпчилиги хавфсиз ўсмалардан ҳисобланиб, одатда ўсмалар ўлчамининг катталашиши оқибатида аъзоларнинг эзилиши юзага келганда, хирургик йўл билан олиб ташланади. Кўкс оралиғи ўсмаларининг кўпчилиги, вақт ўтиши билан хавфли ўсмалар турига айланиши мумкин. Демак, кўкс оралиғи ўсмалари диагностика қилинганда, беморнинг аҳвали имкон берса, профилактик нуқтаи назардан уни жарроҳлик амалиёти усуллари қўллаб олиб ташлаш, айна мақсадга мувофиқ бўлади.

Кўкс оралиғи ўсмалари ва кисталарининг айрим турлари диагностикаси, касалликнинг клиник манзараси ва даволаш. Невроген ўсмалар — кўкс оралиғининг кўпроқ учрайдиган хавфсиз ўсмаларидан ҳисобланади. Улар одатда, орқа кўкс оралиғи соҳасида жойлашади (2-расм).



2-расм. Кўкс оралиғи ўсмалари (КТлан кесма).

Невроген ўсмалар симпатик нерв ганглийлари ва ўзаклари, адашган ва қовургалараро нервлар, орқа мия пардаларидан келиб чиқади. Гистологик тузилиши жиҳатидан булар нейрофиброма, нейромйома, ганглионеврома, параганглиома, феохромоцитомалардир. Орқа мия илдиэларидан чиқадиган ўсмалар қисман орқа мия канали ичига, қисман эса кўкс оралиғига “қум соат” каби шаклда бўлиб ўсади. Шу муносабат билан беморлар орқадаги оғриққа шикоят қиладилар, уларда орқа

миянинг босилиш белгилари, парезлар ва фалажликлар ривожланади.

Рентгенологик аломатлар: тухумсимон ёки юмалоқ шаклдаги интенсив гомоген соянинг аниқ чегаралари бор, кўкс оралиғининг орқа юқори бўлимларида жойлашади, сунъий пневмоторакс қўйилгандан кейин яхшироқ аниқланади. Даволаш — хирургик йўл билан ўсма олиб ташланади.

**Тўш суяги орти (ички) буқоқ.** Кўкрак қафасининг тўш суяги ортида жойлашган ички буқоқ тиреоптоз (қалқонсимон безининг тўш суяги ортига тушиши) ва кўкс оралиғида жойлашган кўшимча қалқонсимон безлар ҳам киради. Аксарият ўнг тарафда, буқоқнинг бу тури кўпроқ учрайди.

Кўкрак қафасининг тўш суяги ортида жойлашган ички буқоқнинг муҳим белгиларидан бири бўлиб, трахеянинг эзилиши, сиқилиши ёки девиацияси (бир томонга сурилиши) ҳисобланади. Буқоқнинг ўлчамлари катта бўлганда кўкс оралигидаги йирик қон томирларининг эзилиши симптомлари: бўйин тери ости веналарининг кенгайиши ва пульсацияси, бош оғриғи, юз салқиси “компрессион синдром” ривожланиши мумкин. Рентгенологик текширув қўлланилганда трахея ва қизилўнғачни жойидан силжиганлигининг аниқ чегаралари соя (кўланка) сифатида аниқланади. Кўпинча I<sup>31</sup> билан сканерлаш аниқроқ маълумот беради. Даволаш — буқоқни хирургик йўл билан олиб ташлашдан иборат.

**Тимомалар** — айрисимон без ўсмалари, хавфсиз ва хавфли бўлиши мумкин. “Компрессион синдром” дан ташқари арегенератор анемия, Кушинг синдроми намоён бўлади. Кўп ҳолларда миастения белгилари (скелет мушакларининг бирданига бўшашиши, чайнаш, ютиш, нутқ, нафас олишнинг бузилиши, мушак гипотрофияси) билан ўтади. Бу симптомлар антихолинэстераза препаратлари юборилгандан кейин камаяди.

Диагностика усулларидан медиастинография батафсилроқ маълумот беради. Даволаш — безни операция йўли билан олиб ташлашдан иборат.

**Дермоид кисталар ва тератомалар.** Дермоид кисталар эндодерма элементларидан ривожланади, деворлари қалин, бўшлиғида ёпишқоқ суюқлик, тери ва соч каби таркибий қисмлар бўлади. Тератомалар ўрта кўкс оралигида бир неча пушт варақларидан ривожланади. Одатда, оғриқ ва «компрессион синдром» пайдо бўлгандагина диагностика қилинади. Даволаш — хирургик йўл билан олиб ташлашдан иборат.

**Перикард кисталари.** Эмбрионал даврда тўқималарнинг ривожланиш нуқсонидан боғлиқ. Аксарият ўнг кардиодиафрагмал бурчакда жойлашади. Кечиши кўпинча симптомларсиз. Катта ўлчамларда бўлганда юрак соҳасида оғриқ, аритмиялар қайд қилиниши мумкин. Рентгенологик текширишда аниқланади. Даволаш — кистани хирургик йўл билан олиб ташлашдан иборат.

**Бронхоген кисталар.** Одатда трахея ва йирик бронхларга тааллуқли бўлади. Уларнинг ўлчамлари катталашган сари, беморларда шикоятлар бирин-кетин пайдо бўлади. Улар қуруқ йўтал, нафас қисиши, стридороз нафас олиш ҳолида юзага чиқади. Рентгенологик тасвирда трахеяга тегиб турган юмалоқ соя аниқланади. Даволаш — кистани хирургик йўл билан олиб ташлашдан иборат. Операцияга кўрсатма бўлувчи асоратлари: йиринглаш, перфорация (тешилиш) ҳисобланади.

**Энтероген кисталар.** Орқа кўкс оралигининг пастки бўлимларида жойлашади. Бирламчи ичак найчасидан ривожланади. Кисталарнинг ички пардаси хлорид кислота ишлаб берадиган меъда эпите-

лийси билан қопланганлиги туфайли деворида яралар пайдо бўлиши, қон оқиши, перфорацияси юз бериши мумкин. Улар ичи ковак аъзоларга, перикард, плевра бўшлиғига тешиб кириб, йиринглашни ҳосил қилиши эҳтимоли бор. Диагностика учун пневмомедиастенография кўп маълумот беради. Даволаш — кисталарни операция йўли билан олиб ташлашдан иборат.

**Липомалар** — кўпинча ўнг кардиодиафрагмал бурчакда жойлашади. Симптомсиз кечади. Катта ўлчамларгача етиши мумкин, шундагина кўкс оралиғи аъзоларининг босилиш симптомлари юзага келади. Рентгенологик текширишда аниқланади. Даволаш — операция қилиниб, ўсма олиб ташланади.

**Лимфомалар.** Медиастинал лимфатик тугунлардан ривожланади. Одатда олдинги кўкс оралиғида жойлашади. Табиатиغا кўра хавфли ҳисобланади.

Симптомлари интоксикация билан боғлиқ — лоҳаслик, дармон қуриши, тана ҳароратининг кўтарилиши (иситма), ориқлаб кетиш, терида қичима пайдо бўлиши кабилардир. Катта ўлчамларга етганда: йўтал, кўкракда оғриқ, кўкс оралиғи аъзоларининг эзилиши белгилари бўлади. Диагностика учун рентгенологик текширув, медиастеноскопия, медиастенотомия ўтказилади.

Даволаш — хирургик йўл билан даволаш эрта босқичларидагина амалга оширилади, кейинчалик нур ва кимёвий препаратлар билан даволанади.



## ЮРАК ВА ПЕРИКАРД КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик ва физиологик маълумотлар

Юқори ва пастки ковак веналар қонни йиғиб уни юракнинг ўнг бўлмачасига ташийди. Қон ўнг бўлмачадан ўнг қоринчага уч тавақали клапан билан таъминланган бўлмача-қоринча тешиги орқали тушади. Ўнг қоринчадан қон ўпка артерияси бўйлаб ўнг ва чап ўпкаларга етади. Улардан артериал қон тўртта вена орқали чап бўлмачага тушади, кейин эса чап веноз тешик ва бўлмача-қоринчааро икки тавақали митрал клапан жойлашган тешик орқали чап қоринчага тушади. Кейин қон учта яримойсимон тавақалардан ташкил топган клапан билан таъминланган аортал тешик орқали аортага йўналтирилади. Ўнг ва чап бўлмачалар, ўз давомида қоринчалараро тўсиққа ўтадиган бўлмачалараро тўсиқ билан бўлинган.

Юракнинг қон таъминоти аортдан ва Вальсальва синуси соҳасидан чиқадиган иккита тож артерияси томонидан амалга оширилади. Юрак веналари тож синусига ёки бевосита ўнг бўлмачага ва қоринчага қуйилади. Юрак мушаги структураси ва фаолияти бўйича бир-биридан фарқ қиладиган иккита элемент — қисқарувчи миокард толалари ва ўтказувчи системадан ташкил топган. Юракнинг ўтказувчи системаси ўнг қоринча деворида жойлашган синус тугунидан (Кейт-Флак тугуни) иборат. Синус тугунидан келадиган импульслар атриовентрикуляр тугунга тарқалади, чап ва ўнг оёқчаларга бўлинадиган бўлмача-қоринча тутамларига ўтади.

Юракнинг иш фаолияти даври (цикли) қоринчалар систоласи ва диастоласи даврига бўлиниб, уларнинг охирида бўлмачалар систоласи содир бўлади. Юрак қоринчалари томонидан қон томирларга ҳайдаладиган қон ҳажми, юза майдонига бўлинган минутлик қон ҳажми — юрак индекси деб аталади. Катта одамда осойишта ҳолатда юрак индекси 3,5—4 л (мин.м<sup>2</sup>) га тенг, жисмоний иш бажарилаётганда эса, унинг кўрсаткичи 5—10 мартага ортади. Чап қоринча ва аортада нормал босим симоб устуни (Hg) ҳисобида 120 мм дан, ўнг қоринча ва ўпка артериясида —25 мм дан ошмайди. Перикард эса, юракни қоплаб турган берк сероз қопчиқ ҳисобланади.

**Махсус текшириш усуллари.** Тўлиқ клиник диагноз (ташхис) қўйиш, гемодинамика ҳолатини аниқлаш, юрак миокарди қисқариши фаолиятини издан чиқиш (бузилиш) даражасини аниқлаш учун, одатда қуйидаги текширув усуллари қўлланилади:

1. Ноинвазив текширув усуллари: эхокардиография, рентгенография, компьютер томография (КТ), магнито-резонанс томография (МРТ).

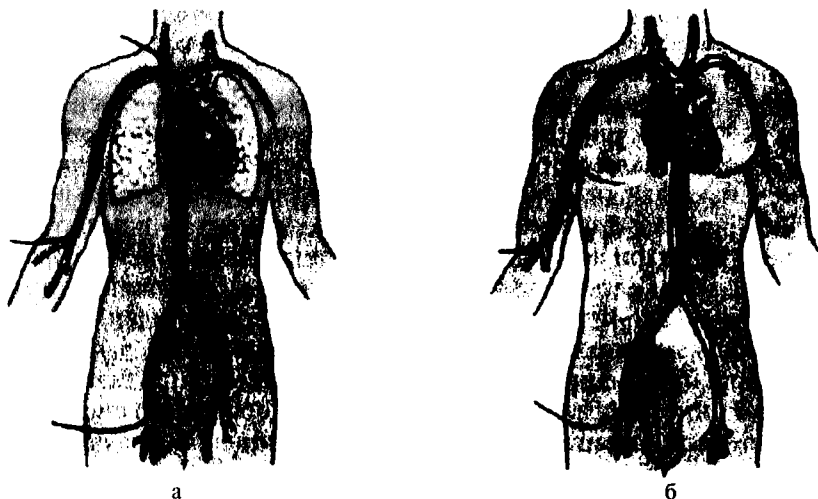
Ультратовуш текширув ёрдамида (эхокардиография) юрак тўсиғи, юрак клапанлари нуқсонларини диагностика қилиш, миокард қисқариш функцияси бузилишларини аниқлаш, юрак ичи ва марказий гемодинамика ҳолатининг аниқлаш имконини беради.

Кўкрак қафаси рентгенографияси диагностик усул сифатида кенг қўлланилади, албатта бу текширув 3 проекцияда, қизилўнгачни контрастлаган ҳолда бажаришили шарт: тўғри, чап ва ўнг қийшиқ позицияларда.

КТ ва МРТ юқоридаги текширув усулларини тўлдиради.

## II. Инвазив текширув усуллари:

Юрак бўшлиқларини Сельдингер усулида катетерлар ёрдамида зондлаш. Зонд юборишнинг учта усули фарқ қилинади: веноз, артериал ва юракни игна орқали пункция қилиш. Текширишда юрак бўшлиқларидаги босим ўлчанади, қон газ таркибига баҳо берилади ва вентрикулография бажарилади (1-расм).



1-расм. Юракнинг ўнг қисмини (а) ва чап қоринчани (б) зондлаш.

Селектив коронарография — юракнинг тож артерияларига контраст модда юбориб, унинг ўтказувчанлигига аниқлаш ва баҳо беришга айтилади.

## Перикард ва юрак шикастлари

Жарроҳлик амалиётида перикард ва юрак жароҳатлари (шикастлари) кўп учрайди. Улар орасида совуқ (ўткир) қурол зарбидан вужудга келган кесилган ёки чопилган жароҳатлар устунлик қилади. Перикард ва юрак яраланишлари аксарият, бошқа аъзолар, кўпроқ эса ўпканинг шикастланиши билан бирга учрайди (2-расм).

**Клиникаси ва диагностикаси.** Юрак яраланганда, юмшоқ тўқималари жароҳати кўпинча қуйидаги чегараларда: юқоридан III — қовурға, пастдан қовурғалар ости ва тўш ости соҳаси, чапдан — ўрта қўлтиқ чизиги, ўнгдан парастернал чизикда жойлашган бўлади. Беморда кўрқув, хавотирлик ҳисси, безовталиқ, кўкракда сиқилиш сезгиси, бош айланиши, беҳоллик, ҳаво етишмаслиги ва



2-расм. Юрак жароҳатини тикиш (схематик тасвир).

нафас олишнинг қийинлашуви сезгиси, бўйинга, чап елкага, қўлтиқ соҳасига ўтадиган оғриқдан шикоят қилади. Ранги-рўйи оқаради, совуқ тер босади, ҳушдан кетиш ва шунга яқин ҳолат юзага келади. Аҳволнинг оғирлиги фақат қон йўқотишгагина эмас, балки биринчи галда ўткир юрак тампонадаси (юракнинг перикард бўшлиғига қуйилган қондан босилиши)га боғлиқ бўлади. Ўткир юрак тампонадаси Бек триадаси билан намоён бўлади, артериал босим кескин пасайиб, баъзан пульс парадоксал бўлади. Марказий веноз қон босими тез ва бирмунча ортади, рентгеноскопияда юрак сояси пульсацияси аниқланмайди, аускультацияда юрак тонларининг кескин сустлашуви намоён бўлади. Рентгенограммаларда юрак сояси кенгайган, трапедия ёки шар шаклига ўхшайди. Гемоперикард борлиги ЭКГ тишчалари вольтажи пасайишига олиб келади.

**Даволаш.** Перикард пункцияси ва ундаги қонни аспирация қилиш, юрак тампонадаси ривожланаётган ҳолларда биринчи ёрдам кўрсатишнинг таъсирчан чораси бўлиб, беморни ихтисослашган даволаш муассасасига транспортда етказиш учун зарур вақтни йўқотмаслик имконини беради. Юрак яраланган деган ташхис қўйилганда ёки унга шубҳа бўлганда, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш, гомеостаз бузилишларини коррекция қилишни ўз ичига олган самарали реанимацион тадбирлар ўтказиш билан бирга шошилиш жарроҳлик амалиёти (операция) қилинади. Бунда қовурғалараро торакотомия кесмаси қўлланилиб, перикард очилади, юрак жароҳатини бармоқ билан босиб туриб қон оқиши вақтинча тўхтатилади, ҳамда перикард бўшлиғи қон ивиндиларидан тозаланади. Сўнгра, юрак жароҳатлари сўрилиб кетмайдиган иглар билан, П-симон чоклар қўйилиб тикилади. Перикардга эса, сийрак чоклар қўйилиб, унинг бўшлиғига каттароқ диаметрли (6—8 мм) дренаж найча қўйилади. Мабо-до амалиёт жараёнида юрак тўхтаб қолса, юрак бўшлиғига адреналин юборилиб тўғридан-тўғри массаж қилинади. Қоринчалар фибрилляциясида — дефибрилляция амалга оширилади.

## ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Туғма юрак нуқсонлари, юрак эмбриогенези жараёнларининг бузилиши ёки постнатал даврда нормал шаклланиш кечикиши оқибатида пайдо бўлади. Кўпчилик юрак нуқсонларининг асосий белгиси — кичик ва катта қон айланиш системасига қоннинг аниқ тақсимланмаслигидир. Бунга, одатда юрак тўсиқларида нуқсон борлиги сабаб бўлади.

Туғма юрак нуқсонлари шартли равишда учта гуруҳга бўлинади.

Биринчи гуруҳ — веноз қонни артериал оқимга тушиши билан боғлиқ юрак ичида патологик туташмалари бўлган нуқсонлари (ўнгдан чапга, бирламчи — кўк): триада, Фалло тетрадаси ёки пентадаси, уч тавақали клапан атрезияси, Эйзенменгер синдроми, томирлар транспозицияси ва б.

Иккинчи гуруҳ — артериал қонни веноз оқимга тушиши билан боғлиқ юрак ичида патологик туташмалари бўлган нуқсонлар (чапдан ўнгга, бирламчи-оқ): бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, қоринчалараро тўсиқ нуқсони, очиқ артериал йўл ва б.

Учинчи гуруҳ — қон айланишининг бузилиши. Кўкс оралиғидаги магистрал томирларнинг торайиши сабабли келиб чиққан нуқсонлар: ўпка артерияси стенози, аортанинг бошланиш қисми стенози, аорта коарктацияси. Ҳозирги пайтда юрак туғма нуқсонларининг юздан ортиқ турлари маълум бўлиб, улардан асосийлари устида тўхталиб ўтамиз:

### Фалло тетрадаси

Ушбу хасталик 1888 йилда француз патологанатоми Фалло тасвирлаган тўртта доимий белгилар билан кузатилади.

1. Ўпка артерияси торайиши.
2. Қоринчалараро тўсиқнинг юқори нуқсони.
3. Аортанинг ўнг томонга сурилиши.
4. Ўнг қоринча гипертрофияси.

Фалло тетрадасида гемодинамиканинг бузилиши, ўпкага қон тушишининг камайиши ва веноз қонни ўнг қоринчадан аортага ўтишидан иборат бўлади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Касалликнинг дастлабки аломатлари бола туғилгандан кейинги дастлабки соатларда унинг қичқириши ва эмиши вақтида енгил цианоз кўринишида юзага чиқади. Кейинчалик, цианоз ва нафас қисиши бирмунча яққол намоён бўлади ва 1—2 ёшга келиб доимий тусга кириб, ҳатто бола тинч турганида ҳам йўқолмайди. Катта ёшдаги беморлар нафас қисиши, тез чарчаш, бош оғриғи, жисмоний ишга лаёқатсизликдан нолийдилар. Аксарият беморлар ўриндан туrolмай ётадилар. Аҳвол тобора ёмонлашади. Беморларнинг тери қопламлари кўкимтир тусга киради, бармоқ билан босиб кўрилганда, шу жойда аста-секин йўқола-

диган оқимтир доғ қолади. Кўпинча бемор баданида, ўрта даражада кенгайган веналар кўриниб туради, улар кўкрак қафаси соҳасида ва бош суяги устида айниқса яққол кўзга ташланади. Тирноқ фалангалари ногора таёқчалари кўринишига киради. Мушак системаси сушт ривожланади. Кўздан кечирилганда аксари «юрак букриси» кўринади. Аускультацияда юрак чўққисиди I тоннинг қисқарганлиги ва ўпка артерияси II тон сушлашганлиги аниқланади. II—III қовурғалар орасида тўш суягининг чап чеккасида систолик шовқин эшитилади.

Қон анализларида эритроцитлар миқдори  $6-10^2$  л гача ва гемоглобин миқдори 130—150 г/л гача кўпайган.

Фонокардиограммада ўпка артерияси устида шовқин ва нуқсон соҳаси устида ва қоринчалараро тўсиқда шовқин қайд этилади.

Рентгенологик текширувда қуйидагилар аниқланади: юрак бир меъёрда кенгайган, юрак бели яхши билинади, чўққиси юқорига силжиган. Ўпка артерияси сатҳидаги контур ясси ва ичига ботган; аортанинг юқорига кўтариладиган қисми ва равоғи кенгайган; ўпканинг тасвири хиралашган, илдизлари сояси камайган бўлади.

Зондлашда катетер бевосита ўнг қоринчадан аортанинг юқорига кўтариладиган қисмига ўтади. Ўнг қоринчага контраст юборилганда айни вақтда ўпка артерияси ва юқорига кўтариладиган аорта тўлади, ўпка артерияси стенози аниқланади (3-расм).

**Даволаш.** Фақат жарроҳлик усули қўлланилади. Фалло тетрадасида жарроҳлик амалиётлари паллиатив ва радикал бўлиши мумкин.

Паллиатив жарроҳлик амалиётлари аорта билан ўпка артерияси ўртасида туташма (йўл) хосил қилиниб, кучсиз артериализацияланган қоннинг аортдан ўпка артериясига, торайган қисмини четлаб ўтиб, тушиши таъминланади. Радикал жарроҳлик амалиётлари ўпка артерияси стенозини бартароф этиш, қоринчалараро



3-расм. Фалло тетрадаси (контраст молда ўнг қоринчага юборилган).

тўсиқ нуқсонига ямоқ солишдан иборат бўлади. Шундай ямоқ, чиқиш бўлимнинг эҳтимол тутилган торайишини бартароф қилиш мақсадида, ўнг қоринча девори кесмасига тикилади. Энг кўп тар-



4-расм. Ұмров ости ва ўпка артериялари анастомози.

бузилганда, у очиклигича қолади ва артериал қонни аортадан ўпка артериясига ўтиши ва шу муносабат билан қатор гемодинамик бузилишлар вужудга келади. Катта қон айланиши доирасидан кичик доирага доимий қоннинг ўтиб туриши натижасида аъзолар ва тўқималарнинг қон билан таъминланиши ёмонлашади, кичик қон айланиши доирасида босим ортади, ўпка гипертензияси ошиб борганда шовқин систолик шовқинга айланиб, ўпка артерияси устида жуда яхши эшитилади.

Рентгенологик текширишда ўпка тасвирининг қуюқлашуви, ўпка артерияси ва тармоқларининг кенгайиши қайд этилади. Юракни зондлашда ўпка артериясида босимнинг ортиши, унда қоннинг кислородга тўйиниши даражасининг юқорилиги қайд қилинади. Аортографияда контраст модданинг аортадан ўпка артериясига тушиши аниқланади (5-расм).



қалган амалиётларга Блелок-Таусиг жарроҳлик амалиёти киради (4-расм).

Бунда ўнг ўмров ости артерияси ва ўпка артериясини ўнг тармоғи орасида анастомоз қўйилади. Одатда, радикал операциядан олдин биринчи босқичда паллиатив усул қўлланилади.

### Очиқ артериал йўл

Очиқ артериал йўл (Баталлов проток) аортанинг дастлабки бўлимини ўпка артерияси билан бириктириб туради. Эмбрионал даврда очик артериал йўл — нормал физиологик ҳолат ҳисобланиб, одатда чақалоқ туғилганидан сўнг, тез орада бу йўл облитерацияга учрайди. Бу жараён

Расмда кўкрак аортографияси тасвирида аорта ва ўпка артериаларини биргаликда контрастланиши кўрсатилган.

Даволаш фақат жарроҳлик усули: очик артериал йўлни боғлаш ёки боғлаб, сўнг уни кесишдан иборат.

5-расм. Очиқ артериал йўл.

## Қоринчалараро тўсиқ нуқсони

Қоринчалараро тўсиқнинг битмаганлиги (нуқсони), гемодинамиканинг бузилишига, артериал қоннинг чап қоринчадан ўнг қоринчага, сўнгра кичик қон айланиш доирасига ўтиши билан ифодаланади (6-расм).

Бу ҳолатда, артериовеноз шунтнинг борлиги чап қоринчанинг гипертрофиясига ва ўпка гипертензиясининг ривожланишига олиб келади. Ўпканинг юқори гипертензияси веноз қоннинг катта қон айланиш доирасига тушишига, цианоз пайдо бўлишига ва ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланишига олиб келиши мумкин.

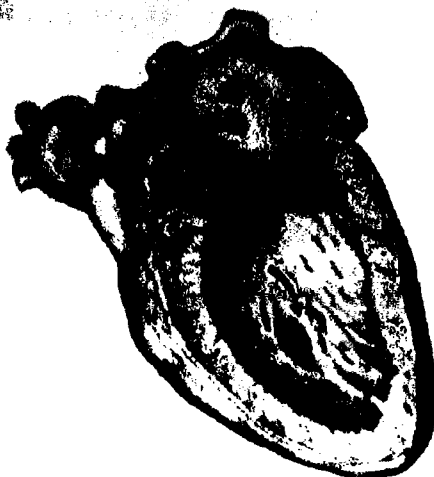
**Клиникаси ва диагностикаси.** Янги туғилган чақалоқларда ва болалар ҳаётининг дастлабки йилларидаги декомпенсация ҳолатлари билан оғир кечади. Каттароқ ёшдаги болаларда симптомлар камроқ ифодаланган бўлиб, беморда асосан нафас қисиши, тез чарчаш, юрак соҳасидаги оғриқ, юрак уриши каби шикоятлар билан ўтади.

Объектив текширувда тери қопламларининг рангпарлиги, бола-нинг ўсиш ва ривожланишда тенгдошларидан орқада қолиши қайд қилинади. Юрак чегаралари ўнгга катталашган бўлиб, аускультацияда тўшнинг чап чети бўйлаб кучли систолик шовқин, III—IV қовургалар орасида эса унинг жаранглироқ эшитилиши аниқланади.

ЭКГда қоринчалар гипертрофияси қайд этилади.

Рентгенологик текширувда ўнг қоринчанинг катталашгани, ўпка артерияси ва унинг тармоқларининг кенгайгани, чап бўлмача ва қоринчанинг бирмунча катталашгани аниқланади. Юрак бўшлиқлари зондланганда ўнг қоринчада қоннинг кислородга тўйиниш даражасининг ортиши қайд қилинади, катетер ўнг қоринчадан чап қоринчага бемалол ўтиши мумкин. Катетер чап қоринчага киритилганда контраст модда ўнг қоринчага ва ўпка артериясига тушади.

**Даволаш** — фақат жарроҳлик усули. Қоринчалараро тўсиқлардаги кичик нуқсонларга П-симон чоклар қўйиб уни бартараф этишдан иборат. Катта нуқсонларда у тешикни синтетик маҳсулотдан тайёрланган ямоқ билан бекитиш йўли билан бартараф этилади.



6-расм. Қоринчалараро тўсиқ нуқсони.



7-расм. Девор нуқсонларини ёпиш учун катетерли система – окклюдер (Amplatzer) (а), ангиограммаси (б).

Рентгенэндовакуляяр жарроҳликни ривожланиши билан, даво усулларининг янги турлари ишлаб чиқилди. Бунда, нуқсонни катетер ва махсус мослама (окклюдер) ёрдамида ёпиш усули таклиф қилинди (7-расм).

### Бўлмачаларо тўсиқ нуқсони

Юракнинг туғма нуқсони бўлиб, бунда ўнг бўлмача ва чап бўлмача тўсиғида тешик бўлиб, шу тешик орқали туташган бўлади. Бунда гемодинамиканинг бузилиши, артериал қоннинг чап бўлмачадан ўнг бўлмачага ўтиши билан боғлиқ бўлади. Бу ҳолатда, артериал қоннинг талайгина қисми нормал қон оқимида қатнаша олмайдиган бўлиб қолади. Артериал қон оқиб келиши натижасида ўнг бўлмачада, ўнг қоринчада ва ўпка артериясида босим кўтарилади (гипертензия), бу эса ўз навбатида ўнг бўлмачанинг кенгайишига, ўнг қоринча гипертрофиясига, ўпка артериясининг «бўртиб чиқиши»га олиб келади. Ўпка томирларидаги гипертензия ўпкада қон азрацияси даражасини пасайишига олиб келади. Бу ҳолатнинг авж олиши, ўпка фиброзини келтириб чиқаради.

Бўлмачаларо тўсиқ нуқсони кўпинча митрал клапан ва ўпка томирларидаги ўзгаришлар билан асоратланади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Ушбу хасталиги бор болаларда, кўпинча жисмоний ўсиб етилмаганлик қайд қилинади. Асосий шикоятлар: нафас қисиши, юрак уриши хуружлари, одатдаги жисмоний ҳаракатда тез чарчаб қолишдан иборат. Беморлар нафас йўллари яллиғланиш касалликларига осон берилувчан бўлиб қоладилар. Объектив текширишда тери қопламлари ва шиллиқ пардаларнинг рангпарлиги, чўққи турткисининг кучайиши, юрак “букрилиги” борлиги қайд қилинади. Аускультацияда тўшдан чапроқ-



да, II қовурғалар орасида ўпка артерияси устида систолик шовқин эшитилади. Рентгенологик текширувда юрак ўнг қоринчаси ва бўлмачаси, шунингдек ўпка артерияси ва унинг тармоқларида кенгаймалар кўриниб туради.

Эхокардиографик сканерлаш — юрак ўлчамларидаги ўзгаришларни, юрак бўлмачалариаро тўсиқнинг парадоксал ҳаракатини кўрсатиб беради.

Юрак зондланганда босимнинг ошганлиги, юракнинг ўнг бўлимларида ва ўпка артериясида қоннинг кислородга тўйинганлиги қайд этилади. Катетер нуқсон орқали ўнг бўлмачадан чап бўлмачага ўтиши мумкин.

**Даволаш** — фақат жарроҳлик усулда. Туғма нуқсонларни 4—8 ёшда бартараф этган маъқулроқ. Операция сунъий қон айланиш ёки сунъий гипотермия шароитларида бажарилади. Кичикроқ нуқсонлар тикиб қуйилади, 1—2 см дан ортиқ нуқсонларда синтетик ямоқ солинади.

### **Ўпка артериясининг торайиши**

Ўпка артериясининг алоҳида торайиши — оқиш (ацианотик) турдаги нуқсонларга киради. Ўпка артерияси бошланиш жойининг стенози ўнг қоринчадан кичик қон айланиш доирасига қон оқиб келишига тўсқинлик вужудга келтиради. Бошланғич даврда ўнг қоринча гипертрофияси юз бериб, кейинчалик ўнг қоринча етишмовчилигига айланади. Иккиламчи гипертрофия ва бўлмача кенгайиши туфайли трикуспидал клапаннинг нисбий етишмовчилиги пайдо бўлади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Асосий шикоятлар: нафас қисиши (жисмоний ҳаракат вақтида кучаяди), юракнинг тез-тез уриши, тез чарчаш, боланинг ривожланишда орқада қолиши. Кўздан кечиришда юрак “букрилиги”, тўшнинг чап чеккасида II қовурғалар ораси пайпаслаб кўрилганда систолик титраш аниқланади. Перкутор текширувда юрак ўлчамларининг ўнгга катталашгани аниқланади. Аускультацияда — тўшнинг чап чеккаси бўйлаб II қовурғалар орасида максимал жаранглайдиган дағал систолик шовқин эшитилади. ЭКГ да ўнг қоринча гипертрофияси белгилари кўринади. Рентгенологик манзара ўнг қоринча гипертрофияси, ўпка артериясининг клапанлардан юқори кўтарилиши, ўпка артерияси периферик тармоқлари бўшлиғининг торайиши билан таърифланади.

Юрак зондланганда ўнг қоринчада босимнинг ошиши кузатилади. Ўпка артериясида босим нормал ёки бир оз пасайгани ҳолда, у симоб устуни ҳисобида — 300 мм га етиши мумкин.

**Даволаш** — фақат жарроҳлик усули. Қон айланиши тўхтатиб қуйилган шароитда, стенозни бартараф этиш жарроҳлик амалиётлари ўтказилади.

## Тугма аорта «оғзи» стенози

Клапан, клапан ости ва клапан усти стенозлари тафовут қилинади. Аорта «оғзи» стенози қонни чап қоринчадан катта қон айланиш доирасига ўтишига тўсқинлик қилиб, унинг ортиқча ишлашига, гипертрофияга учрашига, кейин эса дилатациясига ва чап қоринча етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади. Гемодинамикадаги бузилишлар биринчи навбатда коронар ва церебрал қон айланиши бузилишига намоён бўлади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Нафас қисиши, тезда чарчаб қолиш, юрак астмаси хужужлари, стенокардияга хос оғриқлар, бош айланиши, хушдан кетиш кузатилади. Обьектив текширишда чўққи турткисининг кучайиши ва чапга силжиши, аорта проекциясида дағал систолик титраш аниқланади. Ўнг томонда II қовурғалар орасида бўйин томирларига ўтадиган систолик шовқин эшитилади. Пульс тўлиқлиги ва таранглиги кучсиз. Систолик босим пасайган. ЭКГ да левogramма, миокард ишемияси белгилари. Рентгенологик текшириш юракнинг гипертрофияси ва катталашган чап қоринчаси билан типик аортал конфигурациясини аниқлайди.

Ангиокардиография торайиш жойи ва ўлчамларини аниқ белгилаш, чап қоринча билан аорта ўртасидаги босим градиентини аниқлашга имкон беради.

**Даволаш** — фақат жарроҳлик усули, симоб устуни ҳисобида 30 мм дан ошадиган босим градиентидида бажарилади. Операция сунъий қон айланиш ёки гипотермия шароитларида стенозни бар-тараф этишдан иборат.

## Аорта коарктацияси

Аорта бўшлигининг чегараланган тугма торайганлиги. Тўлиқ ёпилиб қолганлиги чап ўмов ости артерияси чиқадиган жойдан пастроқда, торайиш кўпинча аорта равогининг пастга тушадиган кўкрак аортасига ўтадиган жойида жойлашади. Аортада торайган жойдан юқорида қон босими ошади, чап қоринча гипертрофияга учраб, кейин декомпенсация ҳолати пайдо бўлади. Бош мия қон томирлари ҳавзасида гипертензия, церебрал бузилишлар сифатида намоён бўлади. Артериал системада босим коарктациядан пастда бирмунча пасайган бўлади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Беморлар бош оғриғи, бош айланиши, юрганда оёқларининг тез оғриб қолиши, кўзнинг хиралашиши, оёқлар парестезияси ва совқотишидан шикоят қиладилар. Оёқ артерия қон томирларида пульс бўлмайд, қўл артерияларида артериал босим ошган, оёқ артерияларида эса аниқланмайди ёки бирмунча пасайган. Бемор кўздан кечирилганда қовурғалараро артериялар пульсацияси, уларнинг устида коарктация жойи соҳасида систолик шовқинни аниқлаш мумкин. Рентгенограммаларда чап

қоринча контурларининг кенгайганлиги қайд қилинади, биринчи ва иккинчи равоқлар контурлари 3 рақамини эслатади.

Ангиокардиография — аорта торайган жойини, шаклини, ўлчами ва даражасини аниқлаш имконини беради.

**Даволаш** — фақат жарроҳлик усули. Жарроҳлик амалиётлари аортанинг торайган қисмини резекция қилиш ва «учма-уч» анастомоз қўйишдан иборат. Узайган торайиш бўлган ҳолларда аортанинг резекция қилинган қисми синтетик протез билан алмаштирилади.

### Орттирилган юрак нуқсонлари

Ревматизм — орттирилган юрак нуқсонлари шаклланишига сабаб бўладиган асосий касалликдир. Шу билан бирга септик эндокардит, миокард инфаркти, кўкрак қафаси жароҳатлари унинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Ревматизмда бириктирувчи тўқима зарарланиши оқибатида турли клапанларнинг қопқоқлари бир-бирига ёпишиб кетади, бу стенозга ёки четларининг юпқалашиши ва деформациясига, кальций тузлари йиғилиши натижасида клапан етишмовчилигига олиб келади.

Аксарият комбинацияланган нуқсон, яъни клапан етишмовчилиги билан бирга унинг стенозланиши вужудга келади (8-расм).



8-расм. Митрал клапани комбинацияланган нуқсони (макропрепарат).

### Митрал клапан стенози

Митрал тешикнинг торайиши, қонни чап бўлмачадан ҳайдаш учун тўсиқ бўлиб ҳисобланади. Бунинг ҳисобига, чап бўлмачада босим ортади, бу ўпка томирларида ва ўнг қоринчада босимнинг ошишига олиб келади. Ўнг қоринчага талайгина оғирлик тушиши уч тавақали клапаннинг нисбий етишмовчилигига, катта қон ай-

ланиши веноз қисмида қоннинг димланишига, жигар шишига ва бошқа турдаги шишларнинг ривожланишига олиб келади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Митрал стеноз ривожланишининг бошланғич илк даврида, унинг тўлиқ компенсациясида одатда шикоятлар бўлмайди. Жараён авж олиб борганида: нафас қисиши, беҳоллик, тез чарчаб қолиш, юрак астмаси хуружлари, тахикардия, юрак соҳасида оғриқ, бош айланиши, хушдан кетиш юзага келади. Қон туфлаш митрал стенозга хос белгилардан бири ҳисобланади.

Кўздан кечиришда беморнинг рангпар юзида ўзига хос қизиллик, бурун учи, лабларда, қулоқ супрасида, қўл бармоқларидаги цианоз ўзига диққатни тортади. Юрак чўққиси соҳасида кўкрак қафасининг диастолик титраши аниқланади. Аускультацияда диастолик шовқин, биринчи ва иккинчи тонда ўзгаришлар сезилади, бу уч оҳангли «бедана ритми» оҳангини вужудга келтиради. ЭКГда одатда, юрак ўқи ўнгга силжиган бўлади.

Фонокардиография баланд I тонни, юрак чўққиси устида диастолик шовқинни, ўпка артериясида II тон акцентини, митрал “чертки”ни қайд қилади. Рентгенограммаларда юрак “бели”нинг текисланганлиги, чап бўлмача ва ўнг қоринчанинг кўндалангига катталашгани, ўпка артериясининг бўртиб чиққанлиги кўринади. Юракни зондлашда торайиш даражаси аниқланади.

**Даволаш.** Даво усулини танлаш бемор аҳволининг оғир-енгиллигига, гемодинамиканинг бузилиши даражасига, ревматик жараённинг кечиш босқичига боғлиқ.

Ревматик жараён суст кечаётганда уни стационарда ва давомли антиревматик даволаш ёрдамида бартараф этишнинг иложи бўлмаганда жарроҳлик амалиётини бажаришга тўғри келади. Бемор аҳволининг оғир-енгиллигига кўра юрак нуқсонларининг беш босқичи фарқ қилинади:

I босқич — симптомларсиз, жарроҳлик амалиёти бажарилмайди.

II босқич — бузилишлар жисмоний ҳаракатда пайдо бўлади. Жарроҳлик амалиёти жараён авж олишини тўхтатади ва яхши натижалар беради.

III босқич — бузилишлар тинч турганда ҳам юзага келади, одатдаги ҳаракатда орта боради. Жарроҳлик амалиётини бажариш учун қулай фурсат ўтган, бироқ уни қилиш зарур бўлади.

IV босқич — паренхиматоз аъзоларда ва юракда дегенератив ўзгаришлар бўлади. Жарроҳлик амалиётини бажариш муаммога айланади.

Тавақаларда руй-рост фибриноз ўзгаришлар бўлмаганда ва митрал клапан кальцинозида ёпиқ комиссуротомия (9-расм), асоратланган ҳолларда клапанни протезлаш бажарилади (10-расм).



а



б

9-расм. Бармоқ билан (а) ва асбоб ёрдамида (б) комиссуротомия.



10-расм. Митрал стеноз. Митрал табақани кесиш жараёни.

## Митрал клапан етишмовчилиги

Митрал клапан тавақаларининг нотўлиқ ёпилиши систола вақтида қоннинг қоринчадан бўлмачага қайта оқиб келишига сабаб бўлади. Чап қоринча катта миқдордаги қонни доимо итариб туришга мажбур бўлади. Унинг вазифаси ортади, унда гипертрофия ва дилатация ривожланади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Нуқсоннинг бу тури компенсациясида беморлар ўзларини қониқарли ҳис қиладилар, лабларда цианоз кузатилиши мумкин. Чап қоринчанинг қисқариш хусусияти пасайиб кетганда нафас қисиши, юрак уришидан шикоятлар бўлади. Кейинчалик юрак астмаси хуружлари қўшилиши мумкин.

Кўздан кечиришда юрак турткиси 3—4 см гача ошган, чапга силжиган. Аускультацияда систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тон акценти қайд қилинади. Қизилўнгачни контрастлаб рентгенологик текширишда чап қоринча ва бўлмачанинг катталашуви аниқланади. Рентгеноконтраст текшириш чап қоринчадан бўлмаган қон регургитацияси ҳажмини, митрал тешик майдонини, юрак бўшлиқлари ва ўпка артериясидаги босимни аниқлашга имкон беради.

**Даволаш.** Митрал стеноз босқичидаги каби, касалликнинг ривожланиш босқичи ва митрал етишмовчилик даражаси аниқланади. Касалликнинг I босқичидаги беморларга жарроҳлик амалиёти бажарилмайди. Жарроҳлик амалиёти II ва III босқичларда ўтказилади. IV босқичда беморлар жарроҳлик амалиётини кўтара олмайдилар, V босқичда жарроҳлик амалиёти бажариш мумкин эмас. Митрал етишмовчиликнинг асоратланмаган турларида клапанда реконструктив амалиётлар бажарилади. Кальциноз ва фиброз бўлганда клапан протез билан алмаштирилиши керак.

## АОРТАЛ ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Аортал клапан стенози, етишмовчилиги, қўшма зарарланишлари фарқ қилинади.

Беморлар нафас сиқиши, стенокардияга ҳос оғриқ, юрак уриши, унинг гоҳ уриб, гоҳ тўхтаб қолгандек бўлиши, бош айланиши, хушдан кетиб туришдан шикоят қиладилар. Кўздан кечирилганда пастга ва чапга силжиган юракнинг юқорига кўтарилиб турадиган чўққи турткиси аниқланади. Аортал клапан етишмовчилигида ҳамма артериялар пульсацияси кучайиши, диастолик босимнинг кескин пасайгани ҳолда систолик босимнинг ошиши қайд қилинади. Аортал стенозда аортал клапан проекциясида дағал систолик шовқин эшитилади. Клапан етишмовчилигида II тондан кейин бирданига келадиган диастолик шовқин эшитилади. Рентгенологик жиҳатдан юрак ўлчамларининг чап қоринча, юқорига кўтариладиган аорта ва унинг равоғи ҳисобига катталашуви аниқланади. Юрак “бели” яхши ифодаланган. Юрак бўшлиқларини катетеризация қилиш стеноз ёки клапан етишмовчилиги даражасини аниқлаш имконини беради.

**Даволаш.** Касалликнинг II—III босқичидаги беморлар жарроҳлик усулида даво қилинишлари керак. Алоҳида стенозда жарроҳлик амалиёти чап қоринчада ва аортада босим градиенти 30 мм дан ошганда қилиниши керак. Клапандаги кучсиз ўзгаришларда клапан сақлаб қолинадиган жарроҳлик амалиётларни бажариш лозим. Қопқоқлар кучли ўзгаришга учраганда — аортал клапан протезланади.

### Перикардитлар

**Перикардит** — перикарднинг висцерал ва париетал варақларини яллиғланишидир. Бирламчи перикардитлар ва кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг оқибати сифатида пайдо бўладиган иккиламчи перикардитлар фарқланади. Перикардитлар клиник кечishi бўйича ўткир ва сурункали турларга бўлинади.

**Ўткир перикардитлар.** Аъзоларнинг оғир яллиғланиши касалликларида ёки сепсисда пайдо бўладиган иккиламчи перикардитлар кўпроқ учратилади. Баъзида эса, ўткир перикардитга жароҳатлар, ревматизм, сил касалликлари сабабчи бўлади.

**Фибриноз (куруқ) перикардит** перикарднинг висцерал ва париетал варақларида фибрин толаларининг йиғилиши билан таърифланади.

Касалликнинг асосий белгилари — юрак соҳасидаги санчийдиган ва кескин оғриқлар бўлиб, улар чуқур нафас олганда ва йўталда кучаяди, тахикардия, нафас олишнинг тезлашуви, тана ҳароратининг қисқа фурсатга кўтарилиши ҳисобланади. Аускультацияда дағал хусусиятга эга бўлган перикард ишқаланиши шовқини аниқланади, у юрак қисқаришлари билан синхрон равишда эшитилади, олдинга энгашилганда кучайиб, нафасни тутиб турилганда йўқолмайди.

ЭКГда миокард субэндокардиал қаватида қон айланиши бузилганидан далолат берадиган ўзгаришлар қайд қилинади.

**Сероз перикардит.** Перикард бўшлиғида яллиғланиш характеридаги сероз ёки сероз-фибриноз суюқлик йиғилишидир.

**Асосий симптомлари:** тўш орқасида кучли оғриқлар, улар орқага ва елка устига ўтади, нафас сиқилади. Атрофдаги аъзоларнинг перикардиал экссудатдан сиқилиши сабабли ютиш қийинлашади, ҳиқичоқ тутади, овоз бўғилади. Текшириб кўрилганда чўққи турткиси заифлашган, юрак чегаралари кенгайган, юрак тонлари бўғиқ эшитилади.

Рентгенологик текширишда юрак соясининг кенгайганлиги, пульсация пасайганлиги қайд этилади. ЭКГ да асосий тишчаларнинг пасайиши аниқланади. Перикард бўшлиғида экссудат тез йиғилганда юрак тампонадаси ривожланиши мумкин, у ошиб борадиган тахикардия, артериал босимнинг пасайиши, цианоз, ўпка шиши ривожланиши билан намоён бўлади.

**Йирингли перикардит.** Перикардда йирингли суюқлик йиғилиши билан таърифланади. Клиник манзараси сероз перикардитдаги сингари, бироқ касаллик бирмунча оғирроқ кечади. Интоксикация симптомлари — гектик ҳарорат, эт увишиши, кўплаб терлаш устунлик қилади. Перикард пункция қилинганда йирингли суюқлик олинади.

**Даволаш.** Консерватив даво — антибиотиклар, аналгетиклар, дезинтоксикацион, витаминлар, иммунитетни кўтарувчи дорилар ишлатишни кўзда тутати.

Перикардда суюқлик бўлганда бир мартаба ёки такрорий пункциялар қилиш тавсия этилади. Йирингли суюқлик бўлганда перикардга микродренаж ўрнатилиб, унинг бўшлиғи антисептик эритмалар, ферментатив препаратлар билан ювилади.

**Суюқликли сурункали перикардит.** Касалликнинг асосий сабабчиси — ревматизм. Перикард париетал варагининг кескин қалинлашуви, унинг бириктирувчи тўқимасининг ўзгариши, перикард бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик йиғилиши билан ўтади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Беморлар нафас қисиши, юрак соҳасида санчикли оғриқ, юрак уриши хуружларидан шикоят қилдилар. Кўздан кечирилганда цианоз, юз ва бўйин, қўлларнинг ўртача шишиши қайд қилинади. Юрак чўққисидан туртки бўлмайди, юрак чегаралари кенгайган, унинг тонлари бўғиқ, артериал босим пасайган, веноз босим ошган бўлади.

Рентгенологик текширилганда юрак чегараларининг анчагина кенгайганлиги, юрак қисқаришлари амплитудаси пасайганлиги маълум бўлади. ЭКГ да асосий тишчалар вольтажи пасайган бўлади.

**Даволаш** — жарроҳлик усулида. Перикардэктомия — перикард париетал варагини кенг қўламда резекцияси амалиёти бажарилади.

**Босиб турадиган перикардит.** Асосий сабаби — сил, камроқ ревматизм, носпецифик инфекция, жароҳатлардир. Сурункали яллиғланиш жараёни фиброз ўзгаришга, перикард париетал ва висцерал варақларининг қалинлашувига олиб келади, улар қўшилиб кетади, аксарият ҳолларда улар кальцификацияга учрайди. Юрак халтаси бўшлиғи облитерацияга учрайди. Буларнинг ҳаммаси юрак ишини қийинлаштиради, унинг эзилиб қолишига ва томирларининг буралишига олиб келади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Беморларни нафас қисиши, юрак соҳасида босилиш сезгиси, умумий беҳоллик безовта қилади. Юз цианози, рангпарлик, гавда ва оёқларда шиш, жигар ўлчамларининг катталашуви, унда димланиш ҳодисалари қайд этилади. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ. Юрак чегаралари нормада ёки торайган. Артериал босим пасайган, веноз босим кўтарилган. Рентгенологик жиҳатдан юрак сояси контурлари деформацияланган, юрак қисқаришлари амплитудаси камайган, айрим қисмлари ҳаракатсиз. ЭКГда ҳамма тармоқларда вольтаж пасайиши кузатилади.

Ультратовуш билан сканерлашда турли қалинликдаги перикардиал битишмалар, оҳак билан қопланган қисмлар топилади.

**Даволаш** — жарроҳлик усулида. Амалиёт ўзгарган перикардни радикал кесиб олиб ташлашдан иборат.



## ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ

Юракнинг ишемик касаллиги, жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг таърифига кўра (1971 й.), миокарднинг артериал қон билан таъминланишининг нисбий ёки мутлоқ камайиши оқибатида пайдо бўлган юракнинг ўткир ёки сурункали дисфункциясидан иборат. Юрак ишемик касаллигининг ривожланиши (патогенези) асосан миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжи билан унинг юрак мушатагига етказилиши орасидаги мувозанатнинг бузилишидан иборат.

Юрак ишемик касаллиги ривожланишида иккита асосий давр ажратилади: 1) ангиоспастик ва 2) ноадекват қон таъминоти даври.

Бу тариқа иккига бўлиш ғоят шартли, чунки кўпчилик ҳолларда функционал ва анатомик ўзгаришлар ўзаро боғлиқ бўлади.

Юрак ишемик касаллигининг анатомик негизи 90% дан кўп ҳолларда юрак артерияларининг торайиши (стеноз) ҳисобланади. Юрак артериялари стенозини келтириб чиқарувчи сабаблар орасида атеросклероз, артериит, эмболиялар ва бошқалар бирмунча кам учрайди. Атеросклероз биринчи галда йирик ва ўрта катталикдаги артериялар ички пардасини зарарлантиради. Микроскопик ўзгаришлар моҳиятига кўра атеросклеротик зарарланишлар 3 турга бўлинади: 1) липид доғлар; 2) фиброз пилакчалар; 3) мураккаб зарарланишлар.

Клиник симптомлар фиброз пилакчалар ривожланганда ёки томир девори мураккаб зарарланганда пайдо бўлади. Одатда 25-30 ёшларда фиброз пилакчалар биринчи навбатда аортада, тож томирлар ва уйқу артерияларида пайдо бўлади ва аста-секин ўлчами катталашиб боради. Фиброз пилакча ривожланиши тахминан турли хил механизмлар — липидлар йиғилиши ва девор олди тромбози ҳисобига рўй беради. Булар аксарият бир вақтнинг ўзида таъсир қилади.

Кўпчилик ҳолларда атеросклероз асосий тож артерияларини проксимал бўлимларини, асосан касалликнинг бошланғич босқичида зарарлантиради. Кўпинча атеросклеротик пилакчалар касаллик бошланишида букилган ёки артериялардан йирик тармоқлар чиқадиган жойларда ёки артериялар миокард бағрига кирган соҳасида жойлашади. Атеросклероз миокард бағрида жойлашган тож артериялар қисмларига тарқалмайди.

**Юрак ишемик касаллиги классификацияси.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ишчи гуруҳи ишлаб чиққан (1979 й.) классификацияси кенг тарқалган:

1. Қон айланишининг бирламчи тўхташи.
2. Стенокардия.
  - 2.1. Зўриқиш стенокардияси.
    - 2.1.1. Биринчи марта вужудга келган.
    - 2.1.2. Барқарор.

- 2.1.3. Авж олиб борадиган.
- 2.2. Тинч тургандаги стенокардия (спонтан стенокардия).
- 2.2.1. Стенокардиянинг алоҳида тури.
3. Миокард инфаркти.
- 3.1. Муайян.
- 3.2. Эҳтимол тугилган.
- 3.3. Бошдан кечирилган миокард инфаркти.
4. Юрак етишмовчилиги.
5. Аритмия.

Бошдан кечирилган миокард инфаркти ва юрак етишмовчилигининг алоҳида турига ажратилиши бу классификациянинг камчиликларидан ҳисобланади, чунки бу ҳолатлар стенокардияда ҳам, миокард инфарктида ҳам кузатилиши мумкин. Бундан ташқари, беқарор стенокардия деган синдром ўз ифодасини топмаган.

Бугунги кунда кўп мутахассислар Россия кардиология илмий маркази ходимлари томонидан ишлаб чиқилган ва ВОЗ экспертлари тавсиялари асосида 1984 йилда тақдим этилган юрак ишемик касаллиги классификациясидан фойдаланадилар.

1. Тож томирлар касаллиги туфайли тўсатдан ўлим юз бериши (юракнинг бирламчи тўхтаб қолиши).

2. Стенокардия.

2.1. Зўриқиш стенокардияси.

2.1.1. Биринчи марта пайдо бўлган зўриқиш стенокардияси.

2.1.2. Барқарор зўриқиш стенокардияси (жисмоний иш бажариш каби моҳиятига кўра 4 функционал синфни ўз ичига олади).

2.1.3. Авж олиб борадиган зўриқиш стенокардияси.

2. 2. Спонтан (алоҳида) стенокардия.

3. Миокард инфаркти.

3.1. Йирик ўчоқли (трансмурал) миокард инфаркти.

3.2. Майда ўчоқли (субэндокардиал, интрамурал) миокард инфаркти.

4. Инфарктдан кейинги кардиосклероз.

5. Юрак ритмининг бузилиши (турини кўрсатган ҳолда).

6. Юрак етишмовчилиги (тури ва босқичини кўрсатган ҳолда).

Кардиохирургик клиникалар учун юрак ишемик касаллигининг санаб ўтилган бошқа турлари билан бир қаторда барарор стенокардия синдромини кўздан кечириш муҳим ва мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

**Барқарор** стенокардияда дори-дармонлар билан даволаш наф бермайди, бунда таъсирчан жарроҳлик усуллари қўллаш, жумладан тож томирлар ангиопластикаси, аорта ичи контрпульсацияси, аорта-тож томирларини шунтлаш амалиётлари қўлланилишини талаб этади.

### Юракнинг сурункали ишемик касаллиги

Юрак ишемик касаллигининг асосий ва тез-тез учраб турадиган симптоми тўш соҳасида жисмоний ҳаракат вақтида юзага чиқиши ва тарқалиши жиҳатидан ошиб борадиган босимни ҳис қилиш ҳисоб-

ланади. Одатда оғриқ, кўкракда ёқимсиз сезги билан ўтади, у чап елкага, кўлга ёки иккала кўлга, бўйин, жағ, тишларга ўтади. Бу пайтда беморларда одатда нафас олиш қийинлашади, ваҳима пайдо бўлади. Улар ҳаракатдан тўхтайдилар ва хуруж ўтиб бўлгунча қимирламай турадилар. Уларнинг тери қопламлари оқариб кетиши мумкин, кучли хуружда пешонадан совуқ тер чиқади. Нитроглицерин қабул қилингандан ёки жисмоний зўриқиш бартараф этилгандан сўнг тасвирланган белгилар одатда йўқолади. Стенокардия хуружининг неча марта тутиши билан атеросклерозга учраган тож томирлар даражаси ўртасида боғлиқлик борлиги аниқланган. Стенокардия хуружлари тутиши билан тож томирлар атеросклерозининг оғир-енгиллиги ўртасида ҳам худди шундай боғлиқликлар борлиги маълум.

Юрак ишемик касаллигининг энг хатарли кўринишларидан бири юрак етишмовчилиги бўлиб, у меҳнат қобилятининг вақтинчалик ёки батамом йўқотилишига, ногиронликка ва ўлимга сабаб булади. Стенокардия диагностикасида касаллик анамнезини аниқлашнинг муҳим аҳамияти бор. Бироқ айрим беморларда касаллик бошқача, атипик симптоматика билан ёки симптомларсиз ўтиши мумкин.

Диагностик усуллар орасида ЭКГ муҳим ўрин тутди, у касалликни диагностика қилиш, унинг оғир-енгиллигига баҳо бериш, жойлашган соҳасини ва миокардда қон айланиш етишмовчилиги ва постинфаркт кардиосклерознинг қанча жой эгаллаганини аниқлашга имкон беради.

ЮИК (юрак ишемик касаллиги) га шубҳа қилинган барча беморларда ҳамма эътироф этган 12 нуқтада ЭКГ текширувини ўтказиш лозим. Юрак ишемик касаллиги бўлган 35% беморларнинг тинч турган ҳолатида қайд қилинган ЭКГда миокард ишемияси белгилари аниқланмайди. Бундай беморларда ташхисни аниқлаш ва тож томир қон айланишининг резерв имкониятларини билиш учун бир қатор қўшимча электрокардиографик текширувлар: жисмоний иш билан синамалар (велоэргометрия) ва ЭКГда 24 соатлик узлуксиз мониторинг ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. Агар коронар етишмовчилик асосини миокард васкуляризациясининг функционал бузилиши — тожсимон артериялар спазми ташкил қилса, эргометрин синамаси бирмунча намунали диагностик тест ҳисобланади. У ЭКГни назорат қилиб турган ҳолда эргометрин малеат (эргоновин) препаратини венага оқим билан юборишдан иборат. Бунда ЭКГда ST сегментининг изоэлектрик чизиқдан сурилиши ва стенокардия хуружи пайдо бўлиши синаманинг мусбатлигини кўрсатади.

Юрак ишемик касаллиги бўлган беморни рентгенологик текшириш кўкрак қафаси аъзоларини рентгеноскопия ва юракни рентгеноелектрокимография қилишни ўз ичига олади, улар юрак ишемияси асоратлари борлиги (юрак аневризмаси, қоринчалараро тўсиқнинг постинфаркт нуқсон) ва кўкрак қафаси аъзоларининг кўшилиб келадиган касалликлари тўғрисида тасаввур беради.

Юрак ишемик касаллигида текширишнинг радионуклид усуллари, хусусан сокинликда ва жисмоний ҳаракат билан синама ўтказиш вақтида таллий-201 билан миокардни сцинтиграфия қилиш, шунингдек радионуклид вентрикулография усулини қўллаш муҳим диагностик аҳамиятга эга. Булар чап қоринчанинг функционал ҳолати тўғрисида маълумот беради. Текширишнинг радионуклид усуллари юрак зарбали ва минутлик ҳажмини, айланиб юрган қон ҳажмини, кичик қон айланиши доирасида қон оқими вақтини ва ўпкада айланиб юрган қон ҳажмини ўрганишга имкон беради.

Юрак эхографияси ноинвазив усул бўлиб, юракнинг тузилиши ва миокард функциясини тадқиқ қилишга ёрдам беради. Эхокардиография усулидан чап қоринча функционал қобилиятини ва юрак ишемияси касаллигини, қоринчалараро тўсиқнинг постинфаркт нуқсони ёки митрал клапан етишмовчилиги, чап қоринчанинг инфарктдан кейинги аневризмаси сингари юрак ичи гемодинамикаси асоратларини ўрганишда фойдаланилади. Чап қоринчани ўрганишда эхокардиография чап қоринча бўшлиғи, қалинлиги ва орқа девори ўлчамлари, орқа девор кинетикаси, қоринчалараро тўсиқ ҳаракати, чап қоринчанинг охириги систолик ва охириги — диастолик ҳажми, қон отилиш фракцияси, зарбали ҳажми тўғрисида маълумот олишга имкон беради. Миокард қисқарувчанлигининг локал бузилишларига баҳо беришда эхокардиография вақтида нитроглицерин билан фармакологик тестдан фойдаланилади. Нитроглицерин қабул қилингандан сўнг гипоксия соҳасининг йўқолиши ўзгаришларнинг ишемик хусусиятидан далолат беради. Бунда миокард систолик ҳаракат амплитудаси ошган бўлади. Миокард қисқарувчанлигининг сегментар бузилишларини аниқлашга имкон берадиган секторал сканерлаш (икки ўлчамли эхокардиография), чап қоринча деворлари кинетикасининг локал бузилишларини диагностика қилишда айниқса қимматли ҳисобланади.

Чап қоринча функционал қобилиятига баҳо бериш учун юракнинг чап бўлимларини катетерлаш ва чап қоринчада охириги диастолик босимни ва юракдан отилиб чиққан қонни ўлчашнинг муҳим аҳамияти бор. Юракни катетерлашда бажариладиган чап томонлама вентрикулография деворлари ҳаракатини ва уларнинг кинетикасини ўрганиш, шунинг асосида қайтар (гипоксия) ва қайтмас (чандиқли) ўзгаришлар бўлган қоринча фаолияти бузилишлари ўртасидаги дифференциал диагностика ҳажмларини ҳисоб-китоб қилиш имконини беради. Нитроглицерин қабул қилишдан олдин ва кейин чап томонлама вентрикулографияни бажариш мумкин.

F. Sones ишлаб чиққан ва 1959 йилда клиник амалиётга жорий қилган селектив коронаграфия юрак ишемик касаллигини диагностика қилишнинг асосий ва кўп маълумот берадиган усулларида ҳисобланиб, бу касалликни аниқлаш ва уни жарроҳлик усулида даволаш масаласини узил-кесил ҳал қилишда жуда қўл келади. У тожсимон артериялар ва асосий тармоқларини кўриш, уларнинг анатомик ва

функционал ҳолатини, атеросклеротик жараён даражасини, компенсатор коллатерал қон айланиши, тожсимон артериялар дистал оқимини ўрганиш учун мўлжалланган. Селектив коронаграфия 90-95% ҳолларда тожсимон ўзаннинг анатомик ҳолатини объектив ва аниқ акс эттиради.

Юрак ишемик касаллигига учраган беморларга муолажа миокард гипоксиясини бартараф этиш, шунингдек юрак ишемиясининг стенокардия, юрак етишмовчилиги ва юрак ритми бузилиши сингари клиник кўринишларини йўқотиш ёки енгиллаштиришга қаратилган.

Кислород сарфига эҳтиёж билан уни юрак мушагига ўтказиш орасидаги бузилган балансни дори-дармонлар билан йўқотиш икита йўл билан амалга оширилиши мумкин:

1) тож артерияларда қон оқимини кучайтириш ёрдамида ишемияга учраган миокард перфузиясини яхшилаш;

2) ишемияга учраган миокарднинг кислородга эҳтиёжини камайитириш.

Томирни кенгайтирадиган таъсир ҳисобига коронар тож артерияларидаги қон оқимини яхшилаш учун нитроглицерин ва бошқа органик ҳамда аорганик нитробирикмалардан фойдаланилади. Юрак ишемиясида юрак функциясини яхшилаш мақсадида бета-адренергик рецепторларни блокада қиладиган препаратлар (анаприлин, пропранолол, обзидан, индерал) ва бошқалар ишлатилади.

Тож артериялар ангиопластикаси. Торайган тож артериялар бўшлиғини тиклаш учун А.Gruntzig 1977 йилда кардиохирургия амалиётига тож артериялар ангиопластикасини жорий қилди. Бу усул стенозга учраган тож артерияларни баллонли дилатацияси (ангиопластика) йўли билан миокардни реваскуляризация қилишдан иборат. Тож артериясида кальциноз бўлмагани ва бу артериянинг дистал ўзани зарарланмагани ҳолда тож артериянинг проксимал бўлимларда торайиши тож артерияларини ангиопластика қилишга кўрсатма ҳисобланади. Ангиопластика қуйидагича ўтказилади. Одатдаги усулда коронаграфия ўтказилгандан кейин ангиопластик катетер ўтказгич-катетер билан алмаштирилади, у орқали стенозланган тож артерияга дилатацион катетер киритилади. Дилатацион катетер учиди диаметри пучайган ҳолатда 1,2—1,3 мм шиширилган ҳолатда эса максимал диаметри 3—3,7мм га етадиган баллонча бўлади. Катетернинг пучайган ҳолатдаги баллончасини тож артерияси стенози соҳасига рентгентелевизион назорат остида ўрнатилади ва уни 30% ли контраст модда эритмаси билан 5 атмосфера босими остида тўлдирилади. Баллонча 5—60 секунд мобайнида шундай ҳолатда туради, шундан кейин уни бўшатилади. Зарурат бўлганда баллончани бир неча марта тўлдириш мумкин. Стеноз даражасининг 20% дан ортиқроқ камайишига эришилганда ангиопластика яхши натижа берди деб ҳисобланади. АҚШдаги тадқиқотчилар маълумотларига кўра, тож артерияларини баллонли дилатация қилишда тахминан 65% беморларда яхши натижа олинади.

Тож артериялар ангиопластикаси жараёнида юзага келиши мумкин бўлган асосий асоратлар: ўткир миокард инфаркти (5,3%), тож артерия окклюзияси (4,6%), тож артерия спазми (4,5%), қоринчалар фибрилляцияси (1,8%) ҳисобланади. Ушбу амалиётда ўлим даражаси — 1,2% ни ташкил этади. Ангиопластика муваффақиятли чиққанда тахминан 80% беморларда стенокардия хуружлари йўқолади ёки бир мунча камаяди, 90% дан кўп беморларда жисмоний ҳаракатларга мойиллик пайдо бўлади, миокарднинг қисқариш қобиляти яхшиланади.

**Юрак ишемик касаллигини жарроҳлик усулида даволаш.** Юрак ишемик касаллигининг патогенетик асоси миокарднинг кислородга эҳтиёжи билан унинг артериал қон билан тож артериялар бўйлаб тушиши ўртасида дисбаланс эканлигини ҳисобга олиб, уни жарроҳлик усулида даволаш, аввало юрак мушагининг қон билан таъминланишини яхшилашга қаратилиши лозим. Юрак ишемик касаллигида жарроҳлик усулида иккита асосий гуруҳини тафовут қилиш мумкин:

- 1) миокарднинг билвосита васкуляризациясини яхшилаш;
- 2) миокарднинг бевосита васкуляризациясини яхшилаш.

Биринчи гуруҳга перикард ва эпикард ўртасида битишмалар ҳосил бўлишига қаратилган амалиётларни киритиш мумкин. Шу мақсадда эпикардни скарификация қилиш ёки кардиоэпикардиопексия (перикард бўшлиғига талькни пуркаш) ўтказиш таклиф қилинган эди. Миокардни реваскуляризация қилиш учун тўқима трансплантатларидан фойдаланиш амалиётлари: эпикардга чарвини, ўпка тўқимасини, кўкрак мушагини, медиастинал ёғни, тери лахтагини, ингичка ичак бўлакчасини тикиб қўйиш шундай амалиётлар гуруҳига киради. Бундан ташқари, миокардни билвосита реваскуляризация қилиш мақсадида ички кўкрак артерияларини боғлаш, тож синусини артериализация қилиш, ички кўкрак артериясини миокард бағрига имплантация қилиш бажарилган. Бироқ миокардни билвосита реваскуляризация қилишга қаратилган ҳамма амалиётлар ўзини оқлай олмади, уларнинг кўпчилиги кам таъсирчан ёки умуман фойдасиз бўлиб чиқди, шу сабабли улардан ҳамма жойда воз кечилди.

Миокардни тўғридан-тўғри реваскуляризация қиладиган операцияларнинг иккинчи гуруҳи ғоят таъсирчанлиги билан ажралиб туради ва бутун дунёда юракнинг ишемияси бўлган беморларни даволашда тобора кўп қўлланилиб келинмоқда.

Биринчи марта 1962 йилда D. Sabiston томонидан бажарилган аортокоронар шунтлаш амалиёти кенг тарқалган амалиёт бўлиб, бунда атеросклероз билан зарарланган ва торайган қисмни четлаб ўтиб, аорта билан коронар томир ўртасида шунт вужудга келтиришдан иборат. 1964 йилда биринчи марта В. И. Колесов бажарган маммарокоронар анастомоз миокардни бевосита реваскуляризация қилишнинг таъсирчан усули ҳисобланади. Операцияларнинг бу гуруҳига биринчи марта 1957 йилда С. Bailey бажарган ва кейинчалик

аутовеноз ва аутоперикардиал пластика билан тўлдирилган коронар артериядан эндартерэктомиyani киритиш мумкин. Бироқ бу операция натижалари қониқарсиз ва ўлим даражаси юқори эканлигидан ҳозирги вақтда амалда қўлланилмайди. Коронар артериядан эндартерэктомия аорта-коронар шунтлаш билан бирга бажарилади. Коронар етишмовчиликда миокарднинг хирургик реваскуляризациясининг турли усулларини проф. В. И. Бураковский, В. С. Работников ва Б. В. Шабалкинлар фаол ишлаб чиққанлар ва бу усуллар бугунги кунда кенг қўлланилмоқда.

Ҳозирги вақтда кўпгина муаллифлар дори-дармонлар билан даволашга резистент ёки берилмайдиган тинч тургандаги ва зўриқиш вақтидаги стенокардияни, аорта-коронар шунтлаш операциясини ўтказишга кўрсатма деб ҳисобламоқдалар. Коронарография маълумотлари бўйича тож артерияларининг зарарланиши хирургик даволашга кўрсатма ҳисобланади. Миокарднинг қисқариш фаолиятини баҳолашга катта аҳамият берилади. Аорткоронар ёки маммарокоронар шунтлаш амалиётлари ҳаракатсиз юракда сунъий қон айланиши ва бемор тана ҳарорати 28-30°C гача пасайтирилган шароитларда бажарилади.

**Аорто-коронар шунтлаш амалиёти техникаси.** Юрак соҳасига одатда ўрта стернотомия йўли билан кирилади. Стернотомияни бажариш билан бирга жарроҳларнинг иккинчи бригадаси болдир ёки сондан катта тери ости венасини — аутовеноз трансплантатни олади. Сўнгра аортанинг юқорига кўтариладиган қисми ва ковак веналарга найчалар қўйилиб, сунъий қон айланиш аппаратига уланади. Аортанинг юқорига кўтариладиган қисмини беркитилади ва совутилган кардиоплегик эритма ёрдамида юрак ҳаракатдан тўхтатилади. Коронар артериялар билан дистал аутовеноз трансплантатлар қўйилади. Сўнгра юқорига кўтариладиган аортадан қисқич олиб қўйилгач ва юрак фаолияти тиклангач юқорига кўтариладиган аорта билан аутовеноз трансплантат проксимал анастомозлар қўйилади. Амалиётнинг охирида, сунъий қон айланиш аппарати узиб қўйилади, аорта ва ковак веналар деканюляция қилинади ҳамда стернотомик кесма перикард бўшлиғига дренаж найча қўйилгач, тикилади.

Оддий чизикли аорткоронар шунтлардан ташқари, битта коронар артерия иккита сатҳида зарарланганда «сакровчи» шунтдан фойдаланиш мумкин: веноз трансплантат ёрдамида юқори торайишни вена билан артерия ўртасида ёнбошидан ёнбошига анастомоз қўйилади, бирмунча дистал торайишни эса ўша трансплантат билан охиридан ёнбошига анастомоз қўйилади. Бир неча коронар артериялар шикастланганда «илонсимон», «кўприксимон» ёки секвенциал шунтлар қўлланилиши мумкин: битта веноз трансплантат билан коронар артериялар ўртасида ва битта дистал анастомозни охиридан ёнбошига қўйиш йўли билан реваскуляризация қилинади.

Маммарокоронар анастомознинг қуйидаги турлари мавжуд: 1) антеград; 2) ретроград; 3) ички кўкрак артериясидан «сакровчи» шунт сифатида фойдаланиш.

Антеград маммарокоронар анастомоз қўйиш учун сафарбар қилинган ички кўкрак артериясини V—VI қовурғалараро сатҳида кесиб олинади, уни коронар артерия билан “учини ёнбошига” ёки “учма уч” усулда анастомоз қўйилади. Ретроград маммарокоронар анастомоз қўйиш учун сафарбар қилинган ички кўкрак артериясини унинг ўмров артериясидан чиққан жойида қирқилади. Сўнги вақтларда ички кўкрак артериясини иккита коронар артерия учун секвенциал шунтлар сифатида ишлатилмоқда. Ўмров ости артерияси бошланғич бўлимининг шикастланганлиги, қўлда артериал босимнинг пастлиги, ички кўкрак артериясини ажратиб олишни қийинлаштирадиган ўпка эмфиземаси маммарокоронар анастомоз қўйишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланади.

Юрак ишемик касаллигини хирургик даволашда операциядан кейинги ўлим даражаси R. Fabologo фикрича 2% дан ошмаслиги керак. Бироқ беморларнинг бу кўрсаткич бирмунча юқори бўлган гуруҳлари бор. Аорта-коронар шунтлаш бўйича ўтказилган бирламчи амалиётларнинг 90% да беморлар стенокардия симптомларидан халос бўлади.

### **Ўткир миокард инфаркти**

Миокард инфаркти юрак мушаги муайян қисмининг ишемик некрозидан иборатдир. Жараённинг тарқоқлиги бўйича миокард инфарктининг иккита тури фарқ қилинади: 1) трансмурал ва 2) эндокардиал ёки интрамурал.

Клиник кечиши бўйича асоратланган ва асоратланмаган миокард инфаркти фарқ қилинади. Ўткир миокард инфаркти клиник манзарасини белгилайдиган асосий омиллари тож артерияларининг зарарланиш ва коллатерал қон айланишининг юзага чиққанлик даражаси ҳисобланади, юрак мушагининг кўп ёки оз шикастланганлиги ва унинг жойлашуви кўп жиҳатдан ана шуларга боғлиқ. Ўткир миокард инфаркти жойлашувига кўра юракнинг олдинги девори, ён ва орқа девори ўткир миокард инфарктига бўлинади.

Ўткир миокард инфарктини аниқлашда анамнез маълумотларидан ташқари, электрокардиография, фермент диагностикаси (қон зардобиди креатинкиназа, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназани аниқлаш), технеций-99 ёки таллий-201 билан радиоизотоп диагностика, рентгенологик диагностика, эхокардиография, селектив коронарография, чап томонлама вентрикулография катта аҳамиятга эга.

Ўткир миокард инфарктини даволашнинг замонавий усуллари. Ўткир миокард инфарктида даволаш юрак фаолияти ва қон айланишини яхшилаб туриш, асоратларнинг олдини олиш, миокарднинг ҳаётга лаёқатли кўпроқ қисмини асраб қолишга қаратилиши лозим. Даволашни оғриқ хуружини тўхтатиш ва айни вақтда оксигенотерапия (бурун катетери орқали кислород бериш) ўтказишдан бошланади.



Миокарднинг шикастланиш соҳасини чегаралаш мақсадида ўтказиладиган тадбирларнинг икки гуруҳи қўлланилади:

1) инфаркт бўлган ва перинфаркт соҳаларининг коронар перфузиясини яхшилайдиган тадбирлар;

2) миокарднинг кислородга эҳтиёжини камайтирадиган тадбирлар.

Биринчи гуруҳдаги тадбирлар: дори-дармонлар, эндоваскуляр (инвазив) ва жарроҳлик усуллар билан яхшилашга эришиш мумкин.

Консерватив даволаш антиспастик таъсири бўлган препаратлар, қон шаклли элементлари агрегациясини камайтирадиган препаратлар, бета-адренергик рецепторларни блокада қиладиган препаратлар, кальций антагонистларини ўз ичига олади. Консерватив даволаш билан бир қаторда бузилган қон оқимини ва инфарктланган соҳани тиклашга, юрак мушаги шикастлари ўлчамини чегаралашга ёрдам берадиган қатор эндоваскуляр ва жарроҳлик усуллари мавжуд. Улар орасида коронар ичи тромболитик муолажаси, аорта ичи контрпульсацияси ва аорта-коронар шунтлаш энг таъсирчан усуллардан саналади.

Тромболитик препаратларни коронар қон томирга юбориш тромбозга учраган тож томирни реканализация қилишга, унда қон оқимини тиклашга, шикастланиш соҳасини чегаралашга, миокард перинфаркт ишемияланган соҳасининг яшашга лаёқатини сақлаб қолиш ва ўткир миокард инфарктдан ўлимни камайтиришга қаратилади. Окклюзияланган тож қон томирига ангиографик катетер киритилади ва у орқали бир вақтнинг ўзида 20000—40000 ТБ тромболитик препаратлар (стрептаза, авелизин) юборилади, сўнгра минутага 2000—6000 ТБ ҳисобида томчилатиб юборилади, бунда препаратнинг умумий дозаси 20000—24000 ТБ дан ошмаслиги керак. Бутун муолажага 1 соатча вақт сарф бўлади. Инфаркт бошлангандан сўнг дастлабки 6 соат ичида ўтказилган тромболитик даволаш тахминан 75—80% ҳолларда окклюзия бўлган томирни реканализация қилишга имкон беради. Тромболитик даволаш самара бергандан кейин узоқ вақтгача (2—3 ой) антикоагулянтлар билан даво олиб борилади. Тож артерияларда тромболитик даволашни тўлиқроқ тиклаш учун уни тож томирлар ангиопластикаси ёки аорта-коронар шунтлаш билан бирга қўшиб олиб борилади.

Аорта ичи контрпульсацияси ёрдамчи қон айланишининг энг тарқалган усуллари билан бири ҳисобланади. Бу усулнинг моҳияти шундан иборатки, аорта ичи баллони диастола фазасида тез шишиб чиқади, юрак систоласи фазасида эса пучайиб қолади. Бу баллон Сельдингер бўйича пункцион усул билан сон артерияси орқали ўтказилади ва ўткир коронар бузилиши сабабли келиб чиққан юрак етишмовчилигида кўкрак бўлимида ўрнатилади. Бу систолик артериал босим пасайишига ва диастолик босим ошишига, миокарднинг кислородга эҳтиёжи камайишига ва бир қатор гемодинамик кўрсаткичларнинг яхшиланишига олиб келади. Контрпульсациянинг

асосий аҳамияти чап қоринча ишини енгиллаштириш, коронар перфузияни ва миокард оксигенациясини яхшилашдир.

В. И. Колесов 1968 йилда жаҳонда биринчи марта ўткир миокард инфарктида маммарокоронар анастомоз қўйди ва бевосита реваскуляризация операциясини муваффақиятли амалга оширди. Ҳозирги вақтда реперфузия 6 соатгача муддат ичида бажарилса, шикастланиш қайта ривожланишга учрайди, жарроҳлик амалиёти бундан кечиккан муддатларда ўтказилса ҳам, периинфаркт соҳасида қон таъминоти яхшиланади деб ҳисоблайдилар. В. И. Бураковский ва муаллифдошлари ўткир миокард инфарктида шошилинич аорта-коронар шунтлашга қўйидагилар кўрсатма бўла олади, деб ҳисоблайдилар:

1) коронография ва транслюминал ангиопластикадан кейин тож артериясининг тромбози, шунингдек илгари коронография ўтказилган ва аорта-коронар шунтлаш режали жарроҳлик амалиётларини кутаётган беморда ўткир миокард инфаркти ривожланиши;

2) аниқ юзага чиққан гемодинамик бузилишлар ва кардиоген шок;

3) эрта постинфаркт даврдаги турли хил асоратлар, ишемия ва некроз соҳаси кенгайиши.

Бу тўш орқасида оғриқлар қайталаниши, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши, барқарор постинфаркт стенокардиянинг клиник белгилари, кўрсатиб ўтилган асоратларнинг бирга келишида намоён бўлади. Миокарднинг талайгина қисмини қон билан таъминлайдиган йирик тож томир стенози бўладиган майда ўчоқли миокард инфарктида инфаркт соҳаси кенгайишининг олдини олиш мақсадида реваскуляризация қилиш мақсадга мувофиқ бўлади. Трансмурал миокард инфаркти асоратланмай кечадиган беморларда эса реваскуляризация қилиш мумкин эмас. Трансмурал миокард инфарктида жарроҳлик амалиёти бажарилишига кўрсатмалар бўлганда уни фақат эрта муддатларда (хуруждан кейин 6 соат ичида), миокард инфаркти зарарланиши қайта ривожлана оладиган фурсатда ўтказиш лозим.

Ҳозирги вақтда инфаркт ривожлангандан кейин 6 соат ичида бажарилган миокард амалиётларида ўлим 3,1% ни ташкил қилади, бу дори-дармонлар билан даволашдагига қараганда бирмунча кам. Бундан ортиқ муддатларда бажарилган жарроҳлик амалиётларда ўлим 10,3% ни ташкил этади, бу дори-дармонлар билан даволашдаги ўлимга тахминан тўғри келади.

Постинфаркт юрак аневризмаси, қоринчалараро тўсиқнинг постинфаркт нуқсони, митрал клапаннинг постинфаркт етишмовчилиги каби миокард инфарктининг асоратларида қилинадиган жарроҳлик амалиётлар етарли даражада яхши ишлаб чиқилган ва қўлланилапти. Бу жарроҳлик амалиётлари гоят мураккаб ва сунъий қон айланиши шароитларида бажарилади.

## СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛАР

Бугунги кунда юрак-қон томирлар тизимининг касалликлари аҳолининг умумий касалланиш структурасида биринчи ўринни эгаллаб, меҳнат қобилиятини йўқотиш, эрта ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Юрак ва қон-томирлар касалликлари орасида артериал гипертензия кенг тарқалгандир. Ягона белги, яъни юқори артериал қон босими — барча симптоматик артериал гипертензияларни битта гуруҳга бирлаштириб туради. Бу гуруҳга кирадиган касалликларнинг клиник манзараси, этиологияси бир-бирига ўхшамаган, патогенези ҳар хил бўлган турли нозологик birlikлардан иборат касалликлар бўлиб, улар терапия, жарроҳлик, урология ва эндокринология каби тиббиёт ихтисосликларининг муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Симптоматик артериал гипертензияларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

◆ буйрак паренхимасининг шикастланиши билан боғлиқ бўлган касалликлар (пиелонефрит, гломерулонефрит, сийдик-тош касаллиги, буйрақлар поликистози, диабетик нефропатия ва б.)

◆ буйрак усти бези касалликлари (феохромочитома, Конн синдроми, Иценко—Кушинг синдроми ва б.)

◆ бош мия касалликлари билан боғлиқ бўлган артериал гипертензиялар (энцефалит, ўсмалар, бош мия жароҳатлари ва б.)

◆ йирик қон томирлари ривожланиши нуқсонлари (аорта коарктацияси, қорин аортасининг туғма гипоплазиялари ва б.)

◆ вазоренал гипертензия.

### ВАЗОРЕНАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Вазоренал гипертензия (ВРГ) — буйрак артерияларида магистрал қон оқимини бузилиши оқибатида ва буйрак паренхимаси, сийдик чиқарув йўллариининг бирламчи зарарланиши билан боғлиқ бўлмаган симптоматик артериал гипертензия турларидан биридир. Барча артериал гипертензия турлари орасида вазоренал гипертензия 2-5%ни ташкил этади (1-жадвал).

1-жадвал

#### Иккиламчи артериал гипертензияларнинг сабаблари

№	Гипертензия сабаблари	Учраши (% ҳисобида)
1	Буйракнинг паренхиматоз касаллиги	5
2	Вазоренал гипертензия	2—5
3	Бирламчи альдостеронизм	0,5—1
4	Қалқонсимон без касалликлари	0,5—1
5	Феохромочитома	<0,2
6	Иценко—Кушинг синдроми	<0,2
7	Дори-дармонлар таъсири	0,1—1

Вазоренал гипертензия негизини буйрак артерияларининг ёки унинг сегментар тармоқларининг бир ёки икки томонлама торайиши ёки окклюзияси ташкил қилади. Натижада артериянинг патологик торайган қисми орқали буйракка қон келиши анчагина камаяди, бу ўз навбатида буйрак тўқимасининг ишемиясига сабаб бўлади. Ишемиянинг даражаси артерия стенозининг даражасига бевосита боғлиқ бўлади.

**Этиология.** Ҳозирга қадар вазоренал гипертензиянинг 40 га яқин сабаблари мавжуд. Вазоренал гипертензия, келиб чиқиш сабабларига кўра туғма ва орттирилган бўлади.

Туғма сабаблари орасида куйидагилар кўпроқ учрайди:

- буйрак артерияларининг фиброз-мушак дисплазияси,
- аорта ва буйрак артериялари гипоплазияси,
- буйрак артериялари аневризмалари,
- туғма артерио-веноз оқмалар.

Орттирилган сабаблар:

- атеросклероз,
- носпецефик орто-артериит,
- нефроптоз,
- буйрак инфаркти,
- буйраклар жароҳати,
- буйраклар ўсмалари.

Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда вазоренал гипертензиянинг асосий сабаби ҳисобланади ва 60-85% гача беморларда учрайди. Атеросклеротик пиллакча (бляшка)лар кўпчилик ҳолларда буйрак артериясини аортадан чиқиш қисмида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зарарланиши кузатилади, айрим ҳолларда артерия икки томонлама шикастланади, бу одатда 1/3 беморларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади. Касаллик, аксарият эркакларда аёлларга нисбатан (2-3 марта) кўп учрайди.

Вазоренал гипертензиянинг сабаблари ичида фиброз-мушак дисплазияси атеросклероздан кейин иккинчи ўринни эгаллайди. Фиброз-мушак дисплазияси асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (1—41 ёшгача) учрайди.

Беморларнинг ўртача ёши 28 ёшни ташкил қилади. Аёллар эркакларга қараганда 4—5 марта кўпроқ касалланади. Морфологик жиҳатидан фиброз-мушак дисплазияси асосан буйрак артериялари, уларнинг тармоқларини қамраб оладиган, артериянинг мушак, интима қатламларида дистрофик ва склеротик ўзгаришлар кечиши билан характерланади. Бунда артериянинг мушак элементларини гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга кузатилади. Натижада торайиш ва кенгайишларни (аневризмалар) аралаш жойлашиши кузатилади. Бу артерияларга ўзига хос тус беради,

улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларидан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу касаллиги) ҳисобланади. Носпецифик аортоартериит тарқалган характерга эга бўлган касаллик бўлиб, патологик жараён асосан аорта равоғи тармоқлари, торакоабдоминал аорта ва унинг тармоқларида кузатилади. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабаблари орасида носпецифик аортоартериит 17—22% ни ташкил қилади. Бу касалликда буйрак артерияларининг зарарланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда ҳам кузатилади, бироқ асосан ёш аёлларда кўпроқ кузатилади. Касаллик одатда 11—20 ёшда бошланади, 2—3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши юзага чиқади. Патогенези бўйича бу касаллик аутоиммун характерга эга бўлиб, этиологияси ҳозиргача тўлиқ аниқланган эмас. Клиник жиҳатдан касаллик тана ҳароратининг кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ортиши, гипергаммаглобулинемия, фибриногеннинг ошиши ва С-реактив оқсили пайдо бўлиши каби белгилар билан бошланади.

Вазоренал гипертензия яна қуйидаги ҳолатларда юзага келиши мумкин: буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида, буйрак артерияси ўткир тромбози ёки эмболияси натижасида, буйрак артерияларида аневризма ҳосил бўлиши, буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, буйракларнинг ривожланиш нуқсонларида ва бошқаларда.

**Патогенез.** Буйрак артериясининг торайиши ёки ёпилиб қолиши (окклюзия) буйракда қон оқимининг камайишига ва перфузион босим пасайишига олиб келади. Буйрак тўқимасининг ишемияси ҳосил бўлиш натижасида юктагломеруляр аппарат (ЮГА) ҳужайралари гиперплазияси ривожланади ва бунинг оқибатида ренин (фермент) гиперсекрецияси кузатилади. Ренин жигарда ҳосил бўлган нофаол ангиотензиногенни ангиотензин I га айлантиради. Ангиотензин I эса ангиотензинни конвертация қиладиган фермент таъсири остида ангиотензин II га айланади. Ангиотензин II — энг кучли вазоконстрикторлардан бири бўлиб, артериолаларга бевосита таъсир кўрсатади ва уларни торайишига олиб келади, томирларнинг периферик қаршилигини кескин равишда кўпайтиради.

Бундан ташқари, ангиотензин II буйрак усти безлари пўстлоқ қавати томонидан альдостерон ишлаб чиқарилишини рағбатлантиради, бу эса ўз навбатида организмда натрий ионлари ва сувнинг тутилиши билан кечадиган иккиламчи гиперальдостеронизм ривожланишига олиб келади. Периферик ангиоспазм, гипернатриемия ва гиперволиемия, артериал гипертензияни янада чуқурлаштишига сабаб бўлади. Касалликнинг бошланғич даврларида буйрак усти безининг пўстлоқ қисмидаги ўзгаришлар функционал характерга эга бўлиб, морфологик ўзгаришлар минимал ҳолатда бўлади. Кейинча-

лик эса, ўзгаришлар органик тусга ўтади: без хужайралари гипертрофияга учрайди ва оқибатда буйрак усти безининг диффуз ёки тугунчали гиперплазияси ривожланади. Альдостеронни доимий равишда кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши, ренин секрециясини камайтиради, шунинг учун иккиламчи гиперальдостеронизм ривожланиши билан кам ренинли вазоренал гипертензия шаклланади.

**Клиник манзараси.** Симптоматик гипертензияларнинг айрим турларига (Конн синдроми, Кушинг синдроми, феохромоцитома) хос патогномотик симптомлар вазоренал гипертензияда йўқ.

Беморларнинг шикоятларини қуйидагича умумлаштириш мумкин:

1. Церебрал гипертензияга хос белгилар: бош оғриғи, бошда оғирлик ҳиссиёти, қулоқларда шовқин, кўз соққаларида оғриқлар, хотиранинг пасайиши, қониқиб ухламаслик ва б.

2. Юрак чап бўлимларига ортиқча оғирлик тушиши ва коронар етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган шикоятлар: юрак соҳасида оғриқ, тахикардия, тўш ортидаги оғирлик ҳисси ва б.

3. Бел соҳасидаги оғирлик сезгиси, кучли бўлмаган оғриқлар, буйрак инфаркти бўлган тақдирда — гематурия.

4. Бошқа аъзолар ишемияси белгилари (буйрак артериялари билан бирга бошқа аъзолар магистрал артериялари шикастланганда).

5. Носпецифик аортоартериитда умумий яллиғланиш синдроми учун хос шикоятлар.

6. Иккиламчи гиперальдостеронизм учун хос шикоятлари: жинсий заифлик, парестезиялар, тетания хуружлари, полиурия, никтурия, полидипсия.

Вазоренал гипертензия тахминан 25% беморларда белгисиз кечади.

### Диагностикаси

Диагноз қўйиш учун қуйидаги анамнестик маълумотлар муҳим аҳамиятга эга бўлади:

1. Болалар ва ўсмирларда барқарор гипертензия ривожланиши.

2. Касаллиги илгари хавфсиз кечган, гипотензив муолажа эса самарали бўлган 40 ёшдан ошган шахсларда гипертензиянинг барқарорлашуви ва даволашга нисбатан рефрактерлик. Бундай беморларда ўтувчи оқсоқлик ёки бош мия сурункали ишемияси белгилари.

3. Гипертензия бошланишининг ҳомиладорлик ва туғруқлар билан алоқадорлиги (нефропатиясиз кечуви).

4. Гипертензия бошланишининг буйраклар соҳасидаги асбоб-ускуна ёрдамида текширувлар ёки манипуляциялар, буйраклардаги ва қорин аортасидаги операциялар билан алоқадорлиги.

5. Юрак нуқсони, аритмиялари бўлган беморларда ёки постинфаркт кардиосклерози, бошқа артериал ҳавзаларда эмболия ҳодисалари бўлган беморларда гипертензиянинг бел соҳасидаги оғриқ хуружларидан кейин ривожланиши.

Клиник текширувни беморларни қўл ва оёқларидаги қон босимини ўлчашдан бошлаш лозим, бу коарктацион синдромни истисно қилишга ёрдам беради. Шунингдек босимни горизонтал ва вертикал ҳолатда ўлчаш лозим. Агар ортостатик ҳолатда қон босими юқорироқ бўлса, нефроптоз тўғрисида ўйлаш мумкин.

Қорин аортаси ва буйрак артерияларини аускультация қилиш зарур асосий усуллардан бири ҳисобланади. Бунда тахминан 40% беморларда буйрак артериялари ёки қорин аортаси проекциясида систолик шовқин эшитилади. Систолик шовқин юза жойлашган артериялар: уйқу, ўмов ва сон артериялари устида эшитилиши — атеросклероз ва носпецифик аортоартериитда тизимли зарарланиш белгиси сифатида диагностикага ёрдам бериши мумкин.

Беморда қуйидаги белгилар аниқланса вазоренал гипертензия касаллиги борлигига тахмин қилиш мумкин:

- ◆ иккита ёки ундан ортиқ гипотензив препаратлар ва диуретикларга резистент бўлган артериал гипертензия;

- ◆ артериал гипертензиянинг 20 ёшгача бўлган аёлларда ёки 55 ёшдан кейин пайдо бўлиши;

- ◆ тез авж олиб борадиган ёки хавфли кечадиган гипертензия;

- ◆ атеросклероз касаллигининг турли хил кўринишлари борлиги;

- ◆ АПФ ингибиторлари ёки ангиотензин II рецепторларининг блокаторларини қўллаш фонида ривожланадиган азотемия;

- ◆ қорин аортаси ва буйрак артериялари устидаги систолик шовқин;

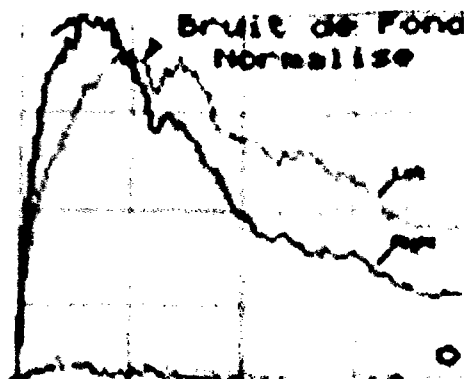
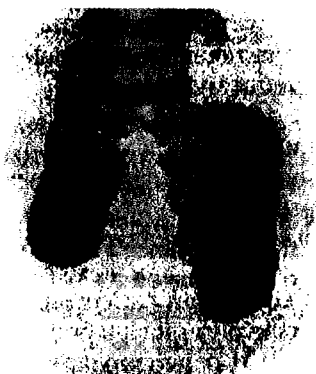
- ◆ УТТ да буйракларнинг ўлчамларидаги 1,5 см дан ошадиган фарқлар.

Юқорида санаб ўтилган белгилар вазоренал гипертензия тўғрисида кўпинча асосланган тахмин қилишга имкон беради, бироқ улар бу диагнозни тўлиқ тасдиқлаш имкониятига эга эмас.

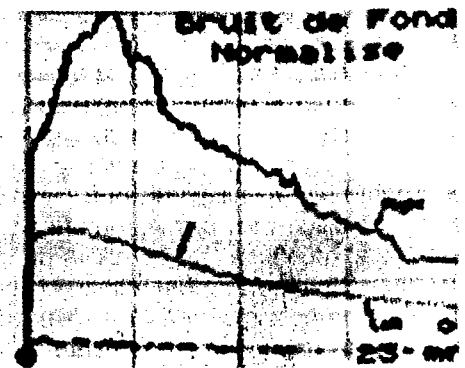
Вазоренал гипертензия диагнозини тасдиқлаш ёки рад этиш учун кўшимча текширувлар ўтказиш зарур бўлади. Вазоренал гипертензия диагностикасининг энг ишончли ва тўғри усули буйраклар ангиографияси ҳисобланади, бу текширишни фақат қон-томир касалликларига ихтисослашган марказлардагина бажариш мумкин. Ангиография стеноз жараёнининг сабабини аниқлашга, стеноз даражаси ва унинг жойлашувига баҳо беришга имкон беради, бу эса хирургик даволаш тўғрисидаги масалани ҳал қилишда катта аҳамиятга эга.

Диагностика учун, бир қатор кам инвазив, скрининг усуллари ҳам мавжуд бўлиб, улар буйрак артерияларнинг зарарланганини топиши, ангиографияга кўрсатмаларни аниқлаши, гипертензия генезини (келиб чиқиши) аниқлаши ва айрим беморларга ангиография ўтказиш шартмаслигини белгилаб беради. Жумладан, АХФ ингибиторлари билан сцинтиграфия, доплер - ультрасонография, магнит-резонансли ва КТ ангиография юксак сезувчанлика эга бўлиб, ангиографиягача бўлган даврда скрининг усул сифатида қўлланилиши мумкин.

Ангиотензинга айлантирувчи фермент (ААФ) ингибиторлари билан реносцинтиграфия қилиш. Буйрак артериясининг функционал аҳамиятга эга стенозида ААФ ингибиторларини қўлланилиши, буйрак нефронларида фильтрация тезлигининг пасайишига олиб келади. Бу ҳол эфферент артериолалар констрикциясини бартараф этиш ёки сезиларли сусайтириш туфайли келиб чиқади. Ренограмманинг характерли ўзгариши бунинг оқибати бўлиб ҳисобланади (1а ва 1б-расмлар).



1а-расм. Чап буйрак артериясининг стенози (реносцинтиграмма). Чап ренограмма эгри чизиғи амплитудасини ўнг буйракники билан солиштириш.



1б-расм. Каптоприл қабулдан кейин шу бемор сцинтиграммаси. Чап буйрак ренограммаси эгри чизиғи амплитудасининг кескин пасайиши.

Сцинтиграфияда ААФ ингибиторлари индукциялаган ўзгаришлар реноваскуляр гипертензия учун энг специфик диагностик мезон ҳисобланади. ААФ ингибиторлари қўлланилганда нормал сцинтиграмма олинган бўлса, ВРГ эҳтимолини 10% дан кам деса бўлади.

**Допплер-ультратовуш текшируви.** Бу текширув афзаллиги унинг ноинвазивлиги ва арзонлигидадир. Допплер-ультратовуш текширу-



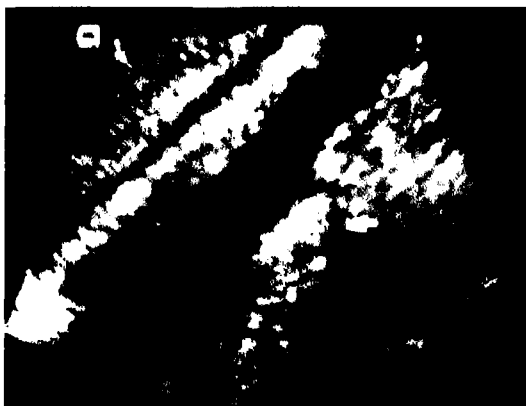
ви ёрдамида 2 та усулдан фойдаланилади: буйрак артерияларини бевосита визуализацияси ва Допплер тўлқинлари шаклини анализ қилиш.

Буйрак артерияларининг бевосита визуализацияси. Бу усул асосий буйрак артерияларини рангли ёки энергетик доплер — бевосита ультратовуш текшируви билан спектрал доплер — ультратовуш ёрдамида буйрак артериялари бўйлаб тезлигини анализ қилишни ўз ичига олади (2—3-расмлар).

3-расм. Контраст модда ёрдамидан олинган рангли доплер сканерлаш. Қорин аортасидан ва буйрак артериясидан келаётган сигнал кучайганини кўрсатади.



1в-расм. Шу бемор ангиограммаси. Чап буйрак артериясининг яққол юзага чиққан стенози қайд этилади.



2-расм. Қорин аортасини кул ранг шкалада сканерлаш. Буйрак артерияларининг ноаниқ визуализацияси уларнинг ҳолати тўғрисида ҳулоса чиқаришга тўлиқ имкон бермайди.

Сигнални кучайтириш учун контраст модда юбориб эришиш мумкин, бу буйрак артерияларининг визуал тасвирини енгиллаштиради (4-расм).

Уч ўлчовли ультратовуш ангиографияси буйрак артерияларининг батафсил кўришга имкон беради, тасвирнинг аниқлигини уч ўлчовли магнит-резонанс ангиографияси билан таққослаш мумкин бўлади (4—5-расмлар).



4-расм. Уч ўлчовли ультратовуш (чапда) ва магнит резонанс ангиография (ўнгда). Чап буйрак артерияси стенози ва ўнг буйрак артерияларининг жуфт ҳолда келиши.



5-расм. Уч ўлчовли ультратовуш (чапда) ва магнит резонанс ангиография (ўнгда). Ўнг томонда кўшимча буйрак артерияси.

Ўлчамларининг кичрайишини аниқлаш мумкин. Узунлиги 8 см дан кичик буйраклар одатда ишемия билан оғир шикастланган бўлади. Бундай шароитларда реваскуляризация буйрак фаолиятининг тикланишига ёки гипертензияни бартараф этишга олиб келмайди ва бу ҳолат нефрэктомияга кўрсатма ҳисобланади.

**Магнит-резонанс ангиография.** Гадолиний контрасти билан магнит-резонанс ангиография ҳозирги вақтда уч ўлчовли тасвирларни

Ультратовуш (УТ) ёрдамида текширув вақтида аниқланган қуйидаги белгилар буйрак артериясининг аҳамиятга эга бўлган проксимал стенози ёки окклюзиясини диагностик мезонни ҳисобланади:

- ◆ буйрак артериясида максимал систолик тезликнинг ортиши ( $> 100-200$  см/сек);

- ◆ максимал систолик тезлик буйрак-аортал коэффиценти 3.5 дан кўп;

- ◆ артериянинг пост-стеноз соҳасидаги турбулент оқим;

- ◆ буйрак артериясини доплер сигнализиз визуализация қилиниши окклюзиядан дарак беради.

Бундан ташқари ультратовуш текшируви ёрдамида ВРГ билвосита белгиларини, хусусан ишемик атрофия ҳисобига буйрак

шакллантиришга қодир юксак сифатли тасвир ҳосил қиладиган тизим сифатида ишлатиладиган бўлди. Ангиографик контраст – парамагнетик T1 – эффектни камайтиради, қон ёрқин рангда тасвирланади, айна вақтда ҳаракатсиз тўқималар тўқ рангда қолади.



6-расм. Магнит резонанс ангиография.  
Аортада ўнг буйрак артерияси тепасида эксцентрик атеросклеротик пилакча бор.  
Иккала буйрак артериялари стенозлари.

**Спиралли компьютер томографик ангиография (КТА).** Бу усул ноинвазив усуллардан ҳисобланади (7-расм).



7-расм. Уч ўлчовли спирал КТ. Ўнг буйрак артерияси стенози.

У ВРГ си бор беморларда буйрак қон оқимини ўлчаш, шунингдек томирларнинг уч ўлчовли тасвирини олиш учун қўлланилиши мумкин (150 мл гача контраст модда ишлатилади). Ушбу текшириш буйрак артериясининг 50% дан ортиқ стенозини аниқлаш учун 98% сезувчанликка ва 94% хосликка эга.

Вазоренал гипертензияни диагностика қилишдаги биринчи қадам бу патологиянинг ўрта ва юқори эҳтимоли бўлган пациентларни клиник мезонлар бўйича танлаш ҳисобланади. Ноинвазив скрининг тестлари буйрак артерияси стеноз гумони юқори бўлган беморларни мақсадли танлаб олишни таъминлайди, ундан кенг қўламда фойдаланилганда рентген ангиографиясининг потенциал ноҳўя таъсирларини камайтиришга имкон беради.

Фақатгина касаллик эҳтимоли юқори бўлган беморлардагина тахмин қилинаётган буйрак артерияси стенозини аниқлаш учун рентген текшируви амалга оширилиши керак. Спиралли КТ буйрак қон томирларини сифатли визуализациясини таъминлаши мумкин, бироқ кўп миқдордаги контрастни талаб қилади. Ҳозирги вақтда МРТ беморларга хавfli бўлмаган тарзда буйрак томирлари тасвирини сифатли даражада берапти. Бироқ ўзининг қимматбаҳолигига ва камёблиги жиҳатидан у стандарт ангиографик текширувга монелиги яъни: буйрак этишмовчилиги ёки йодли препаратларга аллергияси бўлган пациентлар учун заҳира сифатида қўлланилиши лозим.

**Даволаш.** Даволашнинг қуйидаги турларини фарқ қилиш мумкин:

1. Консерватив усул — операция ўтказишга монелик бўлганда.

2. Хирургик усул:

- реконструктив операциялар: трансортал эндартерэктомия, буйрак артерияси реплантацияси, буйрак артериясини протезлаш.

- иккиламчи геперальдостеронизмни коррекция қилиш учун буйрак артериялари ва буйрак усти безидаги симультан операциялар.

- нефрэктомия.

3. Рентгенэндоваскуляар усуллар:

- буйрак артерияларини транслюминал ангиопластикаси (ёки рентгеноэндоваскуляар дилатацияси — РЭД) стентлаш ёки усиз;

- иккиламчи геперальдостеронизмни коррекция қилиш учун буйрак усти безларидаги симультан ТРЭА.

Реноваскуляар гипертензияни даволашнинг энг самарадор усули хирургик усул бўлиб, буйрак артерияларининг стенози сабабини бартараф этиш ва буйракка нормал қон оқимини тиклашга қаратилган. 1952 йилга қадар хирургик даволашнинг ягона усули нефрэктомия бўлган, у бир томонлама зарарланишда ва касалликнинг ўтиб кетган босқичида амалга оширилган эди. Ҳозирги кунда буйрак ичи қон томирлари торайишида ёки зарарланган буйрак гипоплазияга учраганда ва унинг фаолияти яққол бузилгандагина нефрэк-

томия бажарилади. Бундан ташқари буйрак ўлчамларининг 8 см ва ундан кичик бўлиши ҳам нефрэктомия учун кўрсатма ҳисобланади. Қолган ҳолларда буйракда қон оқимини тиклашга қаратилган, аъзони сақлаб қоладиган операциялардан кенг кўламда фойдаланилади. Хирургик даволаш натижалари вазоренал гипертензия ташхиси ва унинг пайдо бўлиш сабаби нечоғлик эрта аниқланса, шунчалик самарадор бўлади.

Айни вақтда вазоренал гипертензияли беморларда хасталик ҳатто хавфли кечганда ҳам беморга индивидуал танланган гипотензив воситалар ёрдамида баъзан яхши натижага эришишга муваффақ бўлинади. Бироқ буйрак артерияси стенози исботланганда муолажа ўтказиш тавсия этилмайди, чунки артериал қон босимининг пасайиши буйракда қон оқимини янада ёмонлашувига ва қисқа вақт ичида буйракнинг иккиламчи бужмайишига, фаолиятининг йўқотилишига олиб келади.

Касалликнинг этиологиясига кўра балионли дилатация ёки стентлаш 80% ҳолларда муваффақиятли чиқиши мумкин. Бироқ бу муолажалар инвазив бўлиб, артериянинг ёрилиши ёки қирқилишига, буйрак ёки оёқларнинг атероматоз эмболиясига, контраст келтириб чиқарган нефропатия сабабли ўткир буйрак этишмовчилигига, пункция соҳасидан қон кетишига ва (камдан-кам ҳолларда) бемор ўлимига олиб келиши мумкин. Бу усуллар, хирургик васкуляризация, баллонли дилатация ва стентлаш имкони бўлмаган беморлар, шунингдек операция қилишни талаб қиладиган қўшилиб келган қорин аортаси зарарланган беморлар учун заҳира усул бўлиб қолади.

Артериал гипертензияси юқори ва ёмон назорат қилинадиган гипертензияли бемор, буйрак ўлчамлари кичрайган ва фаолияти анчагина пасайган бўлса нефрэктомияга кўрсатма ҳисобланади.

Даволаш усулини қониқарсизлигининг асосий сабаблари қуйидагилар:

- ◆ Нефроангиосклекроз,
- ◆ Шунт рестенози,
- ◆ Патологик жараённинг кучайиши,
- ◆ Иккиламчи гиперальдостеронизм,
- ◆ Конрлатерал буйрак артерияси стенози,
- ◆ Шунт аневризмаси.

Буйрак усти гипертензияси кўпинча унинг ўсмалари билан боғлиқ бўлади. Альдостерома, феохромоцитома, буйрак усти безлари пўстлоғининг аралаш ўсмалари, кортикоостерома, андростерома, кортикоэостерома кўплаб учрайди. Ўсмаларнинг ҳамма турлари ҳам хавфсиз, ҳам хавфли бўлиши мумкин.

**Альдостерома** (бирламчи гиперальдостеронизм, Конн синдроми) буйрак усти беги пўстлоқ қисмининг коптокча соҳасидан ривожланади. Кўпчилик беморларда ўсма хавфсиз табиатли бўлади ва фақат 5% ҳолларда хавфли ўсиши аниқланади, ўсма тўқимаси ортиқча миқдорда альдостерон ишлаб чиқаради.

**Патогенези.** Альдостероннинг ортиқча ишлаб чиқарилиши организмда турли-туман биокимёвий ва морфологик ўзгаришларга олиб келади. Бу касаллик учун даставвал сезиларли тарзда электролит мувозанатининг бузилишлари хос. Альдостерон буйрак каналчаларига таъсир этиб, калий ва сув реабсорбцияси камайишига, натрий реабсорбцияси кўпайишига олиб келади. Калийнинг сийдик орқали жадал суратда чиқарилиши, гипокалиемия ривожланишига (3,0 ммоль/л дан кам) олиб келади. Хужайрадаги калий ионлари натрий ва водород ионлари билан алмашинади. Натрийурез пасайиши хужайра ичи ва хужайра ташқарисидаги бўшлиқда натрий ионлари ошишига олиб келади. Натрий гидрофил ион бўлгани учун сувни тутиб туради ва ўзига тортиб олади. Натижада тўқималар шишиши, айниқса қон томир девори шиши ривожланади, унинг ички бўшлиғи артериолалар даражасида кичраяди. Қон томир тонуси, периферик қон томир қаршилиғи ортади ва артериал гипертензия ривожланади.

Касаллик аксарият навқирон ёшдаги аёлларда учрайди. Альдостерома симптомларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) гипокалиемия ҳисобига ривожланган нейромушак симптомлар;
- 2) альдостеронни бевосита буйракка таъсири натижасида вужудга келган симптомлар;
- 3) артериал қон босимининг ошиши билан боғлиқ бўлган симптомлар.

Нерв мушак симптомлари гипокалиемия ва нерв-мушак ўтказувчанлигини бузулиши ҳисобига келиб чиқади. Беморлар мушак бўшашидан нолийдилар, унинг даражаси турлича бўлиб, тез-тез чарчашлар, оёқ мушакларини эгаллайдиган бўш фалажликларгача олиб келади. Парестезия ва талваса (мушак тортишиши) кўплаб қайд этилади.

Буйрак симптомлари орасида кўпроқ полиурия, никтурия, гипостенурия кузатилади. Сийдик орқали кўп миқдорда суяқлик йўқотилиши сабабли, полидипсия (ташналик) юзага келади.

Артериал гипертензия — альдостероманинг асосий, баъзан эса ягона симптомидир. Гипертензия, одатда барқарор кечади. АҚБ ошиш даражаси ўртачадан (160/100 мм Нг) то яққол (220-250/120—140 мм Нг) гача ўзгариб туради. Кўпчилик беморлар юқори артериал босим билан боғлиқ кучли бош оғриғига шикоят қиладилар.

Артериал гипертензия юрак чап қоринчасининг яққол гипертрофиясига олиб келади, гипокалиемия белгилари пайдо бўлади. Кўз туби томирлари зарарланиб, кўпинча кўриш фаолияти бузилади.

Конн синдроми диагностикаси касалликларнинг клиник кўринишларини ва лаборатория текширувлари маълумотларини таҳлил қилишга асосланган. Радиоиммун таҳлил плазмада, базал шароитларда альдостерон концентрациясини ошишини ва 4 соатлик юриш синамасидан сўнг унинг пародоксал пасайиши, плазма ренини активлиги-

нинг камайишини аниқлайди. Биокимвий текширилишларда гипокалиемия, гипернатриемия топилади. Сийдик ишқорий реакцияси муҳим диагностик қимматга эга бўлиши мумкин. Асбоб-ускуна ёрдамида текширув усуллари орасида УЗИ ва КТ нинг аҳамияти катта.

Альдостеромалар кичик ўлчамларда (1,5—2 см) бўлганлиги сабабли уларни УТТ ёрдамида тахминан 60% беморларда топиш мумкин. Диагностиканинг энг аниқ усули компьютер томографияси ҳисобланади. КТ да зичлига паст бўлган (10—14 Нп бирлиги) тузилмалар аниқланади (8-расм).

**Даволаш:** беморларга адреналэктомия операцияси бажарилади.

### **Феохромоцитома.**

Катехоламинлар (адреналин, норадреналин) ишлаб берадиган хромофин тўқимадан нейроэктодермал келиб чиққан ўсма бўлиб, кўпроқ буйрак усти беzi мия қатламидан ривожланади (90% ҳолларда). Феохромоцитомани (параганглиома) 10% ҳолларда буйрак усти безидан ташқарида (аксарият симпатик парааортал ганглияларда, қовуқда, орқа кўкс оралиғида) жойлашгани аниқланади. Ёлғиз ва кўп сонли, хавфсиз ва хавфли бўлиши мумкин. Касаллик кўпинча катта ёшдаги эркакларда учрайди. Феохромоцитоманинг оилавий табиати тўғрисида ҳам маълумотлар бор.

Феохромоцитомали беморларда келиб чиқадиган бузилишлар патогенезида катехоламинлар гиперсекрецияси ва уларнинг умумий қон оқимида вақти-вақти билан кўп миқдорда тушиши асосий аҳамиятга эга. Криз вақтида катехоламинлар, хусусан норадреналин даражаси нормадан бир неча ўн баробар ошади, уларнинг ортиқча миқдори альфа ва бетта адренорецепторларининг қўзғалишини чақиради, бу эса артериолалар даражасида яққол спазмга, умумий периферик қаршиликнинг кескин ортишига олиб келади, бунинг натижасида систолик босим ҳам, диастолик АҚБ ҳам ошади.

**Клиник манзараси.** Феохромоцитоманинг асосий симптоми артериал гипертензия ҳисоблананди. У учта типда — кризли (пароксизмал), барқарор ва аралаш кечиши мумкин ва шунга кўра касаллик

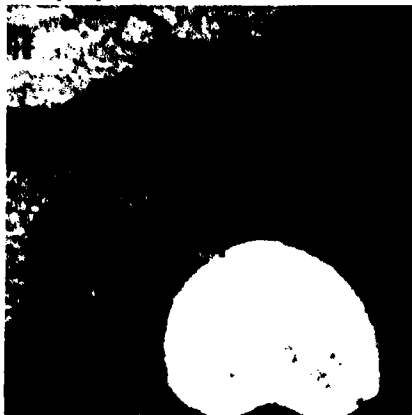


8-расм. Чап буйрак усти беzi алдестеромаси (компьютер томограмма).

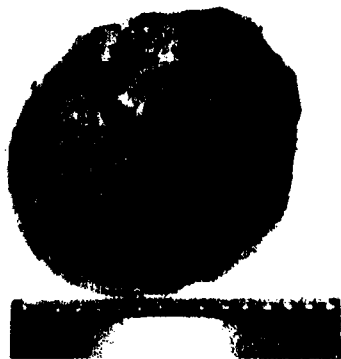
клиник кечишининг тегишли типлари фарқ қилинади. Пароксизмал турида АҚБ 250—300 мм Нг гача ва бундан юқорига кўтарилиб, гипертоник кризлар қайд этилади. Тўсатдан АҚБ ошиши, кескин бош оғриши, юрак уриб кетиши, ўлим хавфи, эт жунжикиши, тана ҳароратининг ошиши, кўп терлаш билан ўтади. Аксарият нафас қисishi, бел соҳасида, қоринда, тўш орқасида оғриқ қайд этилади. Кўнгли беҳузур бўлиши ва қусиш кузатилиши мумкин. Криз давомийлиги бир неча минутдан бир неча соатгача давом этади. Катехоламинлар гиперсекрецияси натижасида ривожланган криз учун гиперлейкоцитоз, гипергликемия ва глюкозурия хос. Криз бўлмаганда АҚБ меъёрдан ошмайди ва беморларда шикоятлар бўлмайди.

Артериал гипертензиянинг барқарор турида кризсиз АҚБ нинг барқарор ошиши қайд этилади. Аралаш турида катехоламинлик кризлар, ошган АҚБ фонида кузатилади (160/100—180/120 мм Нг). Бар-тараф этилмаган катехоламинлик криз ўлим билан тугаши мумкин, бунга ўткир юрак етишмовчилиги, ўпка шиши, бош миёга қон қуйилиши сабаб бўлиши мумкин.

**Диагностикаси.** Феохромоцитомани аниқлашда клиник кўриниши билан бир қаторда сийдикда катехоламинлар концентрацияси текширишга асосий ўрин берилади (суткали ёки криздан кейин қилинган). Сийдикда иккала гормонлар концентрациясининг бир вақтнинг ўзида ошиши ўсманнинг буйрак усти беши устида жойлашувига бир мунча хосдир. Норадреналиннинг концентрацияси адреналинга нисбатан юқорироқ бўлса, ўсма буйрак усти безидан ташқарида жойлашуви учун хосдир. Амалиётда сийдикда адреналин ва норадреналиндан ташқари, ванилил-миндал кислота миқдори аниқланади. Бу кислота иккала гормон метаболити ҳисобланади ва унинг сийдикдаги концентрацияси адреналин ва норадреналин концентрациясидан бир неча ўн маргалар ошади. Ўсманнинг ўлчамлари катта бўлганлигидан уларни УТТ ва КТда осонликча топиш мумкин (9 а, б-расм).



а



б

9-расм. Буйрак усти беши (феохромоцитомаси): а) компьютер томограмма; б) макропрепарат.



Феохромоцитома фақат хирургик усул билан даволанади. Беморларга адреналэктомия операцияси бажарилади — ўсма (феохромоцитома) буйрак усти бези билан бирга олиб ташланади.

Буйрак усти безларининг бошқа касалликлари орасида эндоген гиперкортицизм симптомокомплексини кўрсатиб ўтиш лозим. Унинг патогенези бўйича ҳар хил, бироқ касалликнинг клиник белгилари бўйича ўхшаш бўлади. Ўхшаш клиник манзараси глюкокортикоид гормонлар, аввало кортизолнинг ортиқча миқдорда ишланишига боғлиқ. Иценко-Кушинг синдроми ва Иценко-Кушинг касаллиги (ўсмасиз тури) фарқ қилинади. Иценко-Кушинг синдроми буйрак усти бези қобиғи тутамли (даста) соҳасидан ривожланадиган ўсмадан вужудга келади (хавфсиз ўсма — кортикостерома, хавфли ўсма — кортикобластома). Ўсма тўқимаси кортизол гормонини ортиқча ишлаб чиқаради. Аксарият, 20—40 ёшдаги аёллар (деярли 80%) касалланадилар. Иценко-Кушинг синдроми ва касаллигининг клиник манзараси етарли даражада типик бўлади. Семизлик ва артериал гипертензия касаллигининг доимий симптомларидан ҳисобланади. Тез чарчаб қолиш ва мушак бўшашиши, меҳнат қобилиятининг пасайиши, жинсий фаолиятнинг пасайиши эрта пайдо бўлади. Кечроқ бу белгилар қаторига остеопороз қўшилади. Семизлик соматотропиннинг ёғ сафарбарлик таъсирини тормозловчи кортизол ва АКГнинг ортиқча ишлаб чиқарилиши билан боғлиқ. Иценко-Кушинг синдромида артериал гипертензия кризис, барқарор кечади, систолик ва диастолик босимнинг мутаносиб ошиши қайд этилади, гипотензив воситаларга таъсирсиз бўлади. Беморларнинг ташқи кўриниши ўзига хос — юзи ойсимон, юз ва кўкрак қафасининг юқори қисми ранги қип-қизил — кўкимтир, қорин, бел, кўкрак безлари, сонлар терисида қип-қизил кўкимтир йўл-йўл чизиқлар «қизил стриялар» бўлади. Териси қуруқ бўлиб қолади, оёқ-қўллари териси кўкимтир — мармарсимон тус олади.

Диагнози. Қонда ва сийдикда 17-кортикостероидлар (17-КС) концентрацияси даражасинин ўрганиш, плазмада кортизол миқдорини аниқлаш аҳамиятга эга. Кортикостеромада бу кўрсаткич, аynиқса ўсма хавфли табиатга эга бўлганда, бир мунча ошади. Текширув усуллар орасида УТТ ва КТ кенг ишлатилади.

Даволаш: Иценко-Кушинг синдроми фақат хирургик усул билан даволанади. Беморларга адреналэктомия операцияси бажарилади — ўсма буйрак усти бези билан қўшиб олиб ташланади.

**Андростерома.** Буйрак усти бези қобиғининг тўрсимон соҳасида ривожланади. Клиник манзараси андрогенларнинг ортиқча ишланиши билан боғлиқ. Касаллик навқирон ва етилган ёшда пайдо бўлади. Кўпроқ аёллар касалланадилар. Болалик ёшида қизларда гипертрихоз пайдо бўлади, буй ўсиши тезлашади, мушаклари ҳаддан ташқари ривожланади, товуши паст, дағал бўлиб қолади. Ўғил болаларда барвақт вояга етиш кузатилади, бўйи баланд эмас, оёқлари

калта. Аёлларда эркакка хос жинсий белгилар пайдо бўлиб маску-  
линизация белгилари юзага келади – тери остидаги ёғ қатлами  
камаяди, мушаклари тез ривожланади, кўкрак безлари атрофияга  
учрайди, ҳайз кўриш фаолияти бузилади; кўпинча гирсутизм пай-  
до бўлади. Беморнинг гормонал фаолияти текширилганда сийдикда  
17-КС миқдорининг жуда кўплиги намоён бўлади. Ўсманинг жой-  
лашувини аниқлаш учун УТТ ва КТ қўлланилади.

Даволашда хирургик усул ишлатилади – беморларга адренал-  
эктомия операцияси бажарилади.

## АОРТА ВА МАГИСТРАЛ ТАРМОҚЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳозирги замон ангиологияси ўз таъсирини кардиология, терапия, гастроэнтерология, сексология, нефрология, трансплантологиянинг бир қатор муаммоларига йўналтирадиган фандир. Ангиология туфайли юрак ишемияси, мия, артериал гипертензия каби хасталикларнинг патогенезини қайта кўриб чиқиш имконияти яратилди. Томирларнинг илгари маълум бўлмаган янги касалликлари — носпецифик аорта-артериит ва фиброз мушак дисплазия диагностика қилинапти ва ўрганиляпти.

### Анатомик-физиологик хусусиятлар

Шундай қилиб, томирлар хирургиясининг таъсири ҳозир ғоятда катта ва ундан гўё узоқда турган тиббий ихтисосликларга ҳам тарқалади. Шуларнинг ҳаммаси тиббиёт олий билимгоҳи талабаларини ангиология ва ангиохирургиянинг ҳозирги ҳолати: унинг диагностик ва оператив имкониятлари билан таништиришни тақозо этади.

Беморларни текшириш усулларини ёритишдан олдин артериал тизимнинг баъзи бир асосий касалликлари устида тўхталиб ўтиш зарур. Булар: атеросклероз, носпецифик аортаартериит, фиброз-мушак дисплазияси, облитерациялайдиган эндартериит.

Атеросклероз атамасини 1904 йилда Маршан таклиф қилган, бу аорта ва артерияларнинг ўзига хос касаллигидир. Бу касаллик артериялар интимаси остида липидларнинг ўчоқли йиғилиб бириктирувчи тўқима атрофи ўсиб қалинлашуви, кальций йиғилиши ва медиянинг ўзгариши билан боғлиқ; асосий сабаблари — ташқи омиллар (холестеринга бой овқат, ҳис-ҳаяжонлар, гипокинезия, чекиш), генетик мойиллик, эндокрин бузилишлар, модда алмашинуви бузилишларидир.

Атеросклероз патогенезининг энг тарқалган назарияси Н. Н. Аничков, Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясниковлар таклиф қилган нейрометаболик назариядир. Гидрофил холестерин комплекси яратилишида беқарор липопротейн комплексларига — 3/4 қисми липидлардан иборат бета-липидларга ва 1/4 қисми оқсил бўлган холестеринга катта аҳамият берилади. Уларнинг томирлар орқали бундай ташилиш усули ишончли эмас, комплекслар эримайдиган липидлар чўкиши билан осон парчаланаяди. Холестериннинг бу эстерлари эримайдиган комплекслар ҳолида артериялар интимасида тўхталиб қолади ва аста-секин йиғилиб, унинг деворига ўтади.

Атеросклерознинг Уругвай хирурги Пальме тавсия қилган гемодинамик назарияси нуқтаи назардан атеросклероз систолик қон тўлқини зарбларининг артериал деворни сурункали шикастлаши натижаси ҳисобланади. Бу артерияларнинг ҳимоя системаси ўз вазифасини адо этолмаганда рўй беради.

Атеросклерознинг тромбоген назариясини инглиз патологи Дугайт таклиф этган. Унинг тадқиқотларига биноан аортадаги тромблар аввал ғовак, сўнгра контакт фибридан ташкил топган. Тромб юзаси эндотелий билан қопланади, шунга кўра у гўё томир деворининг таркибий қисмига ўхшаб, интимага жойланиб олгандай бўлади. Шундан кейин фибрин конденсацияси ва тромб ҳосил бўлиши юз беради. Фибрин йиғилиши такрорланади. Такрорланиш тез юз берса, фибриннинг бир қатлами иккинчи янги қатлами билан алоқага киришади.

Носпецифик аорта-артериит — томирларнинг система касаллиги бўлиб, асосий хусусияти аортада ва унинг шох тармоқларида стенозловчи, аневризматик ёки аралаш жараён ҳисобланади. Уни 1956 йилда Савори тасвирлаган. Носпецифик аорта-артериитнинг ҳақиқий тарихи япон врачлари М. Такаясунинг 1905 йилда аорта равоғи тармоқлари зарарланишининг клиник тасвирини баён этишдан бошланган.

Аортитнинг аллергик табиатини ҳисобга олиб, қатор муаллифлар унинг аутоиммун келиб чиқиши тўғрисидаги тахминни баён қиладилар. Айрим муаллифлар уни коллагенозлар қаторига киритадилар, чунки унда коллагенозга хос яллиғланиш реакциялари, субфебрилитет, систем зарарланиш, клиник полиорфизм, айрим мусбат лаборатория синамалари қайд қилинган. Бу касалликда, одатда, артериянинг бирламчи ташқи қатламлари зарарланади, сўнгра жараён томирнинг бирмунча чуқур қатламларига тарқалиб, интимани қалинлаштирадиган иккиламчи яллиғланиш ҳодисалари юз беради.

Облитерациялайдиган эндартериит — оёқ дистал артерияларининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, тромбоз ва ўтказувчанлигининг бузилиши билан ўтади.

**Этиологияси ва патогенези.** Ҳозирча ноаниқ, унинг ривожланишини тушунтирадиган никотин, инфекция, эндокрин, буйрак усти беши, тромбоген назариялар рад этилади. Артериоспазм ривожланишида никотин интоксикациясининг иштироки яхши маълум, бироқ сўнгги йилларда чекадиган аёллар сонининг кўпайиши аёллар ўртасида эндартериит билан касалланиш даражасини оширгани йўқ. Бугунги кунда эндартериит ривожланишида аллергик компонентнинг аҳамиятини инкор этиб бўлмайди. Нейроген омил диққатни тортади. Эндартериитда нерв системаси зарарланишини кўпгина муаллифлар исботлаб берганлар, бунда морфологик ўзгаришлар оёқдаги облитерацияга учрамаган артерия нервларида ҳам топилди. Артериал деворнинг маҳаллий ўзгаришлари аллергик компонентни ҳам ўз ичига олади. Аутоантигенлар, аутоантителалар ҳосил бўладиган мураккаб иммун биологик реакциялар рўй беради, артерия деворларида морфологик ўзгаришлар содир бўлади.

Артерияларнинг фиброз мушак дисплазияси — жараён этиологияси ҳали тўлиқ ўрганилмаган. Биринчи мартта Де Камп ва Бир-

халл тасвирлаган. Гистологик текширишда ўрта парда нормал элементларининг гипертрофияси аниқланади, натижада артерия бўшлиғи концентрик тораяди, у аневризматик кенгаймалар билан навбатлашади. Катта аневризмалар ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Асосан навқирон ёшдаги аёллар касалланадилар. Фиброз дисплазия илгари фақат буйрак артерияларида учрар эди. Сўнгги вақтларда жаҳон адабиётида унинг умумий томир касаллиги бўлиб, буйрак артерияларидан бошқа томирларни касаллантириши ҳақида асарлар пайдо бўлди.

Эндовазал сабаблардан ташқари, аорта ва унинг тармоқларидаги қон оқими уларнинг турли экстравазал омиллардан босилиши сабабли бузилиши ҳам мумкин. Аорта тармоқларининг ривожланиш нуқсонлари, артерияларнинг узайиши ва патологик эгри-бугрилиги, умуртқа артерияси оғзининг сурилиши шулар жумласига киради. Суюқ каналида умуртқа артериясининг компрессияси буйрак остеохондрозида остеофитлардан, умуртқалараро дискалар тушиб қолганда ва умуртқалар олдинга сурилганда юз бериши мумкин.

Брахиоцефал артерияларда қон оқими бузилишига уларнинг каротид тана ўсмаларидан ва бўйин чандиқларидан босилиши камдан-кам сабаб бўлади.

Қорин стволи анатомик жойлашувига кўра диафрагма медиал оёқчасининг фиброз бойлами, қуёш чигалининг ганглиялари ва нерв толаларидан босилиши мумкин. Унинг меъда ости бези ўсмаси, периартериал фиброздан компрессияга учраш ҳоллари тасвирланган. Томир касалликларини аниқлаш қийинлигига қарамай, уларнинг кўпчилигини беморни одатдаги клиник текширишда билиб олса бўлади.

### **Текшириш усуллари**

Томирлар патологияси бор беморларни текшириш усулларини 4 босқичга бўлиш мумкин:

1. Амбулаторияда текшириш босқичи.

1. Касаллик шикоятлари, анамнезини, кечиш характерини ба- тафсил йиғиш ва тахлил қилиш. Одатда биринчи навбатда бирор оранда қон айланиши этишмовчилиги билан боғлиқ симптомлар аниқланади. Уларнинг зарарланган орган функционал активлиги пайтида пайдо бўлиши ёки кучайиши ўзига хосдир. Оёқларда юрган- да оғрик пайдо бўлиши ва тинч турганда йўқолиши оёқ артериялари стенози ва окклюзияси симптоми ёки аорта бифуркацияси симптоми ҳисобланади ва «ўзгариб турадиган оқсоқлик» дейилади. Қўлдаги шундай оғриқлар қўл артерияларининг зарарланганидан далолат беради. Ҳазм чўққисидида қориндаги оғриқ висцерал қон айланиши сурункали бузилганлигини кўрсатади. Оғриқнинг характери, кучи, жойлашувига кўра муайян томир хавзасидаги қон айланиши бузи- лиши, ишемия даражаси ва унинг ривожланиш суръатлари тўғри- сида хулоса чиқариш мумкин.

Парестезиялар (увишиб қолиш, игна санчилгандай, чумоли ўрма-лагандай сезги бўлиши) ҳам қон айланиши етишмовчилиги белгиларидир. Функционал фаоллик пайтида улар кучаяди.

Бош айланиши, синкопал ҳолатлар, вақти-вақтида кўз кўрмай қолиши брахиоцефал томирлар ёки умуртқа артериясининг стенозга учраш оқибати ҳисобланиб, бош миёда қон таъминоти етарли эмаслигидан далолат беради. Айрим ҳолларда бу симптомлар муайян ҳаракатлар вақтида пайдо бўлади, бу ҳолда томирлар босилиши ва мия ишемиясига шубҳа қилиниши мумкин. Ичнинг бузилиб, гоҳ, кетиб, гоҳ қотиб туриши висцерал қон айланиши бузилиши симптоми бўлиши мумкин, унга тўғри баҳо бериш учун уларнинг фаолияти, ривожланиш динамикаси, ишлатилган воситаларнинг таъсирчанлиги тўғрисидаги маълумотлар зарур.

2. Кўздан кечириш томир касалликларининг диагностикаси учун муҳим тўқима трофикаси бузилишларини аниқлашга имкон беради.

Мушак атрофияси одатда артериал қон айланиши сурункали бузилганда ривожланади. Аорта коарктацияси учун қўл-оёқ мускулатурасининг номутаносиб ривожланиши хос.

Теридаги дистрофик ўзгаришлар (унинг юпқа тортиши, соч тўкилиши каби) ҳам кўпинча шу соҳадаги қон айланишининг сурункали етишмовчилиги белгисидир. Томир хасталиклариди тери рангининг ўзгариши (рангпарлик, цианоз) диагностика учун қимматлидир. Бу симптомларнинг қаерда жойлашганини назарда тутиш муҳим. Шу туфайли беморни тўлиқ, кўздан кечириш, гавда ва қўл оёқларининг симметрик қисмларини албатта таққослаб кўриш зарур.

3. Пальпация (пайпаслаб кўриш) қуйидагиларни аниқлаш имконини беради:

- гавда тери қисмларидаги ҳарорат ўзгаришига баҳо бериш ва симметрик сегментлар бўйича таққослаш;

- пальпацияда баъзи касаллик симптомини аниқлашга муваффақ бўлинади (масалан, артериовеноз оқмада, систола-диастолик титраш, флеболитлар борлиги, аорта коарктациясида қовурғалараро артериялар пульсацияси ва х. к.);

- томирлар ҳолатига баҳо бериш имконини беради;

- оёқ-қўлларнинг симметрик сатҳларидаги артериялар пульсацияси пальпатор аниқланади ва таққосланади;

- муайян ҳолатда пайпаслаб кўрилади. Қорин бўшлиғини пайпаслаб, қорин аортаси аневризмасини аниқлаш мумкин.

4. Перкуссия томир касалликлари диагностикасида кам аҳамиятга эга. Бироқ у маълум маълумот олиш имконини беради: масалан, қорин аортаси аневризмаси ёрилганда, қорин пардаси орқаси гематомасини аниқлашда, кўкс оралиғида томир дастаси чегараларини аниқлашда ёрдам беради.

5. Текширувни аускультациясиз ўтказишни тўла қимматли деб ҳисоблаш мумкин эмас. Аускультацияни ўтказса бўладиган ҳамма

нуқталарда ўтказиш зарур. Нормада магистрал артерия тепасида пульс венаси зарбини эшитиш мумкин. Торайганда ёки патологик кенгайганда систолик шовқин, қон артериал ўзандан веноз ўзанга тушганда систола-диастолик шовқин пайдо бўлади. У ёки бу артерияни қаерида аускультация қилишни билиш зарур. Чунончи, уйқу артерияси бифуркация соҳасида ички уйқу артериясининг бошланғич бўлими билан бирга пастки жағ бурчаги орасида эшитилади. Имошора мускули орқасида ўмов артериясидан шовқинлар эшитилади, шу нуқтанинг ўзида ўнг томонда брахиоцефал стволдаги шовқинларни, ўмов ўртасидан 2 см берида умуртқа артериясидан келадиган шовқинларни аниқлаш мумкин. Иккинчи қовурғалар орасида тўшдан ўнг томонда юқорига кўтариладиган аорта ва аортал клапандан шовқинлар эшитилади, тўшдан чап томондан, учинчи қовурғалар орасида, юқорига кўтариладиган аорта аневризмали беморларда аорта клапани етишмовчилигида диастолик шовқин яхши эшитилади. Пастга тушадиган кўкрак артериясидан ва қорин аортасининг проксимал бўлиmidан стенотик шовқин қориннинг ўрта чизиғи бўйлаб ханжарсимон ўсиқ остида аниқланади, қорин стволи шовқини у босилганда ёки стенозида худди шу нуқтада эшитилади. Ханжарсимон ўсиқ билан киндикнинг ўнг ва чап томони ўртасида параректал чизиқ бўйлаб буйрак артериялари шовқинини эшитиш мумкин. Ўрта чизиқ бўйлаб юқоридан ва киндик сатҳида қорин аортаси шовқинлари бўлади. Чов бурмаси нуқтасида сон артерияси шовқини эшитилади. Тақим чуқурчаси ўртасида шу номдаги артерия шовқини эшитилади.

Бемор шикоятлари бўлмаганда ҳам албатта томирларни эшитиб кўриш кераклигини таъкидлаб ўтамиз. Масалан, уйқу артерияси устида характерли шовқин эшитилиши, ҳатто клиник белгилари бўлмаганда ҳам, унинг стенозидан далолат беради. Гипертензияли беморларда аорта ёки буйрак артериялари устидаги шовқин унинг вазоренал генези ҳақида тахмин қилиш имконини беради. Шунга кўра томирларни аускультация қилиш томир касалликларини эрта яхшироқ диагностика қилишга ёрдам беради.

6. Артериал босим ҳамма қўл-оёқларда, зарурат бўлганда ва тик турган ҳолатда Вальсальва синамаси билан аниқланади.

II. Текширишнинг умумий стационар босқичи қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) лаборатория маълумотлари анализи — қон, сийдикнинг умумий анализи, қон биохимияси ва электролитлари, коагулограмма, Зимницкий синамаси, суммар буйрак функцияси;

2) функционал текшириш маълумотлари (ЭКГ, ФКГ, осцил-лосфигмореография), рентгенологик маълумотлар, неврологик, офтальмологик статус маълумотлари, қорин аортаси ва унинг тармоқларини фоноангиографик текшириш.

### III. Текширишнинг ихтисослашган стационар типи.

Қорин аортаси ва тармоқлари зарарланишини аниқлаш мақсадида лаборатория текширув методлари қўлланилади. Ичак ва ҳазм органлари абсорбцион ва секретор функцияси тўғрисидаги ахборотни бемор копрограммасини текшириб олиш мумкин. Бадбўй ҳидли, шилимшиқ, нейтрал ёғ, мушак толалари, бириктирувчи тўқима миқдори кўп, шаклланмаган ахлат ҳазм органларининг секретор ва абсорбцион функцияси бузилганидан дарак беради. Витамин В<sub>12</sub> билан синама (Шелленгер тести) ингичка ичак дистал бўлимининг абсорбция ҳолати тўғрисида маълумот беради. Метод Со<sup>58</sup> билан нишонланган витамин В<sub>12</sub>нинг радиоактив дозаси перорал қабул қилингандан кейин 24 соат ичида сийдик билан ажралишни аниқлашга асосланган.

Меъда ичи рН-метрияси усули билан меъда секрециясини текшириш.

Меъда-ичак йўлининг рентгеноскопияси. Бу текширувда ичакнинг мотор функциясини ҳамда қатор деструктив ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

Эндоскопия диагностика усуллари (гастродуоденоскопия, колоноскопия). Бу усуллар абдоминал патологиянинг келиб чиқишинигина эмас, балки меъда-ичак йўлидаги ўсма ва бошқа органик касалликларни истисно қилишни ўзига мақсад қилиб қўяди.

Артериал осциллография периферик артериал системани текширишнинг тарқалган методларидан бири ҳисобланади. Методнинг моҳияти манжеткадаги турли босимда пульс тўлқинлари катталигини қайд қилишдан иборат, олинган эгри чизик артериялар деворининг чўзилиш амплитудасини акс эттиради.

Сфигмография — артериал пульсни график қайд қилиш методикасидир. Бевосита ёки оддий сфигмография артериал томирнинг мазкур чегараланган қисмида юрак циклидаги ўзгариб турадиган босими таъсири остида пайдо бўладиган томир деформацияси даражасини характерлайди. Оёқ-қўлларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи зарарланишларида томир деворининг суммар тебранишларини қайд қиладиган ҳажмли сфигмографиядан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Бу оёқ-қўлнинг текширилаётган сатҳидаги коллатерал ва магистрал қон таъминоти ҳақида умумий тасаввур беради.

Плетизмография — орган ёки гавда қисми ҳажмининг улар томирларининг қон билан тўлиқлиги ўзгариши билан боғлиқ тебранишларини қайд қилиш усулидир. У периферик гемодинамиканинг муҳим кўрсаткичи — максимал артериал босимни қайд қилишнинг волюметрик усули негизини ташкил қилади.

Реовазография — периферик қон айланиши ҳолатига баҳо берадиган усул сифатида кенг тарқалган. Метод текшириладиган соҳа орқали юқори частотали ток ўтказиш ва комплекс электр қаршилигини график қайд қилишга асосланган, бу қаршилиқ тўқима-



нинг қон билан тўлиқлигига боғлиқ ҳолда ўзгариб туради. Текшириладиган қисмнинг қон билан тўлиқлиги ошиши электр токи пайишига, қон билан тўлиқликнинг камайиши эса қаршилиқнинг ошишига олиб келади. Реовазография периферик ва церебрал ҳамда умумий гемодинамикани ўрганишда ишлатилади.

Ангиотензиометрия — қон айланишини ўрганишнинг 1952 йилда Н. И. Аринкин таклиф этган комплекс усулидир. Плетизмо ва сфигмография бу усулнинг асосини ташкил этади. Бу усул билан максимал артериал босим, веноз босим, томирлар тонуси, оёқ-қўлнинг ҳажм -пульсга таалуқли қон таъминоти, қон оқимининг ҳажм тезлиги, юракнинг систолик ҳажмини тадқиқ қилиш мумкин. Бироқ методикаси кўп меҳнат талаб қилади, аппаратлари мураккаб, шу туфайли метод клиникада кенг қўлланилмаяпти.

Фоноангиография — қон оқими бузилишларида томирлардаги шовқинларни график қайд қилишдир. Шовқинларни қайд қилиш учун максимал шовқин проекцияга ўрнатиладиган оддий фонокардиографик датчик ишлатилади.

Капилляроскопия — периферик томирларни визуал кузатиш усули. Капилляр қон айланиши аксарият капиллярлар яхши кўринадиган тирноқ ўрни (соҳаси)да текширилади.

Тери электр термометрияси — тери ҳарорати артериал ва капилляр қон айланиши ҳолатини акс эттиради, шунингдек чуқур жойлашган тўқималардаги метаболик жараёнлар активлиги тўғрисида маълумот беради. Ҳароратни универсал тиббий электр термометр ЭГУ-м билан ўлчанади. Ҳароратни ўлчаш диапозони 16° дан 42°С гача.

Ультратовушли доплерография. Метод асосини Допплер эффекти ташкил қилади. Яқинлашаётган нарсанинг товуш частотаси ошиб, узоқлашаётган нарса товушнинг частотаси камайишидан иборат. Уни периферик артериал системасининг ўткир ва сурункали окклюзияларини диагностика қилиш, артериал ўзақлар окклюзиясида артериал босимни аниқлаш, томирлардаги реконструктив операциялар вақтида қон оқимини аниқлашда фойдаланилади. Допплер текшируви атравматик; томирлар патологиясида муҳим ўрин тутаети. Уйқу ва умуртқа артерияларини текширишдан ташқари, оёқ-қўллардаги циркулятор бузилишларни диагностика қилишда катта имкониятларга эга. У артериографияни тўлдириши мумкин.

Пневморетроперитонеография — аорта ва унинг тармоқлари ва қорин пардаси орти бўшлиғининг дифференциал диагностикасида қўлланилади.

Функционал вена ичи урографияси — бунда контраст модда юборилгандан кейин 1, 3, 5, 10, 20, 30, 45, 60 минутдан кейин суратлар олинади. Вақт бераётганда косача-жомча аппаратининг шаклига, деформациясига, уларнинг контрастланиш тезлигига ва контраст модданинг чиқарилишига аҳамият берилаети.

Буйрак артерияси бир томонлама зарарланганда экскретор урограммада қуйидаги белгилар бўлиши мумкин:

а) битта буйракда иккинчисига қараганда контраст пайдо бўлишининг кечикиши;

б) буйрақлар ўлчамлари ўртасидаги тафовут 1 см дан кўп;

в) урография ўтказилишининг охирида зарарланган буйрак контрастланишининг парадоксал ошиши;

г) артерияларида окклюзияси бор беморларда нормал ретроград пиелограммада буйракнинг бутунлай контрастланмаслиги.

Йод-гиппуран-131 билан радиоизотоп ренография буйракнинг 3 та асосий кўрсаткичи: буйракда қон оқими, каналча эпителийси секретцияси ва сийдик чиқарувчи йўллар ҳолати тўғрисида маълумот беради.

Буйрақларни сканнирлаш — буйрақлар аста-секин сингдириб чиқарадиган неогидрин<sup>20</sup> ишлатилади. Сканнограммалар қатор буйрак аномалиялари: дистопия, гипоплазия, поликистоз, нефроптоз, пиелонефрит, буйрак артериялари стенози, буйрак сегменти инфарктида айниқса керак. Буйрак артериясининг магистрал стенозида, одатда, чегаралари текис буйракда неогидрин активлиги концентрациясининг камайиши аниқланади. Буйракнинг паренхиматоз зарарланишларида неогидрин активлиги турли бўлимларда ҳар турли пасайган.

Сериосцинтиграфия. Оддий статик сканнирлашдан фарқли равишда бу усул ёки динамик сканнирлаш йод-гиппуран-131 изотопи билан «Дайнами», «Гамма-камера» каби янги аппаратларда ўтказилади. Метод буйракнинг ҳолати, ўлчамлари, шаклини аниқлаш билан бир қаторда унинг изотоп сингдириш даражасини кўрсатиб беради.

Контраст текшириш методлари. Томирлардаги морфологик ўзгаришларни инсон ҳаёт вақтида текширишнинг асосий усули ангиография турли касалликларда қўлланилади. Томирларни контраст текшириш хирургик даво қилинадиган беморларда ва бошқа усуллар касалликка диагноз қўйишга имкон бермаган ҳолларда қўлланилиши керак. Ҳозирги вақтда монелик қиладиган ҳоллар доираси бирмунча торайган, ангиография, масалан, миокард инфарктида, ишемик инсультда ва хатто буйрак етишмовчилигида ҳам ўтказилади.

Беморларнинг контраст моддаларни кўтара олмаслиги ангиография ўтказишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланади.

Клиник амалиётга ангиографик текширув методларининг жорий қилиниши ангиология ривожига катта туртки бўлди. Бу текширувдан кейин деярли ҳамма саволларга жавоблар олинади, беморни операция қилиш-қилмаслик масаласи ҳал қилинади. Ангиография ўтказишда эҳтимол, тutilган асоратларни ёдда сақлаш керак. Ҳозир ихтисослашган бўлимларда оғир асоратлар 0,5—1,0% гача учрайди. Ангиографиянинг қуйидаги турлари бор.

Артериография. Контраст модда бевосита яқин артерияда ёки аортдан бирмунча олис қисмларда инъекция қилиниши мумкин.

а) Тери орқали пункцион артериография қилиш. Бу усул оёқ-қўл томирларининг диагностикасида қўлланилади. Пункцион артериографиядан сон артерияси дистал бўлими зарарланганига, тақим артерияси ва болдир артериялари касалликларига шубҳа бўлганда фойдаланилади.

Аорта равоғи тармоқлари зарарланганлигини диагностика қилиш учун ҳам пункцион артериографиядан фойдаланиш мумкин.

Умуртқа артериясини текшириш учун контраст моддани қўлтиқ артериясини тери орқали пункция қилиш йўли билан қон оқимига қарши юборилади.

Аортография. Ҳозир унинг қуйидаги усуллари қўлланилади. Аортани турли сатҳларда пункция усули билан аортография қилиш:

а) парастернал пункция аортанинг бошланғич бўлимлари ва тож артерияларни контраст текшириш учун қўлланилади;

б) ретроплеврал пункция. Аорта пастки кўкрак бўлимини контраст текшириш учун қўлланилади;

в) транслюмбал пункция. Қорин аортаси ва оёқ артериялари атеросклероз, аорта-артериит ёки бошқа жараён билан зарарланганда уларни контрастлаш учун 1929 йилда Дос - Сантос таклиф этган аортанинг бевосита транслюмбал пункцияси қўл келади. Агар қорин аортаси висцерал тармоқларини контрастлаш зарур бўлса, XII кўкрак умуртқаси сатҳида юқори транслюмбал аортография билан аорта пункцияси бажарилади. Агар қорин аортаси бифуркацияси ва оёқ артерияларини контрастлаш вазифаси қўйилган бўлса, II бел умуртқаси пастки чети сатҳида аортани пастки транслюмбал пункция қилишдан фойдаланилади.

Катетерни периферик артерия орқали ўтказиш методи ҳам бор. Аортага сон, елка, билак, умумий уйқу ва киндик артерияси орқали ўтказиш ва зарур сатҳда ўрнатилиши мумкин. Аортани Сельдингер усулида тери орқали, сон орқали катетерлаш кенг қўлланиляпти. Сон артериясини игна билан пункция қилинади ва у орқали тор кўринишидаги металл ўтказгич киритилади. Игна чиқарилади, ўтказгич эса артерия бўшлығыда қолдирилиб, у орқали катетер киритилади. Ўтказгич чиқарилгандан кейин катетер аортага ёки унинг тармоқларига киритилади ва аортография бажарилади. Сон артерияси орқали зонд киритилганда юқорига кўтириладиган ва кўкрак аортаси, аорта равоғи тармоқлари, қорин аортаси контрастланиши ва висцерал артериялар селектив артериография қилиниши мумкин.

Селектив ангиография. Бунда катетер учи (учки бўлими муайян конфигурацияли махсус катетер қўлланилади) қилиниши лозим бўлган томирга киритилади, кейин контраст модда инъекция қилинади.

Коронарография - тож артерияларни контраст текшириш. Коронарографияга кўрсатмалар:

1) типик стенокардия ва бошдан кечирилган миокард инфарктининг клиник манзараси;

2) бошқа касалликлар билан изоҳлаш мумкин бўлмаган атипик оғриқ;

3) юрак клапан аппарати патологияси билан боғлиқ, бўлмаган юрак ритми бузилиши;

4) миокардни бевосита реваскуляризация қилиш операциясидан кейин айланма шунтлар ўтказувчанлигини аниқлаш;

5) инфаркт олди ҳолати ва ўткир миокард инфаркти ривожланишининг дастлабки соатларида.

Коронарографияга монелик қиладиган ҳоллар:

1) иситма ҳолатлари;

2) паренхиматоз органларнинг оғир ҳолати;

3) юрак ритмининг оғир бузилишлари;

4) мия қон таъминотининг ўткир бузилишлари;

5) йод препаратларига ортиқча сезувчанлик.

Соунс бўйича селектив коронарография: елка артерияси орқали Сельдингер бўйича ингичка ўтказгич ёрдамида рентгено контраст катетер киритилади ва чап, сўнгра ўнг тож артериялар катетерланади ва контраст модда инъекция қилингандан кейин турли проекцияларда суратлар серияси олинади.

Жаткинс бўйича селектив коронарография — Баурас катетери ёрдамида тож томирларни сон артерияси орқали катетерланади.

Паулин бўйича ярим селектив коронарография аортал синуслар соҳасига (Вальсальва синуси) контраст модда юборишга асосланади.

IV. Текширувнинг интраоперацион босқичи.

Аорта ва унинг тармоқларини бевосита операция вақтида ревизия қилиш. Артерия устида пальпацияда аниқланадиган титроқ қон айланиши бузилганидан далолат берадиган белгидир. Унинг интенсивлиги ҳар хил - аранг билинадигандан -то кучлигача бўлиб, у стеноз даражасига боғлиқ.

Стенозланган кесимдан бирмунча дистал томонда зарарланган артериядаги артериал босимни аниқлаш ва уни аортадаги босим билан таққослаш циркулятор бузилишларнинг оғир-енгиллиги тўғрисида тушунча беради.

Интраоперацион электроманометрия. Окклюзия ёки стеноздан бирмунча дистал жойда аорта ва магистрал артерия ўртасидаги босим даражасини ўлчаш — электроманометрия усули артериялар бўйлаб қон оқшининг бузилиши даражаси тўғрисида маълум тасаввур этади. Электроманометрия стеноз ёки окклюзиядан пастрокда аорта ёки артерияни пункция қилиш йўли билан ўтказилади. Бу «Мингограф-42» аппарати ёрдамида қайд қилинади. Электромагнит флоуметрия — қон оқимини текширишнинг бирмунча ишончли усули ҳисобланади. Усул электромагнит индукцияси қонунига асосланган. Метод принципи шундан иборатки, қон оқаётган томир билан электро-

магнит датчик ўртасида электромагнит майдон ҳосил қиладиган потенциаллар айирмаси пайдо бўлади, ҳажмий қон оқими, яъни томирнинг шу сегменти орқали бир минутда оқадиган қон миқдори (мл) эгри чизиқларда қайд қилинади.

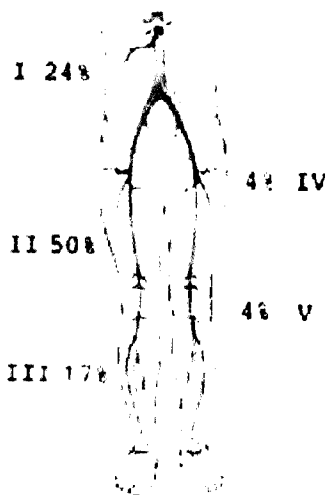
Буйрак биопсияси. Вазоренал гипертензияда биопсиядан мақсад - ишемияга учраган ва контралатерал буйрақларда морфологик ўзгаришлар даражасини аниқлаш, операция қилиш-қилмаслик, унинг характери, прогноз масалаларини билиб олишдан иборат. Буйрак артерияси стенозида биоптатни ўрганиш қуйидаги кўрсаткичларни: юкстагломеруляр аппарат ҳужайраларининг гипертрофия ва гипергрануляциялари даражаси, каналчаларнинг ишемик атрофияси борлиги ва даражаси, интерстинал фиброз кабиларни аниқлашга имкон беради.

### Лериш синдроми

«Лериш синдроми» атамаси клиник амалиётда қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артерияларнинг стенозлайдиган ва окклюзия қиладиган зарарланишлари натижасидаги бузилишлар йиғиндисини ифодалашда ишлатилади. Бу синдром клиник манзарасини биринчи марта 1923 йилда француз хирурги Рене Лериш батафсил тасвирлаган. Бу касаллик патологик анатомик текширишларда 0,14% ҳолларда учрайди (Felson, 1954).

Бу касалликда ГФР да йилига қарийб 30 минг, АҚШ да эса 37 минг реконструктив томир операциялари бажарилади. Беморларнинг тахминан 25 фоизида консерватив даволаш иккала оёқни ампутация қилиш билан тугалланади. Умр кўриш ва оёқ ҳолати прогнози жиддий: касалликнинг дастлабки симптомлари пайдо бўлгандан 8 йил ўтгач, беморларнинг учдан бир қисми нобуд бўлади, бунда уларнинг ярмида гангрена сабабли оёқлари ампутация қилинади, учдан икки қисмидан ампутация бирмунча кейинги даврда қилинади, қолган учдан бир қисмида оёқ ҳолати ёмонлашиб боради (1-расм).

**Этиологияси.** Қорин аортаси ва ёнбош артерияларининг стенозлайдиган зарарланишлари туғма ва орттирилган касалликлардан юз бериши мумкин. Туғма касалликларга аорта қорин бўлими гипоплазияси ёки атрезиясини киритиш лозим. Касал-



1-расм. Оёқлар артерияларининг атеросклерозда зарарланишини учраши.

лик ҳам яллиғланиш бўлмайдиган, ҳам орттирилган яллиғланиш касалликларидан келиб чиқиши эҳтимол. Аортанинг яллиғланишга алоқадор бўлмаган касалликлари орасида атеросклероз кўп учрайди (70—85%). Аортанинг яллиғланиш касалликлари орасида унинг стенозига — захм аортити, инфекцион артериитларнинг бошқа турлари, шунингдек носпецифик аорта-артериит сабаб бўлиши мумкин.

Қорин аортасининг окклюзияловчи касалликлари классификацияси жараённинг жойлашуви ва турини ҳамда ишемия манзарасининг қандайлигини ҳисобга олган ҳолда этиологик принцип бўйича тузилади. Этиологияси бўйича қорин аортаси зарарланиши орттирилган (атеросклероз, носпецифик аорта-артериит, эндартериит, постэмболик окклюзия, шикаст оқибатлари ва б.) ва туғма (гипоплазия, аплазия, фиброз-мушак дисплазияси) турларга бўлинади. Қорин аортасининг стенотик зарарланиши ёнбош артерияларнинг бир ёки икки томонлама зарарланиши билан ўтиши мумкин. Сўнгги хили типик Лериш синдроми ҳисобланади. Артерияларнинг зарарланиш даражаси (стеноз ёки окклюзия) ва дистал томир ўзани ҳолати, хусусан сон-тақим зонасида окклюзия борлиги ва болдир артериялари окклюзиялари борлигини аниқлаш муҳим. Сон артериялари окклюзиясида асосий коллатерал сифатидаги сон чуқур артериясининг ўтказувчанлиги муҳим аҳамиятга эга.

Ишемик синдромнинг юзага чиққанлигига кўра касалликнинг 4 босқичи фарқ қилинади.

I босқичда оёқда оғриқ, зўр жисмоний ҳаракатда, масалан, I кмдан кўп масофа босиб ўтилганда пайдо бўлади.

Ишемиянинг II босқичида оғриқ, камроқ йўл юрилганда вужудга келади. 200 метрлик масофа шартли мезон қилиб олинган. Агар бемор одатдагича одимлаб 200 м дан ортиқ масофани оғриқсиз босиб ўтса, унинг ҳолатини ишемиянинг II «А» босқичи сифатида белгилайдилар. Агар нормал одимлашда 200 м юрилмасдан оғриқ пайдо бўлса, бу - ишемиянинг II «Б» босқичи ҳисобланади.

Тинч турилганда ёки 25 м дан кам юрилганда оғриқ турса, бу - ишемиянинг III босқичи сифатида қаралади.

Ишемиянинг IV босқичи тўқималарнинг яра-некротик ўзгаришларга учраши билан таърифланади.

**Клиникаси.** Артериал ўзагининг аорта-ёнбош сегменти зарарланганда оёқ ишемияси клиник манзараси ривожланишига фақат 3 та омил сабаб бўлиши мумкин: 1) аорта атероматоз пиллакчалари ярага учраб, дистал ўзанинг атероматоз эмболияси; 2) терминал аорта ва умумий ёнбош артерияларининг тромбози; 3) оёқлар дистал бўлимлари (сон ва тақим сегментлари) биргаликда атеросклеротик зарарланиши. Худди шу «кўп қаватли» атеросклеротик зарарланиш зўриқиш ишемияси манзараси, сўнгра тинчликдаги оёқ ишемияси авж олишига олиб келади. Бу жараён оёқларнинг рўй-рост трофик ўзгаришлари билан, гангрена ривожланиши билан тугаллана-

ди. Оёқларнинг клиник юзага чиқадиган ишемияси қорин аортаси терминал бўлимининг тўлиқ окклюзиясида ёки аорта-ёнбош сегмент стенозида пайдо бўлади.

Қорин аортаси стенозловчи зарарланишларининг клиник манзараси жойлашган ўрнига, узунлигига, коллатерал қон айланиши авж олишига ва касалликнинг қачон бошланганига боғлиқ ва чаноқ органлари, думба ва оёқ мускулларида ишемия авж олиши билан алоқадор бўлади.

Беморлар юрганда биринчи галда болдир мускулларидаги оғриқдан нолийдилар. Оғриқ текис жойдан юрганда тўсатдан пайдо бўлади ва тез ўтиб кетмайди. Бемор тўхтаб қолишга мажбур бўлади. Тоққа кўтарилганда ёки зинапоядан чиқилганда оғриқ тезроқ пайдо бўлади. Қорин аортаси зарарланган беморларнинг амалда қарийб 90 фоизи оқсоқланиб қолганликлари сабабли врачга муурожаат қиладилар. Аорта окклюзияларида ишемик оғриқлар асосан думба мускулларида, болдир ва сон мускулларида (аксарият орқа ва латерал сатхи бўйлаб) ҳаракат вақтида пайдо бўлади. Эрта босқичда оқсоқланишнинг бу тури думбалар соҳасида ва сонларнинг орқа юзасида тортишиш кўринишидаги оғриқ сезгилари юзага келишидан иборат бўлади. Врачлар кўпинча буни бел-думгаза радикулити ёки куймич нерви яллиғланиши деб ҳисоблайдилар. Айрим беморлар чаноқ туби мушакларининг артериал етишмовчилиги симптомларини - сфинктердан бўладиган оқсоқликни қайд қиладилар. Беморлар одимлашдаги оғриқдан ташқари оёқ увишиши, совқотишини қайд қиладилар. Бундан ташқари, оёқлардаги туклар тўкилиб, оёқ бармоқларидаги тирноқлар секин ўсади.

Қорин аортаси окклюзияловчи касалликларининг иккинчи классик симптоми жинсий ожизлик ҳисобланади. Қорин аортаси окклюзиясида бу симптом 53,7% беморларда аниқланади. Жинсий майлсизлик келиб чиқишида чаноқ органи ишемияси билан бирга сурункали артериал спинал етишмовчилик муҳим ўрин тутаети.

Кўздан кечирилганда оёқ мушакларининг оз-моз гипотрофикиги маълум бўлади. Беморларнинг ярмида тери қатламлари, айниқса оёқ панжасининг ранги ўзгарган — цианоз, шиш ва гиперемия.

Пайпаслаб кўриш панжаларнинг иккала артерияларида (панжанинг орқа артерияси ва орқа катта болдир артерияси) пульсация йўқлигини топишга ёрдам беради. Одатда тақим артериясида ҳам пульсация бўлмайди. Кўпроқ зарарланган томондаги сон артериясида ҳам одатда пульсация бўлмайди. Айни вақти - бошқа периферик артерияларнинг пульсациясини ҳам аниқлаш шарт. Аускультация қорин аортаси зарарланишининг энг муҳим диагностик белгиси - систолик шовқинни топишга имкон беради, у кўпроқ сон артериялари устида эшитилади. Беморларнинг деярли учдан бир қисмида систолик шовқин қорин аортасининг нақд тепасида аниқланади. Бу шовқин аксарият стенозланган томир устида эшитилади,

окклюзияланган артерия устида у бўлмаслиги мумкин. Қорин аортаси зарарланганда оёқлардаги артериал босим аниқланмайди ёки кескин пасайган бўлади. Бемор қорни босиб ётганида артериал босимни аниқлаш учун манжеткани сонига қўйилади ва стетоскоп билан тақим артерияси эшитиб кўрилади.

**Диагностика.** Текширишнинг инструментал усуллари оёқлардаги қон оқими бузилишлари характерини аниқлашга имкон беради. Ультратовуш билан ўтказиладиган усуллар гоаят оддий. Чунончи, Допплер эффектида ишлаётган ультратовуш датчиги оёқ магистрал артериялари ўтказувчанлигини ва артериал босимни аниқлашга ёрдам беради. Реовазография, плетизмография, ҳажмли сфигмография ва бошқалар оёқларда магистрал қон оқими пасайганини қайд қилиш, ультратовуш тўлқинининг кечикишини аниқлаб бериши мумкин.

Ҳажмли сфигмография ва реовазографияни қайд қилишда дистал ўзан функционал ҳолатига баҳо бериш учун нитроглицерин билан синамага катта аҳамият берилади.

Пункцион полярография одатда тўқималарда кислороднинг ачагина пасайишини аниқлайди.

Бироқ бу усулларнинг ҳаммаси оёқдаги қон айланишини миқдорига қараганда кўпроқ сифат ҳолатини характерлайди. Мушакдаги қон оқимини изотоп усулида миқдорий аниқлаш — оёқдаги қон айланишини характерлайди. Бироқ тинч турилганда мушакдаги қон оқими кўрсаткичи кам маълумот беради, ишемия даражаси ҳаракат вақтида аниқлайди.

Радиоизотоп ангиография аортани кўрибгина қолмай, балки ундаги қон оқими бузилишини қайд қилишга имкон беради, бироқ қорин аортаси зарарланиши топик диагностикасининг асосий усули рентген контраст аортографияси бўлиб қолади. Уни хирургик даволаш тахмин қилинганда ўтказиш лозим. Транслюмбал аортография танланадиган усул ҳисобланади. Қорин аортаси зарарланишининг ангиографик манзараси жуда хилма-хил, қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артерияларнинг стеностик ўзгаришлари энг кўп учрайди.

Атеросклеротик жараёнлар учун чекка тўлиш нуқсонлари, аорта ва артерия контурларининг стенозлар участкалари билан текисланиб қолганлиги хос. Травматик шикастлар учун окклюзиядан проксималроқда аортанинг нормал кўриниши ва зарарланишининг сегментар характери типикдир. Постэмболик окклюзияда бу жойдан юқоридаги аорта деворлари текис, атеросклероз белгилари йўқ. Ёнбош артериясининг туғма гипоплазиясида унинг бўшлиги бир текис торайган контрастланиш нуқсонини йўқ. Ёнбош артериясининг фиброз-мушак дисплазияси кўп сонли торайиш зоналари билан характерланади, бунда артерия чўткалар кўринишига эга бўлади.

Ишемик белгилар характери жараёнга дистал томир ўзани тортилишига боғлиқ.



Катта коллатераллар (пастки ичак тутқич, ички ёнбош, бел, думгаза артериялари ва б.) артерия тармоқлари ва оёқ артериялари ўртасида катта анастомоз боғланишлар ҳосил қилади.

Оёғида оғриқ борлигидан шикоят қилаётган беморда лоақал битта сон артериясида пульсация бўлмаса ва агар қорин аортаси, ёнбош ва сон артериялари устида систолик шовқин эшитилса, Лериш синдромига осонликча диагноз қўйиш мумкин. Инструментал текшириш усуллари билан оёқлардаги қон айланиши бузилишлари аниқланади. Агар операция билан даволаш тўғрисидаги масала ҳал қилинган бўлса, беморни аортография қилиш керак.

Дифференциал диагностика қилишда облитерация қиладиган эндартериит 20—30 ёшдаги эркаклар касаллиги тўғрисида унутмаслик керак, бунда болдир томирлари зарарланади. Бундай беморларда сон, кўпинча эса тақим артерияси яхши пульсация қилади, систолик шовқин бўлмайди. Эндартериитли беморларда аортографияда одатда аорта, ёнбош ва сон артерияси ўтказувчанлигининг соннинг учдан бир пастки қисмигача нормал бўлиши қайд қилинади. Артериялар контурлари текис, силлиқ. Тақим артерияси ва болдир артериялари одатда окклюзияланган ва болдирда штопорсимон коллатералларнинг майда тармоқларигина кўриниб туради.

Аорта окклюзияларида думбада соннинг орқа юзаси бўйлаб пайдо бўладиган оғриқ баъзан куймич нерви яллиғлаши диагнози қўйилишига сабаб бўлади. Периферик артериялар спазмга учраганлиги ва оёқ панжасида пульсация аниқланмаслиги, оёқларнинг эса муздайлиги бу спазмни янада оширади. Бироқ ишиасда оғриқ, жисмоний ҳаракатга боғлиқ бўлмайди, улар тинч турганда йўқолмайди ва тунда қўзишга мойил бўлади. Бундай беморларда томир шовқини бўлмай, балки куймич нерви яллиғланишининг бутун неврологик симптоматикаси аниқланади.

Операция қилиб даво қилинмаса, касаллик прогнози жиддий, чунки бузилишлар тобора авж олиб боради. Кўпчилик беморлар симптомлар пайдо бўлгандан 1—2 йил ўтгач меҳнатга лаёқатсиз бўлиб қоладилар.

**Даволаш.** Қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артерияси зарарланган беморда II Б, III ва IV босқичлардаги ишемия операция қилиб даволашга кўрсатма ҳисобланади. I ва II А босқичларда консерватив даволаш керак бўлади.

Янги бўлган миокард инфаркти, 3 ой бўлиб ўтган инсульт, III даражадаги юрак етишмовчилиги, оғир ўпка эмфиземаси, жигар циррози, жигар ва буйрак етишмовчилиги операция усулида даволашга қаршилиқ ҳисобланади. Сон чуқур артерияси дистал бўлимларининг окклюзияси ва болдир ҳамма учала артериясининг тўлиқ тутилиб қолганлиги операцияга қарши кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Ҳозирги вақтда Лериш синдромини операция усули билан даволаш томир хирургиясининг яхши ишлаб чиқилган бўлими ҳисобланади.

Қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артериялари нормал ўтказувчанлигини тиклаш учун реконструктив операцияларнинг ҳар учала тури: резекция қилиб протезлаш, аллошунтлаш ва эндартерэктомиядан фойдаланилади.

Қорин аортаси окклюзиясида резекция билан (аортани кесиб ташламай) протезлаш ўтказилади.

Агар қорин аортасининг стенозловчи зарарланишида ёки ёнбош артериялари ўтказувчанлиги сақланиб қолган бўлса, бифуркацион орто-сон аллошунтлашни амалга оширган яхши.

Беморнинг оғир соматик ҳолатида оёқларда қон айланишини тиклаш учун «юза» ёнбош-сон ёки чатишма сон-сон ва чатишма ёнбош-сон шунтлаш методларидан фойдаланиш мумкин.

Оёқнинг хатто III ва IV даражали ишемиясида 70% беморларда реконструктив операция қилиш ва оёқни сақлаб қолиш мумкин. Кўпчилик беморларда томирларнинг икки томонлама зарарланиши учрайди. Клиникаси бир томонда ифодаланган бўлишига қарамай, томирлар реконструкциясини иккала томондан бажариш зарур. Қорин аортасидаги операцияларда ўлим 2 дан 10% гача ўзгариб туради. Кўпчилик беморларда хирургик даволаш натижалари яхши. 83% беморларда яхши натижа сақланиб қолади. Операция қилинган 10-15% беморларда атеросклероз жараёни авж олиши ёки дистал анастомозлар соҳасида янги интима ўсиб қалинлашуви сабабли реконструкцияланган сегмент тромбози туфайли симптомлар яна пайдо бўлиши эҳтимол. Томир протезлари одатда асоратлар бермайди. Оёқ дистал томир ўзани ўтказувчанлиги сақланиб қолганда (сон чуқур артерияси ва лоақал битта болдир артериясида) беморда такрор операция ўтказиш мумкин, у 75% беморларда яхши чиқади ва оёқда қон айланиши қайта тикланади.

Реконструктив операциялар натижаси кўп жиҳатдан қон томир ўзани ҳолатига боғлиқ. Оёғида гангреналари бўлган беморлар гуруҳида реконструктив операциядан 5 йил ўтгач яхши натижалар ва ампутацияга маҳкум бўлган беморларда оёқнинг сақланиб қолиш 58% ҳолларда қайд қилинган. Лериш синдромида реконструктив операциялар кўпчилик беморларда симптомларни бартараф этади ва нормал ҳаётга қайтиш имконини беради.

Рентгенэндоваскуляр дилатация. Сўнгги вақтларда ангиография ва рентгенэндоваскуляр хирургиянинг жадал ривожланиши муносабати билан янги истиқболли йўналиш — зарарланган артерияларнинг транслюмбал ангиопластикаси билан бир вақтда нитинол спираль ёрдамида эндопротезлаш вужудга келди (И. Х. Рабкин ва б.). Ёнбош ва сон артерияларининг рентгенэндоваскуляр дилатацияси реконструктив операциялар ҳажмини камайтиришга, ўлимни камайтиришга ва кейинги натижаларни яхшилашга имконият яратди.

Консерватив даволаш. Қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артериялари зарарланиб, ишемиянинг I—II А даражаси бўлган бе-

морларда 1—2 ойгача консерватив даво қилинади. Бундай давони йилига 2—3 марта реконструктив томир операцияларидан кейин ўтказиш мақсадга мувофиқ. Қуйидаги препаратлар гуруҳлари ишлатилади:

1. Ганглиоблокаторлар: бупатол, мидокалм, васкулат.

2. Меъда ости безлари препаратлари: андекалин, дилминал, ангиотрофин, падутин, депо-падутин, депо-каликреин, прискол, вазоластин.

3. Томирларни кенгайтирадиган препаратлар: папаверин, ношпа, никошпан, кампламин, галидор.

4. Антикоагулянтлар: фенилин, пелентан, неодикумарин, синкумар ва б. ўткир тромбозда гепарин, стрептаза, стрептокиназа ва урокиназа ишлатилади.

5. қон реологик хусусиятларини яхшилаш ҳамда дезагрегация мақсадида аспирин, курантил, ангинин ва продектин қўлланиш мақсадга мувофиқ. Микроциркуляцияни яхшилаш учун реополиглюкин (5-10 инфузия) тайинланади.

6. Баротерапия, диодинамик тоқлар (Бернар тоқлари), массаж, водород сульфидли ванналар.

Реконструктив операциялардан кейин беморларга 0,5 г дан қунига 3 марта аспирин, 1 таблеткадан қунига 3 марта курантил, йилига 2—3 марта 1—2 ойлик компламин билан даволаш курслари ва физиотерапевтик даво тайинланади. Даволаш физкультураси зарур.

Томирлар операцияларидан кейин беморлар 1—3 ойгача меҳнатга лаёқатсиз бўладилар. Ишемия симптомлари барҳам топгандан кейин беморлар ўз ихтисослиги бўйича ишлай оладилар: йилига 2 марта амбулаторияда профилактик даво курслари оладилар.

### **Қорин аортасининг сурункали окклюзиялари**

Қорин аортасининг сурункали стенозлари ва окклюзиялари оёқ ишемияси манзараси билан ўтадиган оғир касалликлар ҳисобланади, уларни Лериш 1940 йилда яхши тасвирлаб берган. Терминал қорин аортасининг стенозловчи зарарланишлари туғма ва орттирилган касалликларга боғлиқ бўлиши мумкин. Аорта қорин бўлимининг гипоплазияси ва атрезиясини туғма касалликларга киритиш мумкин.

**Этиология ва патогенез.** Қорин аортасининг торайиши ва тўлиқ обтурацияси яллиғланишсиз ўтадиган ва яллиғланиш билан ўтадиган орттирилган касалликлардан келиб чиқиши мумкин. Яллиғланишга алоқадор бўлмаган аорта касалликларидан атеросклерозни кўрсатиб ўтиш мумкин. Аортанинг интимал саркома, қорин бўшлиғи ва гениталий ўсмаларидан зарарланиш имконияти жуда кам бўлади.

Аортанинг яллиғланиш касалликлари орасида унинг стенозга учрашига захм артериити, инфекциян артериитларнинг бошқа турлари, шунингдек носпецифик аортит сабаб бўлади (В. С. Смоленский, 1964). Сўнгги йилларда қорин аортаси окклюзияларининг бир-мунча кўп учраши исботлаб берилди.

Томирларнинг облитерацияловчи касалликлари бўлган беморлар орасида қорин аортаси окклюзиялари 1—3% ҳолларда учрайди. Лериш синдроми бўлган беморлар орасида бу патологиянинг салмоғи янада юқори. Қорин аортаси окклюзион зарарланишларининг асосий этиологик омили атеросклероз ҳисобланиб, у 50 дан 100% ни ташкил этади (Б. В. Петровский, М. Д. Князев ва б.).

Совет Иттифоқида аорта бифуркацияси резекцияси билан бирга аллопротезлаш операциясини биринчи марта 1960 йилда В. С. Савельев бажарган.

Ўзбекистонда қорин аортаси окклюзион касалликлари тўғрисидаги таълимотга Ш. И. Каримов, У. О. Орипов, В. В. Вохидов катта ҳисса қўшдилар.

Қорин аортаси сурункали окклюзияларининг клиник манзараси. Қорин аортасининг терминал бўлимидаги окклюзиянинг клиник манзараси кўпинча оёқлардаги ишемиялардан иборат. Бироқ, окклюзия жараёнининг турли вариантлари ва даражалари, уларнинг қанча жойни эгаллагани, аорта дистал ёки проксимал сегментлари ва оёқ, буйрак ва висцерал артерияларининг шундай зарарланиши билан бирга учраши касалликнинг кечишини ва клиник манзарасини кескин ўзгартиради ҳамда прогнозни оғирлаштиради. Бу диагностикага, тактика танлашга ва операцион аралашув ҳажмига ўз таъсирини кўрсатади. Лериш синдроми билан қорин аортаси окклюзияси ўртасида аниқ чегара бўлиши зарурлигини талаб этади. Юқорида айтилганлардан хулоса қилиб, қорин аортаси окклюзиясининг зарарланиш даражаси ва ҳажмига кўра қуйидаги вариантларини фарқ қилиш мақсадга мувофиқ:

1. Пастки ичак тутқич артерияси даражасигача бўлган қорин аортаси окклюзияси, унда антеград қон оқими сақланиб қолган — паст окклюзия.

2. Ўрта ичак тутқич артерияси даражасигача тромб четки ичак тутқич артерияси даражасидан юқорига тарқалган қорин аортаси окклюзияси — ўрта окклюзия.

3. Тромб буйрак артериялари оғзигача тарқалган аорта қорин бўлими окклюзияси — юқори окклюзия.

4. Тромб буйрак артериялари оғзигача ёки ундан юқори тарқалиб, паталогик жараёнга антеград қон оқими редукцияси ёки у йўқлиги туфайли буйрак артерияси тромбози қўшилиб ўтадиган аорта қорин бўлими окклюзияси — қорин аорта бўлимининг юқори окклюзияси вазоренал гипертензия ва сурункали абдоминал ишемия синдроми билан.

Қорин аортасининг паст окклюзиясида оёқларда қон айланиши етишмовчилигининг клиник манзараси қуйидагича характерланади: юришда оёқ оғриши, 100—200 м юрилганда оқсоқланиш. Оғриқ оёқнинг ҳар қандай бўлимида, жумладан дистал бўлимларида бўлиши мумкин. Бироқ оғриқ кўпроқ сон ва думбаларда бўлиб, юришда ва жисмоний ҳаракатда пайдо бўлади.

Қорин аортаси юқорига кўтариладиган тромбози жараёнига пастки ичак тутқич артерияси тортилган ўрта окклюзияда оёқ, ишемиясининг юқорида тасвирланган кўриниши оғирлашади. Бундан ташқари, унга чаноқ, органларидаги йўғон ичак терминал бўлими ишемиясининг клиник манзараси кўшилади. Бу патологияда сонлар ички юзаси, чов, жинсий органлар терисида увишиб қолиш сезгиси кузатилади. Аксарият беморлар бел соҳасида доимо оғирлик ёки оғриқ сезадилар, шу сабабли бел-думғаза радикулит ва деформация қиладиган спондилёздан муваффақиятсиз даволанадилар. Тўғри аниқланган диагнозгина бу оғриқларнинг ҳақиқий табиатини аниқлашига имкон беради. Ишемик синдромнинг белгиларидан бири ичнинг қабзият ёки ич кетиши кўринишида бузилишидир, оғирроқ, ҳолларда ич келмай ва сийдик ажралмай қолади. Тез чарчаб қолиш, юриш ва ҳаракат вақтида сон ва думбаларда оғриқ, пайдо бўлиши қорин аортасининг ўрта окклюзияси деб шубҳа қилишга имкон берадиган симптомдир. Янги коллатераллар вазифаси бузилиб, касалликнинг янада авж олиши ишемия зонаси кенгайишига олиб келади ва одатда оёқ дистал бўлимларининг қон билан таъминланиши ёмонлашади. Бу касаллик клиник манзарасига таъсир кўрсатади. Бу қорин аортаси ўрта окклюзияси бор бемор учун хос. Айрим ҳоллардагина дистал бўлимларда ишемия проксимал йўналишда ортиб бориши мумкин. Визуал кўздан кечиришда амалда ҳамма ҳолларда болдир ва сон мускуллари атрофияси ҳамда тери қопламларининг рангпарлиги ёки мармарсимонлигини пайқаш мумкин. Оёқ панжасидагина эмас, балки болдир, сон ва думба соҳасида тери ҳарорати пасайиши мумкин. Қорин аортаси юқори окклюзияларнинг доимий ва характерли белгиларидан бири бу патология учун патогномоник бўлган импотенция ҳисобланади. Унинг етакчи сабабчиси горсимон таналардан антеград қон билан тўлиқлигининг пасайишидир. Жинсий ожизлик қорин аортаси интер-ва супраренал сегментлари зарарланган қорин аортаси юқори окклюзияси бўлган беморларнинг 55 фоизидида аниқланади. Оёқлар, чаноқ органлари ва йўғон ичак ишемияси симптомларига артериал гипертензия симптоматикаси кўшилиб келади. Кўпчилик ҳолларда улар буйрақлар қон таъминоти бузилиши билан боғлиқ. Бироқ қатор ҳолларда артериал гипертензия буйрақ артериялари зарарланмай ўтадиган қорин аортасининг пастки окклюзияси бўлган беморларда аниқланади.

Ичак тутқич артериясидан пастдаги қорин аортаси окклюзияси беморларнинг 35 фоизидида, ўрта ва юқори окклюзияларда эса бу рақам 65 фоизга етади. Бу далил шуни кўрсатадики, окклюзион жараён қорин аортасида проксимал тарқалганда артериал гипертензияли беморлар сони кўпаяди. Қорин аортаси окклюзиясига шубҳа туғдирадиган симптомлардан бири оёқнинг ҳамма нуқталарида пульсациянинг йўқлиги ҳисобланади.

**Диагностика.** Қорин аортаси окклюзиялари клиникаси етарлича равшан ва кўпчилик ҳолларда диагноз қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Энди диагноз қўйиш масаласи дастлабки қорин аортаси обтурацияси даражасини аниқлаш, оёқларда қон айланиши компенсацияси даражасини, периферик ўзан ҳолатини билиш мутахассисларнинг ҳозирги кундаги вазифаси ҳисобланади. Касаллик диагнос-тикасида буйрак артериялари ва қорин аортаси висцерал тармоқлари ҳолатини, шу магистрал артериялардан қон билан таъмин этиладиган органларнинг зарарланиш даражасини аниқлаш муҳим ва ниҳоят, узил-кесил диагноз қўйишга имкон берадиган текширишлар йиғиндисига мия ва тож томирлар қон оқими ҳолатини ўрганиш ҳам кириши керак.

Текшириш босқичларини шартли равишда амбулатор, дастлабки ва клиник босқичларга бўлиш мумкин:

I. Текширишнинг амбулатор босқичи махсус жиҳозлар талаб этмайди ва ҳар қандай тиббий муассасада ўтказилиши мумкин. Анамнез йиғиш — масъулиятли давр ва қуйидагиларни ўз ичига олиши керак: беморнинг ёши, касалликнинг биринчи симптомларидан бошлаб бошланган даври, ишемия зонасининг динамикада кўпайиши, унинг юқоридан пастга ёки пастдан юқорига тарқалиши кабилар.

Бел ва чов соҳаларидаги ишемияни аниқлашга, физиологик йўналишларнинг бузилиши, ахлат характериға алоҳида аҳамият берилиши лозим. Ўзгариб турадиган чўлоқлик интенсивлиги ва характери, оёқда оғриқ синдроми борлиги, трофик бузилишлар ривожланганлигини аниқлаш зарур. Жинсий функциянинг бузилиш даражаси, даволашнинг нечоғлик наф бераётганлигини албатта билиш керак.

Беморни кўздан кечиришда тери рангининг ўзгарганлигиға, оёқлар, чаноқ камари ва жинсий органларда атрофия борлигиға, трофик бузилишларға аҳамият бериш зарур. Оёқлар магистрал артериялари, жинсий олат орқа артериясининг албатта пайпаслашдан ташқари, пайпаслаш мумкин бўлган ҳамма артериал томирлар пайпаслаб чиқилади. Ҳамма артериялар аускультация қилиниши лозим. Оёқларда ва қўлларда артериал босимни ўлчаш муҳим аҳамиятға эға. Қорин аортаси окклюзион зарарланган беморларнинг 85 фоизида оёқлар ишемияси учун хос мускул атрофияси симптоми аниқланади. Айни вақтда мушак тонуси, мушак кучи ва иш қобилиятининг пасайиши қайд қилинади. Бирмунча дистал окклюзион зарарланишлардан фарқли равишда бу симптом кўпинча икки томонлама ва болдир мускуллари билан бирға сон ва чаноқ камари мускулларини ҳам қамраб олади.

II. Терминал аорта ва ёнбош артерияларнинг окклюзион зарарланишлари бўлган беморларни текширишнинг дастлабки клиник босқичи муайян изчилликда ўтказилиши ва оёқлар ишемиясини ҳамда бошқа ҳаётий муҳим органлар (миокард, мия, висцерал органлар, буйраklar) функциясини ўрганишға қаратилмоғи лозим. Шу-

нинг учун текширишнинг бу босқичи иккита йўналишга бўлинади. Биринчи йўналишнинг вазифаси — оёқлар магистрал ва коллатерал қон оқими ҳолатини, томирларнинг стенозловчи зарарланиши қаерда жойлашгани ва ҳолатини, оёқлар регионал гипоксияси даражасини, шунингдек қорннинг коагуляция ва реологик хоссаларини аниқлашдан иборат. Беморларни текширишни бажариш учун қуйидаги диагностик тестлар: артериал осцилография, тери термометрияси, капилляроскопия, ҳажмли сфигмография, реовазография, оёқлар термографияси, уларни сканнирлаш, вена ичи радиоизотоп ангиографияси, терида ва мушакларда қон оқимини ўрганиш, поляриография ўтказилади.

Иккинчи йўналишнинг вазифаси — магистрал қон оқими ҳолати ва бошқа органларнинг функционал ҳолатини аниқлаш лозим, бунинг учун беморларда умумий клиник ва қонни биохимиявий текширишлар, ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ, буйрақлар ва меъда-ичак йўли органларини текшириш шарт.

Оёқларда тўқима (тери ва мускул) қон оқимини миқдорий аниқлаш ҳозирги вақтда хужайра мембраналари орқали бемалол ўтадиган радиоактив изотоплар ёрдамида ўтказилади. Бу методикаларнинг қимматли томони шундаки, тўқималар бирлиги орқали оқадиган қон миқдори қон айланишининг бузилиш даражасини ва касалликнинг клиник манзарасини белгилайдиган асосий омиллардан бири ҳисобланади. Микроциркуляцияни изотоплар ёрдамида ўрганиш методи атравматик, кўп ахборот беради, сезувчанлиги билан ажралиб туради, ўрганилаётган объектдаги эффектив қон оқими тўғрисида тушунча беради.

Беморларни олдиндан клиник текшириш оёқларнинг қон билан таъминланишининг бузилиш даражасини аниқлаш ва магистрал қон оқими тиклангандан кейин трофик бузилишларнинг қайта тикланишига имкон беради. Текширувнинг худди шу босқичида ҳаётий муҳим органларнинг ишлаши, коронар ва брахиоцефал артериялар хавзасида қон оқимини компенсация қилиш даражаси тўғрисида етарли ахборот олиш мумкин. Буларнинг жами операцияга умумий кўрсатмаларни белгилаш ва операциядан кейинги даврни прогноз қилиш имкониятини беради.

Бироқ топик диагнозни узил-кесил аниқлаш, реконструктив операция усули ва ҳажмини танлаш учун яқунловчи текширув-контраст ангиография қилиш зарур. Рентген контраст текширишдан мақсад окклюзия ва стенознинг қаерда жойлашгани ва даражасини билиш, патологик жараён соҳасида томирлар девори ҳолатини аниқлаш, коллатерал ўзан ҳолатини топиш ва обструкциядан дисталроқ масофада магистрал артерияларни тўлдириш ҳисобланади. Иккита сатҳни: қорин стволидан бошлаб ҳамма асосий тармоқлари ва сон ҳамда тақим артериялари, шунингдек болдир томирла-

ри билан тугалланадиган қорин аортасини қайд қиладиган серияли ангиография бирмунча афзал саналади.

Транслюмбал аортография танлаш методи ҳисобланади (2-расм). Қорин аортаси окклюзиясига шубҳа қилинганда дастлабки текшириш методларига асосланиб, аорта XII кўкрак умуртқаси сатҳида юқори транслюмбал пункция қилиниши керак. Аорта-ёнбош зонасидаги окклюзияли жараёнда II бел умуртқаси танасининг юқори чети сатҳида паст транслюмбал пункция қилиниши мумкин. Ангиографик манзара аорта ва унинг тармоқлари зарарланишининг бевосита ва воситали белгиларидан таркиб топади. Аорта бўшлиғининг тўлиқ окклюзияси учун у ёки бу сатҳда аорта контраст тасвирининг узилиши характерли. Узилиш чизиги нотекис, горизонтал йўналишга эга. Окклюзия соҳаси устида баъзан аорта контрастланиш даражасининг бир оз кучсизланиши маълум бўлади, бу тромботик массаларнинг аортанинг олдинги-орқа ярим доираси бўйича окклюзия бўлган жойдан юқорида тарқалганлигига билвосита ишора бўлиши мумкин. Бу феноменни ён томонлама аортограммада бевосита ангиографик белгилар билан тасдиқлаш мумкин. Окклюзия дистал чегарасининг даражаси ангиограммалар сериясида кўринади.



2-расм. Қорин аортаси окклюзияси.

Қорин аортасининг буйрак артериялари ва висцерал тармоқлар зарарланганига шубҳа қилинган юқори окклюзияларида иккита проекцияда серияли ангиограмма қилинади — бир секунд тезликда иккита кадр берадиган 12—14 рентгенограмма. Бу контраст модданинг буйрак артериялари ва висцерал тармоқлар бўйлаб тарқалишини визуализация қилиш, шунингдек коллатерал қон айланишини аниқ бажарилиши учун зарур.

Қорин аортаси ангиографик окклюзияларнинг қуйидаги таърифи бор: қорин аортасининг паст окклюзияси — контраст тасвирининг пастки ичак тутқич артерияси оғзи сатҳида ёки ундан пастда унинг антеград тўлдирилиши билан узилиши.

Қорин аортасининг ўрта окклюзияси — контраст тасвирининг пастки ичак тутқич артерияси сатҳида ёки ундан юқорида унинг ретроград тўлдирилиши билан узилиши.

Қорин аортасининг юқори окклюзиясида асосий жараёнга қўшилмаган буйрак артериялари сатҳида контраст тасвирининг узилиши улар контраст модда билан тўлганда буйрак артериялари сатҳида қайд қилинади.



Буйрак артерияларининг қўшилиб кетган зарарланишида окклюзия даражаси одатда нотекис, буйрак артериялари оғзини қамраб олган бўлади. Қорин аортасининг жараёнга буйрак артериялари ва висцерал тармоқлар қўшилган юқори окклюзияси бошқа рентгенологик таърифга эга. Контраст тасвирнинг узилиш сатҳи буйрак артериялари оғзи сатҳида аниқланади, унинг четлари супроренал сегментга тарқалишга мойиллиги борлигидан билинмайди. Бу сегмент аксарият кучсиз контрастланган, бу тромбнинг буйрак артериялари оғзидан юқорига тарқалганлигидан дарак беради. Агар олдинги-орқа проекцияда буйрак артериялари етарли даражада кўринса, висцерал тармоқларни бу проекцияда ҳамини ҳам аниқлаб бўлмайди. Юқорида кўрсатилганидек, бу қорин стволи оғзи ва юқори ичак тутқич артериясининг қатламланиши билан боғлиқ.

Атеросклероз ва носпецифик аорта-артериитда қорин аортаси окклюзиясининг ангиографик семиотикаси, ҳар хил манзарага эга. Атеросклероз учун контраст тасвир узилишнинг нотекис тасбеҳсимон четлари бўлган зарарланишнинг диффузлиги характерли. Носпецифик аорта-артериитда зарарланиш ҳажми катта. Томир контурларининг четлари силлиқ, аниқ.

Қорин аортаси ва тармоқларининг бевосита ва билвосита белгилари фарқ қилинади. Бевосита белгиларга аорта ва тармоқлари контурининг контраст тасвир йўқлиги билан узилиши киради. Томирнинг ретроград тўлиши, контраст тасвирнинг кучсизлиги, асимметрик тўлган ўзанида контрастнинг тугилиб қолиш билвосита белгилардан ҳисобланади. Ангиография маълумотларини ўрганиш зарарланиш ҳажминигина эмас, балки коллатерал қон оқими йўллари ҳисобига қон айланишини компенсация қилиш йўллари ҳам аниқлаш имконини беради. Чунончи, масалан, қорин аортасининг ўрта окклюзияларида коллатерал қон айланиши иккита система ҳисобига амалга оширилади.

Биринчиси — қорин аортаси паст окклюзиясидаги каби лямбал артериялар системаси.

Иккинчиси — юқори ва пастки ичак тутқич артерияларида шаклланадиган қовурғалараро анастомоз (Риолан равоғи). Қорин аортасининг юқори окклюзияларида коллатерал қон айланиши асосан ичак тутқичаро анастомоз системаси орқали амалга оширилади (Риолан равоғи).

III. Текширишларнинг интраоперацион босқичи қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Қорин аортаси ва тармоқларини ревизия (тафтиш) қилиш.
2. Аортада ва унинг тармоқларида артериал босимни аниқлаш — электр манометрия.
3. Электр магнит флоуметрия.

Операция вақтида аорта-ёнбош сегменти окклюзион зарарланиш даражасини ва қанча масофадалигини баҳолаш ғоятда муҳим.

Ўз-ўзидан маълумки, оддий ревизия, пайпаслаб кўриш уларнинг зарарланиш даражаси тўғрисида тахминий тушунча беради, холос. Оёқ артериялари бўйлаб қон оқими бузилишининг даражаси тўғрисида аорта билан окклюзия бўлган жойдан дистал масофадаги магистрал артерия ўртасидаги босим градиентини ўлчаш — электр манометрия муайян тасаввур беради.

Қон оқимини текширишнинг бирмунча ишончли методи электр магнит флоуметрия бўлиб, гемодинамик бузилишларнинг оғиренгиллиги тўғрисида узил-кесил тушунча бера олади. Текширишнинг интраоперацион босқичи диагнозни тўқис-тугал аниқлаш ва оптимал операция режасини танлашга ёрдам қилади.

Қорин аортаси сурункали окклюзияларининг Ш. И. Каримов бўйича классификацияси:

I. Окклюзия даражаси:

1) қорин аортасининг паст окклюзияси:

- пастки ичак тутқич артерияси зарарланиши билан;
- пастки ичак тутқич артерияси зарарланган;

2) қорин аортасининг ўрта окклюзияси пастки ичак тутқич артерияси окклюзияси билан;

3) қорин аортасининг юқори окклюзияси:

- буйрак артерияси зарарланмаслиги билан;
- буйрак артериялари зарарланиши билан, вазоренал гипертензия синдроми билан;
- буйрак артериялари зарарланиши билан ва висцерал тармоқларнинг вазоренал гипертензияси ва абдоминал ишемияси билан.

II. Периферик ўзан ҳолати:

- дистал блок йўқ;
- дистал блок бор.

III. Оёқлар ишемияси даражаси:

I босқичи — компенсация;

II босқичи — ўтиб кетадиган бузилишлар;

III босқичи — барқарор томир етишмовчилиги;

IV босқичи — гангрена (3-расм).

IV. Бошқа томир ҳавзаларининг биргаликда зарарланишлари:

- брахиоцефал томирларнинг мия томирлари етишмовчилиги билан зарарланиши;

- тож артерияларнинг юрак сурункали ишемик касаллиги билан бирга зарарланиши.

**Даволаш.** қорин аортасининг сурункали окклюзион зарарланишлари хирургик патологиядир. Патологик жараённинг ишемияга учраган зоналарни компенсация қиладиган коллатерал йўллар узи-



3-расм. Ўнг оёқ гангренаси.

лиши билан авж олиши, томирларнинг окклюзиядан дисталроқ зарарланиши оёқ гангрена­сига ўтадиган оғир ишемиясига сабаб бўлади.

Проксимал тромб сатҳининг орта бориши қон оқимидан буйрак ва висцерал артерияларнинг узилиб қолиш хавфини туғдиради, бу буйраклар ва қорин бўшлиғи органлари функциясининг бузилишига олиб келиши мумкин. Нормал қон оқимини тиклашга ва шу тариқа ҳаётий муҳим органлар функциясини сақлаб қолишга фақат хирургик йўл билан эришилади. Хирургик операция нечоғлик эрта бажарилса, натижа шунчалик яхши бўлади.

Операцияни характери бўйича 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Реконструктив ёки радикал.

2. Билвосита реконструктив (ўмров ости ва қўлтиқ-сон).

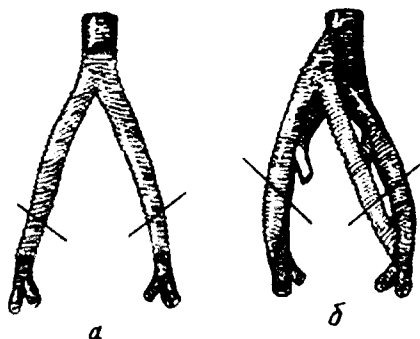
3. Паллиатив (вақтинча енгиллаштирадиган). Паллиатив операциялар реконструктив операция қилиш мумкин бўлмаган ҳоллардагина қўлланилиши мумкин. Периартериал симпатэктомия, эпинефрэктомия шулар қаторига киради. Бу операцияларни бажаришдан мақсад периферик томир ўзанини десимпатизация қилиш ва коллатерал қон айланишини яхшилашдан иборат. Бемор ҳаётини қутқариб қолишга қаратилган мажбурий тадбир бўлган оёқни ампутация қилиш (кесиш)ни ҳам шартли равишда шулар қаторига қиратиш мумкин (4-расм).

Билвосита ўтказиладиган реконструктив операциялар (дистанцион ўмров ости-сон ва қўлтиқ-сон артерияларини шунтлаш) қуйидаги шароитларда бажарилиши керак:

1. Юрак-томирлар система­си ва бошқа ҳаётий муҳим органларнинг оғир бузилиши сабабли летал натижага олиб бориш эҳтимоли бўлган беморнинг оғир умумий ҳолати. Асосий реконструктив операциядан олдин тез авж олиб борадиган интоксикация ҳодисалари ва гемостазнинг оғир бузилишларини бартараф этиш учун дастлабки босқич сифатида ўтказилади.

2. Оёқнинг тез авж олиб борадиган ишемиясида ва хирургда қорин аортаси окклюзияларида радикал операция ўтказиш имкони бўлмаганда.

Магистрал қон оқимини тиклашнинг асосий тури уни резекция қилиб аллопротезлашдир. Бугунги кунда бу операция пластик хирургияни ривожлантиришдаги муҳим босқич ҳисобланади.



4-расм. (а) қорин аортасини резекцияси ва иккитомонлама аорта-сон протезлаш ва (б) аорта-сон шунтлаш.

Реконструктив операциялар бажаришга қуйидагилар мутлақо монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади:

- тез-тез хуружлар бўлиб турадиган, нафас қисадиган, яқинда (6 ойгача) бошдан кечирилган миокард инфаркти бўлган тож томирлар етишмовчилигининг оғир формалари;

- мия қон айланишининг янги (6 ойгача) бузилишлари гемиплегия ҳодисалари билан;

- буйракнинг органик зарарланишлари субкомпенсацияланган буйрак етишмовчилиги ҳодисалари билан.

Операция вақтидаги асоратлар. Энг жиддий асоратлардан бири операция вақтида қон оқишидир. Қон оқшининг сабаблари: томирларнинг шикастланиб қолиш, анастомознинг етарлича герметик эмаслиги, аорта дистал бўлимининг боғланмаганлиги ва гипокоагуляциялар. Операция вақтидаги протез тромбози кўп учрайдиган асорат ҳисобланади. Тромбоз сабаблари: томирлардаги қоннинг дистал стази, тромб узилиши, артериал босим тушиб кетиши билан юз берадиган гиповолемия.

Операциядан кейинги давр асоратлари: юрак-томирлар, нафас ва ўтқир буйрак етишмовчилиги, ичак инфаркти, перитонит, оёқ-қўллар гангренази, қон кетишлар, эвентерация, операцион жароҳатнинг йиринглаб кетиши.

### **Сурункали абдоминал ишемия синдроми**

Қорин аортаси висцерал тармоқларининг сурункали окклюзион зарарланишлари билан ўтадиган симптомлар комплекси адабиётда турли номлар остида юритилади. «Қорин ангинази» атамаси энг кўп тарқалган ва кўпчилик уни қабул қилган. Касалликнинг учта симптоми бор: овқат ейилгандан кейин ҳазм жараёни чўққисида қоринда ангиноз хуружсимон оғриқ пайдо бўлиши, ичак дисфункцияси, тобора ориқлаб кетиш.

А. В. Покровский муаллифдошлари билан «сурункали абдоминал ишемия синдроми» деган атама бирмунча асосли деб ҳисоблайдилар, у патологик жараён характерини, унинг моҳиятини — ишемия ва абдоминал локализациясини аниқ таъкидлайди. Сурункали абдоминал ишемия синдроми остида қорин аортаси висцерал тармоқларининг сурункали зарарланишлари сабабли ҳазм органларидаги қон айланиши етишмовчилиги ва клиник жиҳатдан қоринда оғриқлар, ичаклар дисфункцияси тушунилади. Бу одатда овқат ейилгандан кейин ҳазм органларининг функционал активлиги чўққисига чиққанда пайдо бўлади, қисман беморларда тобора ориқлаб кетиш кузатилади.

Қорин аортаси висцерал тармоқларининг сурункали окклюзион зарарланишларини 1843 йилдан бошлаб ўрганган. Бу даврда немис патологоанатоми Тадеман мурдани ёриб кўраётганида юқори ичак тутқич артерияси стволида окклюзияни аниқлаган. Амалиётга текширишнинг рентген контраст усулларининг жорий қилиниши

висцерал қон айланишининг сурункали бузилишларини ўрганишда иккинчи босқич ҳисобланади. 1958 йилга келиб, Миккельсон ва Заро ангиография ёрдамида юқори ичак тутқич артерияси стенозини аниқладилар ва биринчи марта қорин ангинасининг инсон ҳаётлигидаги диагнозни қўйдилар. Касалликнинг нечоғлик учраши ҳанузгача аниқ маълум эмас, бу операциядан олдинги диагностиканинг қийинлиги билан тушунтирилади. Патологоанатомик маълумотларга кўра, қорин артерияси зарарланиши 20—45%, юқори ичак тутқич артериясининг зарарланиши ўрта ҳисобда 30% ҳолларда кузатилади. С. М. Курбонгалеев билан муаллифдошлари маълумотларига кўра (1974) 134 та ўлган одамлардан қорин стволи зарарланиши 19,4%, юқори ичак тутқич артерияси — 31,3% ва пастки ичак тутқич артерияси зарарланиши 49,2% ҳолларда кузатилган.

Ангиографик текширишда висцерал артериялар зарарланиши ҳам турлича аниқланади ва 4 дан 54% гача ҳоллар ўртасида бўлади. Сурункали абдоминал ишемия синдроми турли сабаблардан келиб чиқиши мумкин. Бу сабаблар иккита асосий гуруҳга бўлинади.

**Этиология ва патогенез.** 1. Интравазал — томирларнинг ҳар хил органик стенозловчи касалликлари: атеросклероз, носпецифик аорта-артериит, фибромускуляар дисплазия, висцерал тармоқдор аневризмаси, турли патологиялар, туғма ривожланиш нуқсонлари.

2. Висцерал тармоқлар компенсациясини келтириб чиқарадиган экстравазал сабаблар: қорин стволининг диафрагма элементлари, ганглиялар ва қуёш чигали нерв толаларидан босилиши. Висцерал тармоқларнинг периартериал фиброздан деформацияси ва уларнинг қўшни органларининг ўсмаларидан босилиши.

Сурункали абдоминал ишемиянинг асосий симптоми оғриқ ҳисобланади. Сурункали абдоминал ишемияда оғриқ, симптомокомплексининг келиб чиқиши қуйидагича: тўқима ишемияси гипоксияга, метаболик ўзгаришларга, ацидоз ривожланишига, оксидланиб улгурмаган маҳсулотлар ва гистаминсимон моддаларнинг кўп миқдорда йиғилишига олиб келади, улар орган ичида жойлашган нерв охирларини таъсирлантиради. Тўқималар ишемияси тўғрисидаги сигналлар ишемияга учраган орган ва вегетатив марказ жойлашган жойда оғриқ, билан намоён бўлади. Оғриқнинг эпигастрийда жойлашиши, ўнг қовурғалар остига ўтиши, юқори ичак тутқич артерияси ҳавзасидаги ишемияда бутун қорин бўйлаб тарқалиши шу билан изоҳланади.

Нормада қоннинг бир ҳавзадан иккинчисига оқиб тушиши, шунингдек қоннинг битта магистралининг турли тармоқлари ўртасида қайта тақсимланиши шу босқичда турган органларга етарли миқдорда қон етказиб берилишини таъминлайди. Қорин стволи окклюзиясида қон айланишининг етишмаслиги юқори ичак тутқич артерияси ҳавзасидан қон оқиб ўтиши билан тўлдирилади. Ҳазм жараёнига юқори ичак тутқич артерияси ҳавзасидан қон билан таъ-

минланадиган органлар қўшилмаган пайтда қорин стволига қон оқиб келиши етарли бўлади. Ичакларга овқат луқмаси тушган ва сурилган сайин қон оқими кескин камаяди, чунки ичакларнинг ўзи қўшимча қон тушишига муҳтож бўлади. Ствол ҳавзасига қон тушишининг камайиши тегишли органлар, биринчи галда жигар ишемиясига олиб келади, чунки жигар ҳазм жараёнининг бошидан охиригача функционал жиҳатдан фаол ҳолатда бўлади.

Юқори ичак тутқич артериясининг окклюзион зарарланишларида ишемия аксарият қорин стволи ҳавзасида ривожланади. Жигар ҳазм жараёнининг бутун цикли ичида етарли даражадаги қон миқдорига муҳтожлиги сабабли қорин стволи ҳавзаларидан қон оқиб кетиши унинг ишемиясига олиб келади. Юқори ичак тутқич артерияси окклюзиясида биринчи галда пастки ичак тутқич артерияси (Риолан равоғи) кенгайди ва қон оқимини тўлдиришда қатнашади.

Қорин-ичак тутқич анастомози — қонни етказишнинг бирмунча қисқа йўли камроқ қатнашади. Оғриқ интенсивлиги ҳазм органлари ишемиясининг даражасига боғлиқ. Ишемик бузилишларнинг бошланғич босқичларида оғриқ симптомлари комплекси даврийлиги ва интенсивлигида муайян қонуниятни аниқлаш қийин. Шунга қарамай, кўпчилик беморлар кўп овқат ейилгандан ва «парҳез бузилгандан» кейин оғриқ пайдо бўлишидан нолийдилар. Бу ҳол бирмунча эҳтиётлайдиган овқат режимида ўтишга мажбур этади, бу аҳволни вақтинча енгиллаштиради. Тез орада беморлар оғриқ пайдо бўлишида овқатнинг сифатидан кўра унинг миқдори аҳамиятли эканлигини пайқаб қоладилар. Бу қонуниятни билиб олиб, улар кўп овқат ейишдан ўзларини тиядилар, уни оз-оздан ейишга ҳаракат қиладилар - «meal meal syndrome». Овқат ейилганда қоринда азобли оғриқ пайдо бўлганлигидан беморлар овқатдан юз ўгиришга мажбур бўладилар. Абдоминал ишемик оғриқларнинг пайдо бўлиши ва давомийлигида муайян қонуниятни кузатиш мумкин. Кўпчилик беморлар оғриқ овқатдан 15—20 минут ўтгандан кейин пайдо бўлишидан нолийдилар. Оғриқ овқат ингичка ичакдан ўтиб бўлгунча, яъни тахминан 2—2,5 соат давом қилади. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, қориндаги оғриқ 10 дан 82% гача ҳолларда учрайди. Оғриқ симптомокомплекси аксарият қорин стволи ҳавзасида қон айланиши бузилишларида (76,3%), камроқ юқори ичак тутқич артерияси зарарланишларида (37,4%), атиги 8,1% ҳолларда пастки ичак тутқич артерияси зарарланишларида кузатилади.

**Клиника.** Шундай қилиб, сурункали абдоминал ишемия синдромида оғриқ характери ва жойлашуви турлича бўлишига қарамай, унинг муайян ўзига хос белгилари ҳам бор: у овқат ейишга, тегишли ҳазм цикли вақтига ва ўнг қовурғалар остига берилади, овқат ҳазм қилиш кескин чегараланганда босилади.

Сурункали абдоминал ишемиянинг иккинчи симптоми — ичак дисфункциясидир. У тахминан 60—80% ҳолларда кузатилади ва унинг

мотор, секрет ажратиш ва абсорбцион функцияси бузилишида юзага чиқади. Бу симптомларнинг оғир-енгиллиги ишемия даражасига боғлиқ. Илк босқичларида — қорин дам бўлиши, аэрокалия, қаттиқ қабзият ёки ич кетиб туриши билан намоён бўладиган қориндаги ёқимсиз ҳодисалар кузатилади. Бироқ, бу симптомлар аста-секин авж олиб боради. Қабзият аста-секин ич кетар билан алмашиб, бу жуда оғриқли бўлади. Юқори ичак тутқич артериясидаги қон айланиши бузилиши учун ичакнинг ҳам мотор-секретор, ҳам абсорбцион функциясининг бузилиши ҳосдир. Пастки ичак тутқич артерияси зарарланганда эвакуатор функциянинг бузилиши кўрилади: узоқ вақтгача қабзият бўлади, «қўй кумалоғи» кўринишидаги ахлатга аксарият қон аралашган бўлади, турли ичак сфинктерлари функцияси пасаяди.

Шундай қилиб, ичак ишемияси (сурункали) иккита асосий формада юзага чиқади: юқори ичак тутқич формаси — ичакнинг секретер ва абсорбцион функцияси устунлик қилади (проксимал энтеропатия) ва пастки ичак тутқич юрмаси — ичак терминал бўлимининг эвакуатор функцияси бузилади (терминал колопатия).

Беморларда овқатдан юз ўгириш, ичакнинг секретер ва абсорбцион функциялари пасайиб кетадиган сурункали абдоминал ишемиянинг учинчи симптоми тобора ориқлаб кетиш ҳисобланади. Бу симптом беморларнинг 35—45 фоизда аниқланади.

Пастки ичак тутқич артерияси зарарланишларида клиник белгилар кўпинча бўлмайди, бу магистрал қон оқими танқислигининг юқори ичак тутқич артерияси ҳисобига яхши қопланишидан далолат беради. Йўғон ичак чап қисмидаги қон айланишининг сурункали бузилишлари кечишида 3 босқич фарқ қилинади: компенсацияланган босқич, функционал бузилишлар босқичи бўлиб, бунда йўғон ичак колопатияси синдроми ривожланади ва ишемик колитлар, сегментар стенозлар, йўғон ичакда гангрена ривожланиши билан ўтадиган органик бузилишлар босқичи.

**Диагностика.** Сурункали абдоминал ишемия синдроми бўлган беморларда ўтказиладиган диагностик тадбирлар йиғиндисини шартли равишда уч босқичга бўлиш мумкин:

1. Умумий клиник текширувлар босқичи: бемордан батафсил сўраб-суриштириш ва касаллик анемнезисини йиғиш, беморни кўздан кечириш, қорин аортаси ва унинг тармоқларини, шунингдек юза жойлашган магистрал артерияларни (уйку, ўмров ости, ёнбош, сон артериялари каби) пальпатор ва аускультатив аниқлаш, қорин аортаси ва унинг тармоқларини фоноангиографик текшириш.

2. Текширувнинг ихтисослашган стационар босқичи: функционал диагностика усуллари, лабораторияда текшириш усуллари, меъда-ичак йўли рентгеноскопияси, гастро-дуоденоскопия, колоноскопия, қорин аортографияси, селектив целиако- ва мезентерикография.

3. Текширувнинг интраоперацион босқичи: қорин бўшлиғи органлари, қорин аортаси ва висцерал тармоқларини тафтиш қилиш, висцерал артерияларни электро-манометрия ва электрофлоуметрия қилиш.

Беморлардан сўраб-суриштиришда ва физика текширув усулларида сурункали абдоминал ишемия синдроми борлиги тўғрисида тахмин қилишга асос бўладиган таянч нуқталар қуйидагилардир:

- кўп марталаб текшириш ва терапиянинг наф бермаганлиги;  
- оғриқ симптомокомплекси ва ичак дисфункциясининг овқат ейиш билан алоқадорлиги;

- оғриқ симптомокомплекси кучи ва давомлигининг ҳазм органларининг функционал жиҳатдан фаоллигига — ҳазм циклига мувофиқ келиши;

- бошқа артериал ҳавзаларда (брахеоцефал, буйрак, ёнбош, сон каби) қон айланиши бузилиши белгиларининг мавжудлиги (5-расм).



Сурункали абдоминал ишемия синдроми диагностика қилиш учун қатор функционал синамалар таклиф этилган, улардан кўп қисмининг моҳияти ҳазм йўлига нагрузка тушириш йўли билан абдоминал симптомокомплексни юзага келтиришдан иборат. Бироқ, бу синамаларнинг диагностик қиммати юқори эмас, шунинг учун улар кенг қўламда тан олинмади ва клиник амалиётда қўлланилмади.

Лаборатор текширувлар. Ичак абсорбцион ва секретор функциясининг ҳолати тўғрисидаги ахборотни бемор копрограммаларини ўрганиб олиш мумкин. Бадбўй ҳидли, шилимшиқ, нейтрал ёғ, мускул толалар, бириктирувчи тўқимага бой, шакланмаган суюқ, ахлат ҳазм органларининг секретер ва абсорбцион функциялари бузилганлигидан далолат беради.

5-расм. Қорин пояси стенози.

Витамин  $B_{12}$  билан ўтказиладиган синама (Шилленгер тести) йўғон ичак дистал бўлимининг абсорбция ҳолати тўғрисида маълумот беради. Метод Со-56 билан нишонланган витамин  $B_{12}$  нинг радиоактив дозаси перорал қабул қилинганда 24 соат ичида сийдик билан ажратилган витаминни аниқлашга асосланган. Нормал шароитларда қабул қилинган дозанинг 10 дан 30 фоизигача чиқарилади. Абсорбция бузилганда сийдик билан ажратилган витамин миқдори камаяди.

Меъда ичи рН- метрияси усулида меъда секрециясини текширишнинг муайян аҳамияти бор. Рентгеноскопия ичак мотор функциясининг бузилганини, шунингдек қатор деструктив ўзгаришларни аниқлашга ёрдам беради. Диагностиканинг бошқа усуллари билан бирга бу маълумотлар муайян қимматга эга бўлади.



Эндоскопик текшириш усуллари (гастродуоденоскопия ва колоноскопия) абдоминал патологиянинг томирлардан келиб чиқилишига эмас, балки меъда, ўн икки бармоқ ичак ва йўғон ичакда ўсма ва бошқа органик касалликлар бор-йўқлигини аниқлашни ўз олдига мақсад қилиб қўяди.

Қорин аортаси висцерал тармоқларининг окклюзион зарарланишларини ангиографик диагностика қилиш сурункали абдоминал ишемия синдромининг асосий диагностика усули ҳисобланади. Рентген контраст усулига қорин аортаси висцерал тармоқларининг зарарланганини аниқ ва абдоминал патологиянинг томирли генезини исботлаб беришга имкон яратади. Висцерал тармоқлар Сельдингер бўйича ретроград ангиография усули бўйича ва Дос-Сантос бўйича транслюмбал пункцион аортографияда контрастланиши мумкин. Ангиографиянинг у ёки бу усулини қўлланиш терминал аорта, ёнбош ва сон артериялари ҳолатига боғлиқ. Улар атеросклероз билан зарарланганда Сельдингер бўйича ретроград аортографияни қўлланиш мумкин эмас, чунки окклюзияловчи жараён зонд киритилишига тўсқинлик қилади ва энг муҳими сон артерияси тромбози юз бериш хавфини вужудга келтиради. Шундай шароитларда юқори транслюмбал аортография қўлланиш лозим. Иккита — олдинги- орқа ва ён проекцияларда текширишда қорин аортаси висцерал тармоқларининг ҳолати тўғрисида зарур маълумот олиш мумкин.

Аортограмма ва селектив ангиограммаларни таҳлил қилишга асосланиб, қуйидаги ангиографик симптомларни шарҳ қилса бўлади (6-расм).

Булар бирор магистрал тармоқ зарарланганидан дарак беради:

- қорин-ичак тутқич ва ичак тутқичаро анастомозлар ирмоқлари коллатерал қон айланиш йўллариининг кенгайиши;

- окклюзияланган магистрал тармоқлар ва стволларининг ретроград тўлиши;

- қўшни зарарланмаган магистралнинг компенсатор кенгайиши;

- буйрак артерияси диаметрининг талоқ артерияси диаметридан ошганлиги;

- зарарланган магистрал ва унинг тармоқларининг бирмунча аниқ контрастланиши;

- контраст модданинг зарарланган магистралдан аортага қайта ўтмаслиги.

Сурункали абдоминал ишемия синдромини интраоперацион диагностика қилиш висцерал тармоқларни тафтиш қилишдан иборат.



6-расм. Қорин пояси ва юқори мезентерал артерияси стенози.

Артерия деворларининг қалин тортиши, атеросклеротик пилакчалар ва бошқа ўзгаришлар борлиги аниқланади. Артерия устида пальпацияда аниқланадиган титраш қон айланиши бузилганини кўрсатадиган белги ҳисобланади. Зарарланган артерияда стенозланган участкадан дисталроқда артериал босимни аниқлаш ва уни аортадаги босим билан таққослаш циркулятор бузилишларнинг оғир-енгиллиги тўғрисида тушунча беради. Зарарланган артерия бўйлаб қон оқими редукцияси даражасини аниқлашга имкон берадиган электромагнит флоуметрия бирмунча фаол кўрсаткичлар беради.

Сурункали абдоминал ишемия синдроми диагнозининг тўғрилигига шубҳа туғилган шароитларда қорин бўшлиғи органларини ҳазм йўлидаги органик касалликларни аниқлаш (ёки истисно қилиш) мақсадида тафтиш ўтказиш лозим.

**Даволаш.** Висцерал қон айланишининг сурункали бузилиши — хирургик муаммодир. Нормал қон оқимини фақат операция йўли билан тиклаш мумкин. Сурункали абдоминал ишемиянинг субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган босқичи операция қилишга кўрсатма ҳисобланади. Окклюзия жараёни (компенсация босқичи) асимптом кечганда висцерал қон оқими қуйидаги ҳоллардагина коррекция қилинади:

- қорин аортаси ва унинг бошқа тармоқлари зарарланганлиги туфайли ўтказилаётган операция гемодинамика шароитларини ўзгартириб, бузилган висцерал қон айланишини янада оғирлаштириши ва компенсация ҳолатидаги издан чиққан висцерал қон оқимини баттар бузиши мумкин;

- висцерал тармоқлар қорин аортасининг ўз патологияси туфайли бажарилаётган операция аралашуви зонасида бўлиб қолади.

Бирга қўшилиб келган зарарланишларнинг турли хил вариантлари бўлганда хирургик тактика ва операцион аралашув тўғрисидаги масалани ҳал қилишда умуман патология характеридан келиб чиқиш лозим. Клиник амалиётда қуйидаги бирга келадиган зарарланишлар учрайди: бир неча висцерал тармоқлар варианты; висцерал ва буйрак артериялари варианты; висцерал тармоқлар ва қорин аортаси, висцерал ва буйраклар ва қорин аортаси тармоқлари варианты.

Қорин стволи ва юқори ичак тутқич артерияси зарарланганда иккала артериядаги бузилган қон айланишини бир вақтнинг ўзида коррекция қилишга ҳаракат қилиш зарур. Проксимал висцерал тармоқлар ва буйрак артерияларининг қўшилиб келган зарарланишларида абдоминал қон оқимини коррекция қилиш керак. Висцерал тармоқлар ва қорин аортасининг қўшилиб келган зарарланишларида ҳам қон оқимини бир вақтнинг ўзида коррекциялашга ҳаракат қилиш керак. Пастки ичак тутқич артериясининг реваскуляризацияси тўғрисидаги масала муҳим, терминал аорта реконструкциясида ва ёнбош-сонни шунтлашда ишемик бузилишлар йўғон ичакнинг чап ярмида пайдо бўлади. Бу ўринда протез билан аортанинг проксимал

анастомози даражаси аҳамиятга эга. Уни пастки ичак тутқич артерияси чиқадиган жойдан юқорида қўйилганда ичак ишемияси ривожланиши учун шароитлар вужудга келади, чунки асосий қон оқими шунт бўйлаб йўналади, пастки ичак тутқич артериясидан қон оқими эса редукцияланади. Шунинг учун аорта-сонни шунтлашда проксимал анастомоз пастки ичак тутқич артерияси сатҳига қўйилади. Қорин аортаси висцерал тармоқларидаги қон оқимини коррекция қилишда операция қорин аортасига ва унинг тармоқларига яхши йўл очибгина қолмай, балки хирургнинг илгари мўлжаллаб қўйган операция режасига ўзгартириш киритишга имкон бериши керак. IX қовургалараро орқали ўтиладиган чап томонлама торакофренолюмботомик йўл афзал деб ҳисобланади.

Хирургик коррекция усулини танлаш окклюзияловчи жараён табиатига ва характерига боғлиқ. Қорин стволи экстравазал компрессиясида адекват қон оқимини тиклаш кўп ҳолларда артерияни босиб турадиган омиллардан озод қилишнинг ўзи кифоя қилади.

Операцияларнинг реконструктив усуллари:

- а) трансортал ва трансартериал тромбэндартерэктомия;
- б) артерияларни резекция қилиш ва протезлаш;
- в) реплантация операцияси;
- г) артериялараро шунтлаш операциялари.

Артерия проксимал сегментида етарлича диаметрдаги чегараланган зарарланиш бўлиши тромбэндартерэктомияга кўрсатма ҳисобланади. Эндартерэктомиyani трансартериал ва трансортал усуллар билан амалга ошириш мумкин. Трансартериал эндартерэктомиyaning моҳияти зарарланган артерия сегменти устидан ўтказилган артериотомик кесма орқали ўзгарган интима ва пилакчаларни олиб ташлашдан иборат. Артерияни резекция қилиш ва протезлаш қорин аортаси висцерал тармоқларини реконструкция қилишнинг асосий усулларидан бири саналади. Артерияда ҳосил бўлган нуқсон ўрнини тўлдириш учун диаметри 8—10 мм бўлган лавсан-фторлон тўқима протезларидан ва аутовен-пластикадан фойдаланилади. Висцерал тармоқларни протезлашга кўрсатма бўлиб, зарарланиш этиологиясидан қатъи назар зарарланишнинг пролонгацияли формалари ҳисобланади. Реплантация операциясининг моҳияти зарарланган сегментни резекция қилиш ва уни аортага ўзгармаган участкага қайта тикишдан иборат. Реплантация тўғрисидаги масалани асосий стволи етарлича узун бўлган ичак тутқич артериялари зарарланган тақдирдагина ўртага қўйиш мумкин.

Шунтлаш операциялари. Бу операцияларнинг моҳияти зарарланган сегментни четлаб ўтиб қон оқимини тиклашдан иборат. Операцияларнинг турли хил методикалари ишлаб чиқилган, уларни шартли равишда 2 гуруҳга бўлиш мумкин: аорта-артериал шунтлаш ва артериялараро анастомоз операциялари. Шунтлашда қон оқими зарарланган артерия билан қон оқими манбаи ўртасига қўшимча

киритма (алло-ёки аутоматериалдан) кўйиш йўли билан тикланади. қон шу киритма бўйлаб окклюзияланган магистрал ҳавзасига йўналади.

Шартли реконструктив (декомпрессиялайдиган) операциялар. қорин стволи экстравазал компрессиясида бажарилади ва уни босиб турган омиллардан озод қилишни ўз олдига мақсад қилиб қўяди.

Декомпрессиялайдиган операцияларга: диафрагманинг ўрта фиброз бойламини қирқиш, диафрагма медиал оёқчасини қирқиш — круротомия, ганглияларни олиб ташлаш ва қуёш чигали нерв толаларини қирқиш, артерияларни ўраб турган фиброз тўқималаридан озод қилиш — артериолиз киради.

Шундай қилиб, висцерал қон айланиши бузилишини хирургик йўл билангина коррекция қилишга эришиш мумкин.

Асоратлари. Операция бажариш жараёнида ва операциядан кейинги даврда юз бериши эҳтимол тутилган асоратлар бу хавфли шароитларни профилактика қилишни, булар пайдо бўлганда эса барта-раф этиш чораларини кўришни талаб этади. Юрак-томир, нафас ва ўткир буйрак етишмовчилиги, ичак инфаркти ва перитонит аксарият ўлим билан яқунланади. Реконструктив сегмент тромбозлари, қон оқишлар, операцион жароҳат йиринглаши, қорин бўшлиғи органлари эвентрацияси хирургик даволашнинг етарлича оғир оқибатлари ҳисобланади ва органини, баъзан эса бемор ҳаётини ҳам қутқариб қолиш мақсадида шошилиш тадбирлар кўришни талаб этади.

### **Аорта равоғи артериялари касалликлари**

Такаясу синдроми деган ном остида брахецефал артерияларни торайтирадиган ёки тутулиб қолишини келтириб чиқарадиган ва бош мия ҳамда қўллар ишемиясига олиб келадиган ҳар хил этиологияли касалликлар гуруҳи бириштирилади.

Япон офтальмологи Такаясу 1908 йилда ёш аёлларда кўз тўрси-мон пардаси артериясининг зарарланиши ва қўлда пульс йўқлиги билан таърифланадиган томирлар касаллигини тасвирлади. Адабиётда бу синдром кашфиётчи шарафига Такаясу деб аталди. Бу патология адабиётда бошқа номлар билан ҳам юритилади, улардан энг кенг тарқалгани «аорта равоғи синдроми», «пульс йўқлиги касаллиги», «Марторелле синдроми», «ёш аёллар артериити», «Гигант хўжайрали артериит», «Такаясу синдроми» ва бошқалардир.

Бу касалликнинг анчагина тарқалганлиги ва прогнозининг ёмонлиги, мия инсультига ва даволаш усулларига оид қарашларнинг қайта кўриб чиқилиши муносабати билан унинг клиник аҳамияти етарлича муҳимдир. Ишемик инсульт пайдо бўладиган беморларнинг тахминан ярмида бош миани таъминлайдиган калла суягидан ташқаридаги артерияларда зарарланишлар бўлади. Атеросклерозда бош мианинг ишемик зарарланишлари фақат артериал окклюзияси сте-

нози сабабли эмас, балки церебрал артерияларнинг атеросклеротик пилакчадан микроэмболияси натижасида ҳам ривожланади.

**Этиологияси ва патогенези.** Брахеоцефал артериялар тутилиб қолишни келтириб чиқарадиган этиологик омиллар бир неча гуруҳларга бўлиниши мумкин:

1. Артерияларнинг облитерация қиладиган касалликлари:

- атеросклероз;
- носпецифик аорта-артериит;
- облитерацияловчи тромбанаит;
- чакка артериити.

2. Аорта равоғи аневризмалари брахеоцефал артерияларнинг иккиламчи торайиши билан:

- атеросклеротик;
- захмли;
- қатламланадиган аневризмалар.

3. Аорта равоғи тармоқларининг ривожланиш нуқсонлари:

- артерияларнинг патологик эгри-бугрилиги, оғизнинг сурилиш нуқсонлари;

- артерияларнинг патологик эгри-бугрилиги, қовузлоқлар ҳосил қилиш ва ангуляцияси;

- аорта равоғи тармоқлари нуқсонлари.

4. Артериялар компрессиясининг экстравазал омиллари. Атеросклероз ишемик синдромнинг энг кўп сабабчиси ҳисобланади, беморларнинг тахминан 2/3 қисмида атеросклеротик келиб чиқадиган брахеоцефалик артерияларнинг зарарланиши бўлади. Эркаклар аёлларга нисбатан 4 барабар кўпроқ зарарланади. Атеросклерознинг муҳим хусусияти шундаки, бош миянинг қалла суягидан ташқаридаги бўлимларининг зарарланиши интракраниал артерияларга қараганда 5 марта кўпроқ учрайди.

Уйқу артерияси бифуркацияси ва ички уйқу артериясининг бошланғич сегменти атеросклеротик пилакча ривожланадиган жой ҳисобланади. Иккала уйқу артерияси бир хилда кўп зарарланади. Аксарият патологик жараёнга ўмров ости артериялари ҳам қўшилади, бунда чап артерияси ўнг артериясига нисбатан 3 барабар кўпроқ зарарланади. Кўпинча беморларда аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари аниқланади.

Носпецифик аорта-артериит брахеоцефал томирлар зарарланишининг сабаблари орасида иккинчи ўринда туради. Аорта-артериит учун стенозланган қисмнинг бирмунча узунлиги хос. Аорта-артериитнинг тахминан 75% хилларида аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари кузатилади. Бу касаллик билан аксарият 30—40 ёшдаги одамлар, кўпроқ аёллар (4:1) касалланадилар.

Брахеоцефал томирларнинг нормал ўтказувчанлигини бузадиган учинчи сабаб — экстравазал компрессия ҳисобланади. Умуртқа артерияси оғзи сурилганда, буралганда ёки олдинги зинапоясимон

мускулдан босилганда (умуртқа артерияси аномал чиққанда) умуртқа артерияси бўйлаб қон оқими камайиши мумкин. Умуртқа артерияларининг суяк каналда стенозланиши бўйин остеохондрози ривожланганда, остеофитлар, ўсмалар томонидан босилганда рўй бериши мумкин.

Брахеоцефал артерияларнинг патологик эгри-бугрилиги артериянинг узайиши ва кескин девиацияси, шу жойларда буралиш ва ўтказувчанлик бузилиши содир бўлиши билан таърифланади. Қон оқими издан чиқишига олиб келадиган бошқа касалликлар орасида камдан-кам учрайдиган захм артериитини қайд қилиб ўтиш керак. Мия қон айланишининг бузилишлари юқори артериал гипертензия фонида ривожлана оладиган ички уйқу артерияси аневризмасига боғлиқ бўлиши мумкин.

**Клиникаси.** Бу касалликнинг клиник белгилари муайян артериядаги окклюзиянинг жойлашувига ва характерига, издан чиққан магистрал қон оқимининг компенсацияси босқичига боғлиқ. Касалликнинг патологик жараённинг топикасини ва характерини акс эттирадиган клиник белгилари даволаш усулини танлашга имкон берадиган диагнознинг замонавий тури ҳисобланади.

1. Ўмров остига таалуқли белги — асосий тармоқлари чиққандан кейин ўмров ости артериясининг энг дистал қисмидаги окклюзия. Такаюсу синдромида ўмров ости артерияси бўйлаб қон оқими деярли 6% ҳолларда зарар кўради. Кўпчилик беморларда ўмров ости синдромининг этиологик омили артериит, қолган ҳолларда экстравазал омиллар, қўшимча бўйин қовурғалари ва олдинги зинапоясимон мушак синдроми ҳисобланади. Бу синдромнинг моҳияти қўл ишемиясидир. Ишемия даражаси коллатерал қон айланиши имкониятлари билан белгиланади. Декомпенсацияланган босқич қўл панжаси ва билакда иккинчи — дистал блок бўлганда учрайди холос.

2. Умуртқа синдроми — умуртқа артериясининг экстравазал бўлимида қон оқимининг бузилиши ва шу сабабли мия томирларида етишмовчилик пайдо бўлишидир. Умуртқа синдроми алоҳида кўринишда қарийб 17% ҳолларда учрайди. Умуртқа артериясининг экстракраниал бўлимида қон оқими бузилиши учта сатҳда — оғзи- соҳасида, суяк каналда, калла суягига киришдаги горизонтал қисмда рўй бериши мумкин.

Қон оқими бузилишига атеросклероз (70%), экстравазал омиллар ва ривожланиш нуқсонлари сабаб бўлиши мумкин.

Синдромнинг клиник белгилари бош мия яримшарларининг стволи, энса бўлақлари ва ички мия ишемиясига боғлиқ бўлади.

3. Ўмров ости-умуртқа синдроми. Ўмров ости артерияси блоки шундай жойлашадикки, қон оқимидан ўмров ости артерияси ҳам, умуртқа артерияси ҳам ажралиб қолади. Ана шунга ўмров ости-умуртқа синдроми дейилади.

Умуртқа артериясида қон оқимининг айниши содир бўлади — қон оқими миядан қўлга тескари йўналишда оқади, чунки ўмров ости артерияси системасидаги босим Виллизий доирасидагига қараганда паст бўлади. Бу феномен адабиётда «subclavian steal syndrome» — ўмров остида қон ўғирланиш синдроми деган ном олган бўлиб, уни 1960 йилда Contorni биринчи марта тасвирлаган. Елка камари ва қўл ишемиясининг клиник кўриниши бу соҳаларда коллатерал қон айланиши ривожланганлигидан ва стилл-синдром ҳисобига одатда оғир бўлмайди. Беморлар иш вақтида қўлларининг тез толиқиб қолишидан, уларнинг увишиши ва совқотишидан, бармоқлар ва панжанинг муздай бўлишидан нолийдилар, қўл мускуллари атрофияга учрайди, қўлда оғриқ бўлади. Стилл-синдром ривожланиши вертебробазилляр системада қон айланиши етишмовчилигига олиб келади, бу ўмров ости-умуртқа синдромида устунлик қиладиган белги ҳисобланади.

4. Уйқу артериялари синдроми — шу томирлар проксимал бўлимларида қон оқимининг бузилишидир. Умумий уйқу артерияси бифуркация соҳасида ундан пастки қисмга нисбатан кўпроқ зарарланади. Ички уйқу артериясини стенозга ёки окклюзияга олиб келадиган асосий этиологик омил атеросклероз саналади. Уйқу артерияси синдромининг клиникаси бош мия катта яримшарлари ва кўз соққалари ишемияси билан белгиланади. Беморлар бош оғриши, бош айланиши, хотира пасайиши, зарарланган томонда кўз кўрмай қолиши, баъзан хушдан кетишдан шикоят қиладилар.

5. Номсиз артерия синдроми — номсиз артерияда қон айланишининг бузилиши. Бу ўзининг турли-туман клиник манзарасига кўра брахиоцефал артериялар патологиясидир. У гўё бундан олдинги ҳамма синдромларни ўзига жамлаб олади ва айни вақтда бу симптомлар улардан мутлақо фарқ қилади. Номсиз артерия синдромининг кўриниши бош миянинг каротид типи бўйича ҳамда вертебробазилляр тип бўйича ишемиясидан, ўнг қўлдаги артериал етишмовчилик ва ўнг кўз кўрув қобилияти бузилишидан ташкил топади. Коллатерал қон айланишининг катта имкониятларига қарамай, номсиз ствол окклюзияси ғоят хавфли офат — патология саналади ва церебрал бузилишлар бундай беморларнинг амалда ҳаммасида эртами-кечми юз беради.

6. Кўшма шакллари — аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари бир-бири билан турлича қўшилиб келиб, 17—18% ҳолларда учрайди. Бу, афтидан, брахиоцефал томирларнинг дастлабки алоҳида кўпгина зарарланишларининг ниҳояси ҳисобланади. Бу гуруҳда касалликнинг энг узоқ давомлилиги 4—5 йил бўлиши бежиз эмас.

Клиник кўринишлари ҳар бир айрим ҳолда ғоят ўзига хос ва зарарланган артериялар сонига ҳамда окклюзия даражасига боғлиқ. Умуртқа ва каротид синдромларнинг каротид ва ўмров ости-умур-

тқа синдромларининг бирга келиши кузатилади. Ниҳоят, ҳамма маълум синдромлар бирга учраши мумкин. А. В. Покровский мияда қон айланиши бузилишининг қуйидаги гуруҳларини тафовут қилади:

1. Симптомсиз окклюзиялар —23,6%.

2. Мия қон айланишининг транзитор ишемия хуружлари билан ўтадиган кўчма бузилишлари — 40,5%.

3. Хроник томир-мия етишмовчилиги —11%.

4. Ишемик инсультлар ва уларнинг қолдиқ ҳодисалари —25%.

**Диагностикаси.** Тақайсу синдроми бўлган беморларда ўтказиладиган диагностик тадбирлар йиғиндисини шартли равишда учта босқичга бўлиш мумкин:

I. Умумий клиник текширишлар босқичи: сўраб-суриштириш ва касалликнинг анамнезини йиғиш, беморни кўздан кечириш, аорта равоғи тармоқларининг ҳолатини, шунингдек юза жойлашган магистрал артерияларни пальпатор ва аускультатив аниқлаш. Артериал босим иккала қўл ва иккала оёқда аниқланади.

II. Текширишнинг ихтисослашган стационар босқичи:

- лаборатория текшириш усуллари;
- функционал текшириш усуллари;
- нефрологик текшириш;
- офтальмологик текшириш;
- отоневрологик текшириш;
- рентген контраст текшириш (аортография ёки селектив ангиография).

III. Текширишнинг интраоперацион босқичи: аорта равоғи брахеоцефал тармоқлар тафтиши, электромагнит флоуметрия, интраоперацион ангиография.

Брахеоцефал артериялари зарарланган беморлар учун неврологик, офтальмологик ва отоневрологик характердаги шикоятларнинг бир қанчаси хосдир. Кўздан кечириш тўғри диагноз қўйиш учун ҳеч қандай йўл-йўриқлар кўрсата олмайди. Пайпаслаб кўриш чакка, уйқу, елка ва билак артерияларидаги пульсациянинг ўзгаришларини аниқлаб беради. Умумий уйқу ва номсиз артериялар окклюзиясида зарарланган томондаги на уйқу, на чакка артерияларининг пульсацияси, табиийки, аниқланмайди. Бироқ ички уйқу артерияси окклюзиясида ва унинг стенозида бифуркация соҳасида чакка артериясининг пульсацияси (уриб туриши) хатто кучайган бўлиши эҳтимол, чунки бутун қон оқими ташқи уйқу артериясига йўналади. Ўмров ости артерияси зарарланганда систолик артериал босим симоб устуни ҳисобида 80—90 мм гача, пульс босими симоб устуни ҳисобида 19—30 мм гача пасаяди. Аускультация брахеоцефал томирлар касалликларининг бирламчи диагностикасида асосий аҳамият касб этади. Бифуркация ва ички уйқу артерияси стенозида пастки жағ бурчагидаги систолик шовқин беморларнинг 75 фоизида эшитилади.



Қонни лабораторияда текшириш натижалари қуйидагича бўлиши мумкин:

а) қон элементлари (ўртача гипохром камқонлик, ўртача лейкоцитоз, РОЭ - эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошган);

б) плазма оксиллари (гипоальбуминемия, глобулин фракциялари, шунингдек фибриноген ошиши);

в) иммунологик реакциялар (мусбат актинуклеар омил, Вассерман сохта мусбат реакцияси).

Функционал текшириш усуллари. Ўмров ости артерияси окклюзиясида реовазограммалар баландлиги асимметрияси ва тўлқинлари характери ва қўлнинг ҳажмий сфигмограммалари ҳамма вақт бор. Уйқу ва номсиз артериялар зарарланганини диагностика қилишда уйқу ва юза чакка артерияларини сфигмография қилиш катта ёрдам беради. Окклюзияда эгри чизик тўлқинлари пасаяди ва шакли ўзгаради.

Реоэнцефалография катта ёрдам беради, у уйқу артерияси бир томонлама зарарланганда мия қон таъминотининг яримшарлараро асимметрияси белгиларини аниқлайди, ҳамма брахецефал тармоқлар окклюзиясида эса ҳамма усулларда реограмма тўлқинларининг кескин пасайишини қайд қилади. Брахецефал томирларнинг бирламчи диагностикасида инфрақизил спектрдаги термография қўлланилади. 0,6°С дан юқори термоасимметрия патологик деб ҳисобланади.

Сўнгги йилларда қон оқимини ультратовуш билан текшириш усуллари кенг тарқалди. Ультратовушли датчик Допплер эффекти принципида фақат артерия пульсациясини эмас, балки ундаги қон оқими йўналиши ва тезлигини ҳам аниқласа бўлади.

Неврологик текширишлар. Бош мия ишемиясини неврологик аломатлари қайси томир ҳавзаси зарар кўрганига, артериянинг окклюзия даражаси ва ривожланиш суръатига, шунингдек, коллатерал қон айланишининг қанчалик мувофиқлигига боғлиқ. Шу муносабат билан мия қон айланиши етишмовчилигини каротид, вертебробазилляр ва бирга учрайдиган каротид-базилляр типи бўйича фарқ қилиш зарур. Неврологик симптоматиканинг ўзи эса интермитирлайдиган ёки барқарор, доимий характерда бўлиши мумкин.

Бош оғриғи — босимнинг магистрал артериялари окклюзияси бўлган беморларда қайд қилинади. У тахминан беморларнинг 80 фоизда бўлади. Оғриқ аксарият чакка соҳасида, баъзан бошнинг у ёки бу ярмида ёки туташ бўлади.

Бош айланиши учраши жиҳатидан иккинчи неврологик симптом, беморларнинг кам деганда 35 фоизда учрайди. Бу симптом вестибуляр аппарат функцияси бузилиши ва унинг узунасига кетган орқа дастаси системаси бўйича қуйида жойлашган бўлимлари билан алоқасига боғлиқ. Қисқа муддатга хушдан кетиш ҳодисаси кам деганда 5% ҳолларда учрайди, улар, афтидан, бош мия тўрси-мон формациясининг ишемияси билан боғлиқ бўлса керак.

Гиперкинетик ва амниостатик синдром миёча ва ўзак қобик ости тугунлари оғир ва узоқ муддатга ишемия бўлган беморларда учрайди.

Талвасалар ва эпилепсиясимон тутқаноқлар аҳён-аҳёнда кузатилади. Бу ҳолатларнинг табиати аниқланмаган.

Пўстлоққа тааллуқли кўриш қобилияти бузилишлари. Бу гуруҳга бош миё яримшарларида, асосан энса бўлакларида қон айланиши етишмаслиги натижасида юзага келадиган кўришнинг турлитуман бузилишлари киради. Кўришнинг бундай бузилишлари 17% ни ташкил этади.

Ҳаракат бузилишлари — касалликнинг энг равшан ва оғир белгиларидан ҳисобланади. Неврологик бузилишлар бу формасининг умумий проценти 13,3% ни ташкил этади (А. В. Покровский). Нутқ бузилишлари беморларнинг деярли 11 фоизиди учрайди. Улар ишемик ўчоқда жойлашуви бўйича турли-туман кўришига эга бўлади.

Нистагм — бирмунча кўп учрайдиган неврологик симптомлардан бири ҳисобланади. Вертебро-базилляр системасида қон оқими бузилган беморлардагина кузатилади. Кўз ҳаракатининг бузилишлари нистагм сингари учрайди. Унда кўз соққалари ҳаракати ўзгаради, конвергенция ва аккомодация реакциялари бузилади.

Миёчадан бўладиган симптомлар — асинергия, дизметрия, мушаклар дистонияси беморларнинг тахминан 8 фоизиди учрайди. Ютиш ва фонациянинг бузилишлари (дисфагия, дизартрия) 6—7% ҳолларда кузатилади. Сезувчанликнинг бузилишлари парез бўлган томонда беморларнинг 15 фоизиди кузатилади.

Вегетатив бузилишлар — кўнгил айнаши, қайт қилиш, рангпарлик, брадикардия, тер ажралишининг бузилиши камроқ учрайди.

Аорта равоғи тармоқлари окклюзиясида офтальмологик симптоматика бутун кўрув анализаторининг ишемиясидан вужудга келади. Бунда қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

Периферик кўрув рецептори ҳолатини ўрганиш — офтальмоскопия — кўрув нерви ўткирлигини текшириш қуйидаги тестлар бўйича ўтказилади:

- кўриш ўткирлиги;
  - периметрия (кўрув майдонини аниқлаш);
  - рангли периметрия;
  - ёруғлик сезувчанликни аниқлаш;
  - тўр парда марказий артериясини босиш;
  - офтальмотонус ва кўз ичидаги суюқлик алмашинуви.
- Отоневрологик текшириш қуйидагиларни ўз ичига олади:
- ЛОР органларини кўздан кечириш;
  - эшитув, вестибуляр, таъм билиш, ҳид билиш функциясини аниқлаш;

- махсус усуллар (аудиометрия);
- махсус синамалар (калорик синама, миячага тааллуқли айрим синамалар).

Отоневрологик симптоматика органлари ва уларнинг функциялари таъм, ҳид билиш, отокинетик рецепция) ҳолатини акс эттириб, бошнинг хроник ишемияси шароитларида ва аорта равоғи тармоқлари окклюзион зарарланишининг умумий соматикасида муҳим ўрин эгаллайди.

Брахеоцефал тармоқлари зарарланган беморларни текшириш вақтида бошқа томир ҳавзаларининг биргаликда зарарланиш симптомларига (тож артериялар, қорин аортасининг висцерал тармоқлари, оёқ, артериялари) аҳамият бериш зарур.

Текширишнинг рентген контраст усуллари. Ҳозирги вақтда брахеоцефал артерияларни рентген контраст текширишнинг қуйидаги усуллари қўлланади:

1. Катетеризацион кўкрак аортографияси. Аортанинг ҳамма бўлимлари, жумладан унинг равоғини ҳам катетерлаш 1953 йилда швед олими Сальдингер таклиф қилган методика бўйича ҳозир ҳамма жойда амалга оширилаяпти.

2. Селектив аортоартериография. Аорта равоғида катетер борлиги уни аортанинг тармоқларидан бири оғзига киритиб, сўнгра уни контрастлаш, яъни селектив артериография қилишга имкон беради. Шундай бўлишига қарамай, селектив аортоартериография учун кўрсатмалар чегараланган ва қуйидаги ҳоллардагина ўтказилиши мумкин (7-расм):

- брахеоцефал артерияларнинг артерио-венотаневризмасида;

- бош магистрал артериялари интракраниал бўлимларининг зарарланганига шубҳа қилинганда, бу унинг охириги тармоқларини ҳам кўздан кечиришни талаб этади.

Текширишнинг супрааортал усуллари:

- каротид артериография одатда уйқу артериясида окклюзия борлигига шубҳа қилинганда қўлланилади, асосан унинг калла суяги ички тармоқларини аниқлаш мақсад қилиб олинади;



7-расм. Уйқу артериялари стенози ва ўмов артериялари окклюзияси.

- ўмров ости артериографияси ўмров ости ва умуртқа артериясини, ўнг томондан қўлланилганда қўшимча равишда уйқу артериясини контрастлаш имконини беради;

- қўлтиқ артериографияси сўнги вақтларда ўмров ости артериографиясини сиқиб чиқара бошлади, чунки қўлтиқ артериясини пункция қилиш техникаси осон, шунингдек артерияга Сельдингер методикаси бўйича катетер киритиш имконияти яхшидир.

Рентген контраст текширишдан кейингина брахецефал томирларнинг клиник зарарланишларини аниқлаш ва хирургик тактика тўғрисидаги масалани ҳал қилиш мумкинлигини қайд қилиб ўтмоқ даркор.

**Даволаш.** Операцияга кўрсатмалар:

1. Номсиз артериянинг умуртқа, ўмров ости-умуртқа каротид синдромида компенсация ва субкомпенсация босқичида атеросклероз ва артериит заминида сегментар окклюзияси.

2. Экстравазал зарарланишлар, патологик эгри-бугрилиқ ва нуқсонларнинг ҳамма клиник формаларида компенсация ва субкомпенсация босқичида.

3. Оғриқ синдроми бўлган аниқ, юзага чиққан қўл ишемиясида ва трофик бузилишлари бўлган ўмров ости синдромида.

4. Кўшма (комбинация қилинган) формаларида, компенсацияланган ва субкомпенсацияланган босқичларида бош магистрал артерияларидан бирида қон оқимини яхшилаш учун.

Операция қилишга монелиқ қиладиган ҳоллар:

1. Касалликнинг ангиоспастик формалари.

2. Компенсацияланган босқичдаги ўмров ости синдроми қўл ишемиясининг аниқ юзага чиққан белгилари бўлмаганда.

3. Касалликнинг декомпенсацияланган босқичлари.

4. Инкурабел ҳолат.

Брахицефал артерияларнинг окклюзион зарарланишларида операцияни танлаш:

1. Уйқу, умуртқа, ўмров ости ва номсиз артерияларидаги стенозлар, тромбозлар ва патологик эгри-бугрилиқлардаги реконструктив операциялар:

- артериянинг зарарланган қисмини анастомоз билан охиридан-охирига резекция ёки нуқсонни аллопротез билан алмаштириш;

- эндартерэктомия ва аллопластика билан ёки бусиз;

- юқорига кўтариладиган аортадан ўмров ости, уйқу, номсиз артерияларга аллопротез билан четлаб ўтиб (айланиб) шунтлаш;

- артерияларни, жумладан экстрадорақал артерияларни бир жойдан иккинчисига кўчириш операциялари.

2. Экстравазал компрессияни бартараф қиладиган операциялар:

- қовурға резекцияси (бўйин қовурғаси ёки юқорида жойлашган I қовурға);

- скаленотомия ва ўмров ости ва кичик кўкрак мушагини қирқиш;

- артериолиз.

### 3. Симпатик ва адренал системалардаги операциялар:

- юқори бўйин симпатэктомияси (С1— С2).
- стоеллэктомия (С7),
- кўкрак симпатэктомияси (Д2—Д3),
- периартериал симпатэктомия,
- эпинефрэктомия (бир ёки икки томонлама).

Такаясу синдромида муваффақиятли чиққан биринчи реконструктив операцияни — ички уйқу артериясидан эндартерэктомияни 1953 йилда Де Бэки ўтказган. Бажарилган операциянинг кўриниши мавжуд патологияга боғлиқ А. В. Покровский фикрича, ички уйқу артериясининг кескин стенозида ёки окклюзиясида ташқи артерия тармоқлари орқали қон оқими бош мияни қон билан таъминлаш учун амалий аҳамиятга эга. Умумий уйқу артериялари носпецифик аорта-артериит билан зарарланганда танланадиган операция резекция қилиб протезлашдир. Иккала уйқу артерияси окклюзион зарарланганда бир вақтнинг ўзида бифуркацияни протезлаши бажариш мумкин.

Брахиоцефал томирлардаги реконструктив операциялардан кейин ўлим даражаси операцияга кўрсатмаларнинг тўғри аниқланганига, аралашув локализациясининг, хирург тажрибасига боғлиқ ва 1 дан 4% гача ҳолларни ташкил этади.

А.В. Покровскийнинг маълумотларига кўра елка-боғ стволи реконструкциясида қон оқимини ҳамма беморларда тиклашга муваффақ бўлинди. Айни вақтда ўмов ости артерияси реконструкциясида беморларнинг фақат 86 фоизида у фойдали бўлди. Тикловчи операцияларнинг турлари орасида энг таъсирчани протезлаш бўлди (беморларнинг 94 фоизида қон оқими тикланди), ваҳоланки эндартерэктомия 87%, шунтлаш 82% беморларда муваффақиятли чиққан. Ўша маълумотлар бўйича реконструктив операциялар натижалари билан брахиоцефал артерияларнинг зарарланиш этиологияси ўртасида аниқ боғлиқлик мавжуд: атеросклерозда қон оқими 93% беморларда, аорта-артериитда эса фақат 77% беморларда тикланган (А. В. Покровский, 1980). Яна шу олимнинг маълумотларига биноан йил мобайнида яши натижалар 92,9% беморларда олинган, кейинги 5 йил мобайнида у кам миқдорда пасайган. Операциядан кейин 10 йил ўтгач яши натижалар 77,7% ҳолларда сақланиб қолади. 14 йил ўтгандан кейин эса яшаб кетган ҳамма одамларнинг 72,2% да сақланиб қолган.

Беморларни мия қон айланиши даражасига боғлиқ ҳолда босқич-ма-босқич реабилитация қилинади. Даволаш физкультураси, массаж, дори-дармонлар билан даволаш меҳнат қобилиятининг тезроқ тикланишига имкон беради.

## ОЁҚЛАРНИНГ СУРУНКАЛИ КРИТИК ИШЕМИЯСИ

**Этиологияси.** Атеросклероз, облитерацияловчи эндартериит (тромбангаит), диабетик ангиопатия оёқлар сурункали критик ишемиясини (ОСКИ) келиб чиқишига сабаб бўлишлари мумкин. Оёқлар артериаларини сурункали облитерацияловчи касалликлари (ОАСОК) нозологик турлари бўйича ажратилганда, В.С.Савельев (1997) бўйича: атеросклероз — 81,8%, облитерацияловчи тромбангаит — 14%, диабетик ангиопатия — 6% ва носпецифик аортоартериит (периферик шакли) — 9% ҳолатларда учрайди. А.В. Гавриленко (2000) эса атеросклерозни 82,2%, эндартериитни 17,6%, аортоартериитни 0,3% касалларда аниқлаган. Аорта ва оёқлар артериалари облитерацияловчи атеросклерози юрак ва мия қон томирлари жароҳатларидан кейин учинчи ўринда туради.

Бирламчи ОСКИ атеросклерозда 61,1% ҳолларда кўп қаватли зарарланиши билан кузатилади. Аорто-сон сегментининг зарарланиши 50,6% ҳолатларда, бошқа артериал сегментлар билан биргаликда зарарланиши эса 49,4% ҳолатларда учрайди.

**Патогенези.** ОСКИ ўрта ва кичик диаметри, магистрал ва коллатерал артерияларда қон айланишининг етишмовчилиги сабабли келиб чиқади. Проксимал зарарланишда коллатерал қон айланишининг ривожланиши даражаси ички ёнбош ва чуқур сон артериялари зарарланиш даражасига боғлиқ бўлади. Томирларнинг дистал зарарланишида коллатерал қон айланиши ривожланиши жуда суст бўлади. Бу ҳолатда болдирнинг пастки учлигида ва оёқ панжаларида мушаклар гипотрофияси ва трофик ўзгаришлар ривожланади.

Оёқ артерияларнинг сурункали облитерацияловчи касалликлари (ОАСОК) патогенези нафақат магистрал қон томирлар ёпилиши билан тушунилади, бу ҳолат шу касалликларда қон айланишини тўлиқ ўрганишни талаб қилади. Облитерацияловчи касалликлар билан оғриган беморларни морфологик текширувида микроциркуляциянинг барча сатҳида ўзгаришлар аниқланган. Артериолалар контурларининг нотекислиги, ғадир-будирлиги, торайиши ва деворларининг қалинлашиши кузатилади. Капиллярлар ҳам кескин датурцияга учраган ва тўғноғичсимон кенгайиб кетган бўлади. Касаллик оғирлашиши билан ишлаб турган капиллярлар сони камаяди, уларда қон айланиши кескин секинлашади. Томир базал қавати кенгайди, перикапилляр склероз кучаяди, капиллярларнинг бир қисми парчаланadi ва некрозга учрайди. Магистрал артерияларнинг ёпилган қисмидан пастда томир ичи босимнинг камайиши, артериола ва капиллярларнинг ёпилиши кузатилади. Капилляр қон айланишининг етишмовчилиги беморларда трофик яраларни келиб чиқшининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

В.С. Савельев (1997) бўйича, оёқларнинг оғир даражали ишемияси артериал қон айланиши етишмовчилигининг аста-секин

зўрайиши сабабли кузатилади ва оёқлар артерияларининг периферик қисмида қон айланишининг декомпенсациясига олиб келади. Критик ишемияга хос бўлган патофизиологик феноменлар кузатилади: перфузион босимнинг кескин камайиши, қонни артериовеноз шунтланиши, болдирни ишемик камайиши, регулятор системаларни дисбаланси, тромбоцит ва нейтрофилли лейкоцитлар биологик актив субстанцияларини гиперпродукцияси. Аъзога кислородни етказиб келишини кескин камайиши ва ҳужайра метаболизмининг бузилиши бошланғич сабаблардан биридир. Бунда мушак қон айланишининг бузилиши келиб чиқиши ва оёқлар ишемияси даражасига боғлиқ бўлган метаболик ўзгаришлар тўқималарда регионар эндотоксикозни кучайтиради. Бу ўз навбатида эритроцитлар ва бошқа ҳужайралар мембранасига таъсир қилиб, умумий интоксикацияга олиб келади. Томир тонусини ошиши, артериал қон айланишининг камайиши ва веноз гипертензияси, ишемияни зўрайтирадиган артериоло-венуляр шунтлашга олиб келади. Кейинчалик касалликни зўрайиши аъзолардаги қон етишмовчилигини янада кўпайтиради. Бу эса, ўз навбатида аъзодаги дистал қисмларда артериовеноз-шунтлашга ва оғир ишемия (“гинчликдаги оғриқлар”) клиникасини юзага келтиради. Бу ерда гемодинамик бузилишлар «халқали зўрайиш» ҳосил бўлади, натижада артериал оқимининг кескин сусайишига, артериовеноз вазоплегияга, веноз димланиш ва артериовеноз шунтлашнинг проксимал тарқалишига олиб келади. Болдирнинг ишемик шиши, кейинчалик эса юмшоқ тўқималарда деструктив жараёнлар, яъни критик ишемия ривожланади.

Болдир ишемик шишига олиб келувчи сабаблар: веноз димланиш, лимфовеноз етишмовчилик, калликреин-кинин тизимининг фаоллашуви, зарарланган аъзо тўқималаридаги гипоксия, гиперкапния ва ацидоз, антиоксидант фаоллигини камайиши билан кечувчи липидларнинг перикисли оксидланиши фаоллашуви, тромбоцит ва лейкоцитларнинг фаоллашуви, уларнинг қон томир деворига адгезиясининг ортиши (биологик актив субстанцияларнинг кўп чиқарилиши билан) натижасидаги эндотелиянинг функциясини бузилиши, оксидловчи ферментларнинг фаоллигини камайтирувчи аутолитик ферментатив жараёнлар. Бу бузилишларнинг ҳаммаси, аъзо мушакларнинг ишемиясини қайтмас эканлигини кўрсатади.

Қандли диабет асоратларидан оёқларнинг диабетик гангренаси жарроҳлар диққатини ўзига тортади. Ўзбекистонда 1994 йилда 1500 дан ортиқ қандли диабет касалларида оёқларнинг йирингли-некротик асоратлари қайд этилган. Бу асоратларнинг келиб чиқишига оёқлар макро- ва микроангиопатияси, нейропатия сабаб бўлган.

Яқин кунларгача бизнинг адабиётларимизда “диабетик панжа” атамаси ишлатилмаган, шунинг учун, шифокорлар бу жараённи мустақил касаллик деб ҳисоблашмаган, лекин бу муаммо жуда долзарб ҳисобланади.

«Диабетик панжа» атамаси — йиғма тушунча бўлиб, катта тиббиёт энциклопедиясида бу атама панжадаги анатомио-функционал ўзгаришлар симптомокомплекси деб ҳисобланади. Йирингли-некротик жараёнларнинг ривожланишига диабетик нейропатия, микроёки макроангиопатия, остеоартропатия сабаб бўлади.

«Диабетик панжа» синдроми қандли диабет касаллигида 30-80% ҳолатларда учрайди. Бу гуруҳда оёқлар ампутацияси 15 баробарга кўп бажарилади.

“Диабетик панжа” ривожланишида учта асосий омиллар, яъни нейропатия, макро- ёки микроангиопатия ва инфекция муҳим ўрин тутлади.

Оёқларнинг периферик қон томирлари зарарланиши, асосан панжа томирлари нейропатияси билан узвий боғлиқ бўлиб, клиник манзарали ёки яширин кечиши мумкин. Нейропатия “диабетик панжа” ривожланишида асосий бошланғич омил бўлиб ҳисобланади. қон томир ўзгаришлари диабетнинг яширин даврида пайдо бўлиб, диабетни келиб чиқишини олдиндан хабар берувчи белгиси бўлиши мумкин. Қандли диабетда қон томир деворидаги микроскопик ўзгаришлардан гиалиноз, базал мембрана қаватини қалинлашиши, қон томир деворида оқсил-липид моддаларини йиғилиши ва кейинчалик уларни камайиши кузатилади ва бу ўзгаришлар томир ичи облитерациясига олиб келади. Бу ҳолатни болдир мушаклари периневрал артериолаларида, капиллярларида, тери ва панжа мушаклари артериолаларида учратиш мумкин.

Артериола, прекапиллярлар, капиллярлар, посткапилляр ва венулалардаги ўзгаришлар диабет учун хос бўлиб, бошқа тўқима ва аъзоларда ҳам аниқланади. Қатор чет эл ва ўз олимларимизнинг фикрига кўра, микроангиопатия асорат эмас, балки қандли диабет клиник синдромининг нейропатия сингари, асосий қисми бўлиб ҳисобланади.

Электрон микроскопия ва махсус миқдорий таҳлил усули ёрдамида диабет касаллигида артериялар адвентацияси аксонлари сонининг камайиши аниқланади. Нерв охири ва мушак ҳужайраси оралиғи бириктирувчи тўқима билан тўлади, бу эса мушак тўқимаси юзасидаги медиатор концентрацияси ва эффектор ҳужайралар юзасига етиб борадиган медиатор тезлигига таъсир қилади. Ҳаракат нервларидаги дегенератив ўзгаришлар панжа мушагининг атрофияси, унинг детурцияси, панжадаги “юқори босим нуқталарининг” ўзгаришига олиб келади, бу эса ўз навбатида юмшоқ тўқималарда ўзгаришлар ва зарарланишларни келиб чиқишига сабаб бўлади. Вегетатив нерв системасининг зарарланишида панжа терлашининг камайиши, инфекция дарвозаси бўлувчи панжа терисини қуриши, дарз кетиши ва қадоқлар пайдо бўлиши кузатилади.

Юқорида айтилганларнинг барчаси “диабетик панжани” келтириб чиқарувчи ангиопатия ва нейропатия бир-бирига боғлиқ бўлган



патологик жараёнлар эканлигини, ҳамда панжа микроциркуляциясини кескин камайишига сабаб бўлишини кўрсатади.

Диабетик микроангиопатияни зўрайиб бориши натижасида инфекция қўшилиши кузатилиши мумкин, бунда йирингли-некротик жараёнлар, яъни оёқларнинг диабетик гангрена си кузатилади. Бунга терига ўсиб кирган тирноқ, ишқаланиш, тирналишлар ва бошқалар сабаб бўлади.

Диабетик гангрена ўзига хос хусусиятларига эга: кўпинча нам бўлади, тез ривожланувчи некроз билан бирга кузатилади, жараённи чекланиши кузатилмайди. Ф.С. Ткач (1987) фикрича, иккита патогенетик шаклни фарқлаш керак: 1) томир зарарланиши устунлиги билан; 2) оғир микроангиопатия фонидаги инфекцион жараён — гангрена устунлиги билан кузатиладиган. Диабетик микроангиопатияда — нам гангрена, облитерацияловчи эндартериитда эса қуруқ гангрена кузатилади (1-расм).

**Ташхислаш.** Лаборатор текширув усулларида қондаги фибриноген миқдорини, плазмани гепаринга толерантлигини, қондаги гепарин миқдорини, антитромбин III миқдорини, қонни фибринолитик фаоллигини аниқлаш зарур. Бундан ташқари, тромбоцитлар агрегация функциясини текширувчи усуллар мавжуд. Буларнинг ҳаммаси бемор қонининг реологияси кўрсаткичлари бўлиб, бемор аҳолини баҳолаш учун омил бўлиши мумкин. Қонда умумий холестерин, зичлиги паст холестерин липопропротеидлар, зичлиги юқори холестерин липопропротеидлар, триглицеридлар, атероген коэффициент аниқланиши мумкин.



1-расм. Чап оёқ критик ишемияси — 3 бармоқ қуруқ гангрена си.

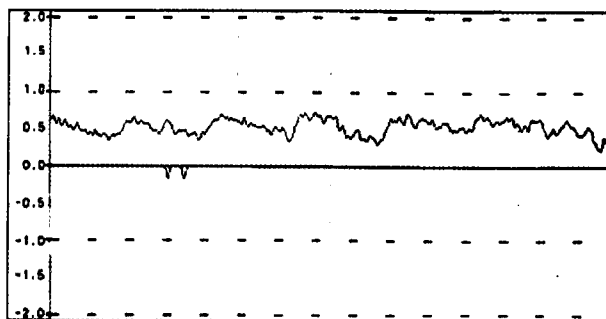
Облитерацияловчи атеросклерозда артериялар деворида ва қон плазмасида липидлар перекиси миқдорини юқорилиги аниқланиши мумкин. Бунда артерия қанчалик оғир зарарланса, қонда малон диальдегиднинг миқдори шунчалик юқори бўлади. Атеросклерозда липидлар перекисли оксидланишига сабаб деб антиоксидант етишмовчилиги ҳисобланади. Бунга алиментар бузилишлар, чекиш ва эндотелийда фагоцитлар фаоллигини активлаштирувчи иммун ва микробли омиллар сабаб бўладилар. А.А. Тарковскийнинг (1996) фикрича, липидлар перекисли оксидланиш маҳсулотларининг юқори миқдори ва антиоксидант активлашуви кўрсаткичларининг камлиги оёқлари критик ишемияли беморларда кузатилади.

ОСКИ аниқлашда функционал ва рентгенологик текширув усуллари қўлланилади. Функционал усулларга реовазография, сфигмогра-

фия, плетизмография, осциллография ва ультратовуш доплерографиялар (УТДГ) киради. Рентгенологик усулларга эса рентгенконтрастли, дигитал субтракцион ва магнит-резонанс ангиография киради.

Кўрсатилган функционал текширув усулларидан реовазография ўзига хос ўрнига эга. Бу усулда тўқималардан юқори частотали ток ўтганда ҳосил бўладиган пульсли тебранишлар ёзиб олинади. Бунда артериал, веноз, капилляр ҳолати биргаликда ёзиб олинади, аммо ҳар бирини алоҳида аниқ ўзгариш даражасини ҳам аниқлаб бўлмайди ва бир оёқни йўқлигида кўрсаткичлар олинмайди. Сфигмография, плетизмография, осциллография, тахиосциллография каби усуллар нисбий маълумот берадилар, коллатераллар ҳолатини кўрсатишмайди ва томирлар ҳолати ҳақида нотўлиқ тушунча берадилар.

ОСКИни кенг тарқалган ноинвазив текширув усулларидан бири бўлган ультратовуш доплерография, объектив усул ҳисобланади, клиник ва методик чегарасизлиги, юқори информативлиги билан ажралади. Унда елка-оёқ индексини (ОЕИ) ҳисоблаш, регионар қон оқими ҳолати ҳақида хабар олиш, атравматик ва касал учун безарар, регионар гемодинамикани бузилишларида, оёқлар ишемия даражасини аниқлашда омил сифатида ишлатиш мумкин. (2 расм).



2-расм. Орқа тиббал артерияси окклюзияси, қон оқими коллатерал тип.

Оёқлар критик ишемиясини диагностикаси ва даволаши бўйича Россия консенсусида (2002 й) УТДГ ёрдамида олса бўладиган кўрсаткичлар берилган: тўпиқ босими  $\leq 50$  мм сим.уст.; ОЕИ  $\leq 0,4$ ; бармоқ босими  $\leq 30-50$  мм сим.уст.

Рангли дуплекс-сонография (РДС) клиник амалиётга киририлгач, оёқлар сурункали критик ишемиясида магистрал ва коллатерал қон оқимининг қатор гемодинамик ҳолатларини ноинвазив ўрганишга имкон берди. Бу усулнинг юқори диагностик аниқлиги рентген-контраст ангиография билан рақобатлашади. Рангли дуплекс-сонография ёрдамида аорто-сон соҳасини окклюзион-стенотик зарарланишида қон оқимини бузилиши ҳолатини кўрсатувчи объектив омилар ишлаб чиқилди, бунда 82% ҳолларда ангиографиясиз

оператив тактикани аниқлаш мумкин. Критик ишемияда РДС диагностика аҳамияти — 96,3%, сезгирлиги — 96,4%, хослиги - 96,3%. Болдир артериалари учун сезувчанлиги — 88,9—97,1% бўлган ҳолда, хослиги 50,0—73,0% гача камаяди. Шундай қилиб, РДС юқори информатив, ноинвазив усул бўлиб ҳисобланади. Бунда аорто-сон соҳасини окклюзион-стенотик зарарланишида магистрал, коллатерал ва периферик қон айланишининг ўзгаришини асосий таркибий қисмларини аниқлашда, ОСКИда регионар гемодинамикасини аниқлашда ва ангиографиясиз даволаш тактикасини танлашга имкон беради. (3-расм).

Ангиография текширув усули қон томир жарроҳлигини ривожланишига катта ҳисса қўшган ва охириги 10 йиллик ичида асосий текширув усули бўлиб қолган (4-расм). У «олтин стандарт» текширув усули бўлиб, кўп ҳолларда томирларни зарарланишида жарроҳлик тактикани аниқлайди, ҳамда оёқ гангрена-сида ампутация учун энг қулай жойни аниқлайди. Ангиографиядан сўнг асоратлар қатор олимлар фикрича 0—14% ни ташкил этади.

Бу усуллар юқори маълумотлигига қарамай капиллярларда қон оқими ҳақида маълумот бермайдилар. Ваҳоланки ОАСОКда зарарланган оёқнинг тўқимасида қон айланишини ва метаболизмини баҳолашда капиллярлардаги қон оқими ҳолати катта роль ўйнайди. Капилляр-скопия — микроциркуляцияни оддий текширув усули ҳисобланади. Лекин бунда микроциркуляцияни миқдорий бузилишини ва окклюзион жараёнини жойини аниқлаб бўлмайди. Ҳозирги пайтда тўқима қон оқимини ўрганувчи янги текширув усуллардан бири бўлган лазерли доплер флоуметриядир (ЛДФ). ЛДФ турли хил функцио-



3-расм. Ён бош артериаларининг рангли дупплекс-сонография ва ангиограммаси. Чап умумий ён бош артериясини стенози.



4-расм. Оёқлари критик ишемия бўлган беморнинг ангиограммаси Юзаки сон артериясининг окклюзияси.

нал тестларни (реактив постокклюзион гиперемия тести, Вальсальва синамаси, позицион синама, вазопростанли синама) ишлатиб оёқлар субкритик ва критик ишемияси бўлган беморларда микроциркулятор реактивлик даражасини аниқлайди.

Кислородни панжа ва болдирда териости кучланишини ( $TcPO_2$ ) аниқлаш микроциркуляция тизимида қон оқими ҳақида баҳо беради, касаллик клиник манзарасини аниқлаштиради ва ОСКИли беморларни ажратади. Оёқлар критик ишемиясини ташхислаш ва даволаш буйича Россия консенсусига асосан (2002) критик ишемиянинг чегарали кўрсаткичи  $TcPO_2 \leq 40$  мм сим.уст.га тенг.

Шундай қилиб, ОСКИда артериал реконструкцияни бажариш учун томирлар зарарланганлигини даражасини билиш керак. Бунинг учун беморга умумий клиник ва лаборатор текширувлар, микроциркуляцияни (ЛДФ,  $TcPO_2$ ) аниқлаш, қорин аортаси ва оёқлар артерияларини ультратовуш текширувлар (УЗДГ, УДС), оёқлар аортоартериографияси бажарилиши зарур. Шу текширув алгоритмини қўллаганда кўпгина (90%) беморларда жарроҳлик амалиёти бажариш учун кўрсатма аниқланади. Текширувнинг охириги босқичи артериянинг интраоперацион ревизияси бўлиб ҳисобланади, бунда операция қилиб бўлмайдиганларни 8% да реконструкция учун шаброит аниқланиши ва оёғини сақлаб қолиниши мумкин.

**Даволаш.** ОСКИни даволаниши мураккаб масалалардан бўлиб, уни ҳал қилиш нафақат оёқни сақлаб қолиниши балки ҳаёт тарзини яхшиланишга ва ҳаётни узайтиришга имкон беради.

Оёқлар критик ишемиясини ташхислаш ва даволаш буйича Россия консенсусида (2002 й) беморларнинг ҳозирги кунда асосий даволаш принципи бўлиб комплексли ва индивидуал ёндашув ҳисобланади, бунга — операциядан олдинги интенсив консерватив даво, оператив даво (бевосита ёки воситали реваскуляризация, ностандарт ва паллиатив амалиётлар, ампутация), амалиётдан кейинги даврнинг адекват олиб борилиши, операция ёки ампутация ўтказган беморларнинг реабилитацияси ва бемор ҳаётининг охиригача диспансерли кузатув киради.

Консерватив даво ОСКИни комплексли давосининг айрилмас қисми бўлиб, амалиётдан олдинги тайёргарлик, жарроҳлик амалиётини бажариш ва амалиётдан кейинги асоратларни камайтириш учун зарур.

Консерватив давонинг ҳозирги пайтгача ишлатиб келинган спазмолитик терапия патогенетик асосланмаган ва ҳозирга вақтда кам ишлатилмоқда. Асосан қон реологиясини ва микроциркуляциясини яхшилайдиган, қонни ивиш тизими фаоллигини пасайтирадиган, фибринолизни кучайтирадиган дори воситаларига эътибор берилмоқда.

Бугунги кунда пентоксифиллинни чўздирилган шакли, яъни Вазонит — ретард 600 ишлаб чиқилган. Бу дори ОАСОК билан оғриган беморларда эффе́ктив даво ҳисобланади. Унинг нохуш таъ-

сири 2% ҳолатларда учрайди ва дорини тўхтатишга сабаб бўлмайди. Тиклид эса тромбоцитларни спонтан ва АДФ-индуцирланган агрегациясини камайтиради, дезагрегацияни яхшилайти, бу ҳол эса периферик артериялар атеросклерози бўлган беморларда тромбоген хавфни камайтиради.

Антитромбоцитар даво — ОАСОК ва бошқа генезли беморлар комплекс давосида асосий йўналишдан биридир. Клопидогрель (плавикс) юқори антитромбоцитар таъсирили дори-воситаси ва тромбоцитлар агрегацияси махсус ва кучли таъсир этувчи ингибитори бўлиб ҳисобланади. Ҳар хил генезли томир патологияларида (неврологик, психиатрик, офтальмологик) ишлатиладиган дори-воситаларидан бири бўлиб танакан ҳисобланади. 1984-йилда танаканнинг антифибриногенни фаоллаштирувчи таъсири аниқланган. Ундан ташқари, танаканнинг тромбоцитлар ва эритроцитлар гиперагрегациясига тормозловчи таъсири аниқланган, бу эса қонни реологик ҳолатини яхшилайти, тромбни ҳосил бўлишига ва силлиқ мушаклар тонусини кучайтирадиган медиаторларни ишлаб чиқаришига йўл қўймайти.

ОСКИ келиб чиқиш патогенезидан маълумки, эндотелийни функционал фаоллиги пасаяди (аввало антитромбоцитар) ва простогландинларни ишлаб чиқиши камайти. Бу ҳолат простогландинлар гуруҳига кирувчи дори воситаларини ишлаб чиқаришига туртки бўлди. 1960 йили Burgstorm ва Sjoivall биринчи бўлиб простогландин I (ПГЕ I)ни ажратиб олишти, кейинчалик унинг тузилишини аниқлашти ва биринчи бўлиб унинг тромбоцитлар агрегациясини ингибициясини аниқлашти. ПГЕ Iни ОАСОК оғир даражасини даволаш натижалари ҳақида биринчи маълумотлар Европада 70 йилларда берилди. 1979 йилдан бошлаб ПГЕ I бутун дунёда шу касалликларни охириги даво-воситаси сифатида ишлатилиши бошланган. ПГЕ I ни асосий таъсир механизмига ишемик тўқимада тромбоцитлар агрегациясини ва тромб ҳосил бўлишини камайтириш, тўқималарни зарарланишини олдини олиш, микроциркуляцияни яхшилаш, кислород билан адекват таъминлаш, қон оқимини кўпайтириши антисклеротик таъсири ва нормал метаболизмни тикланиши киради. Покровский А.В. (1998) бўйича вазаппростан эффекти — 91,5%, Каримова Ш.И. (2002) бўйича — 84,2%. Шунини айтиб ўтиш керакки, вазаппростанни ишлатишдан олдин синама ўтказиш лозим, бунда микроциркулятор тизимининг дорини вазадиятор таъсирига сезувчанлиги аниқланади. Вазаппростан билан даво ОСКИда артериал қон оқимининг дистал зарарланишида ва бошқа даво усуллар қолмаганда, бирламчи ампутациядан афзал бўлиши мумкин. Вазаппростан жароҳлик амалиётга тайёргарликда ҳам ишлатилиш мумкин.

ОСКИни асосий даво усули бу жарроҳлик усулидир. Реконструктив жарроҳлик усуллар 45—55% беморларда амалиётдан кейин 5—8 йил ичида оёқларни сақлаб қолиш имкониятини беради. Аорта-сон шунтлаш операцияси аорта-сон зарарланишида мавжуд бўлган усуллар ичида «олтин стандарт» бўлиб ҳисобланади. Шу соҳани ўзини зарарланишида ва периферик оқимни сақланганлигида яхши натижалар олиш мумкин, аммо бу ҳол фақат 6,1% ҳолатларда учрайди.

Облитерацияловчи атеросклерозга хос бўлган зарарланиш бу “кўпқаватлилик”, бунда асосан аорта-сон ва сон-тақим ости сегментлари зарарланади, бу эса оёқларни чуқур ишемиясига олиб келади. Унинг учраши — 25,6% — 36,7% ни ташкил этади. Бундай ҳолларда иложи борича бирданига иккита зарарланган сегментларни тиклаш операцияси ўтказилади.

Артериал оқимининг проксимал ва дистал қисмлари зарарланишида муваффақиятсиз реконструктив операциялар фоизи анчагина юқори бўлади. Шунинг учун проксимал қисмини алоҳида зарарланганидагина амалиётни бажарилиши тавсия этилади. Жараёнга периферик оқим қўшилганда реконструктив жарроҳлик амалиётлари муваффақиятсиз бўлади.

Синтетик протезларни ишлаб чиқарилиши билан қорин аортаси ва ёнбош артерияларда жуда кам ҳолатларда эндартерэктомия бажарилади. Биринчи бўлиб очик эндартерэктомиyani 1947 йилда J. C. Dos Santos бажарди. 1967 йили Н. Harrison et al. эверсион эндартерэктомия усулини таклиф этишди. Кейинги йилларда айрим жарроҳлар шу усулга қайтиб келишди. П.О. Казанчян (2002) аорта-сон сегменти соҳасида эверсион эндартерэктомия амалиётидан сўнг 4 йил ичида 91,3% ҳолда артерия ўтказувчанлигини кузатди, бунда асоратлар ва ўлим ҳолатлари кузатилмади. Томирлар калцинози бу жарроҳлик амалиётни бажарилишини чегаралайди.

Критик ишемияда рентгенэндоваскуляр амалиётлар танлов усули эмас, томирлар оқимини давомийлиги ва кўп қаватли зарарланиши буни чегаралайди. Оқсоқланиши бор беморларда сон-тақим ости соҳасида стенозни дилатация қилингандан 5 йилдан сўнг артерия бирламчи ўтказувчанлигини 50% беморларда сақланади. Агар иккита ёки учта артериялар зарарланган бўлса, унда 5 йилдан сўнг бирламчи ўтказувчанлик 25% беморларда сақланади. ОСКИ бор беморлада натижалар ёмонроқ бўлади, ангиопластика амалиётдан кейинги даврида 90% яхши натижали беморларнинг 6 ойдан сўнг 24% да томир ўтказувчанлиги сақланади. Чуқур сон артериясининг окклюзион-стенотик жараён билан зарарланиши 46,3—72% облитерацияловчи атеросклерозли беморларда кузатилади.

Маълумки, 60 ёшдан ошган беморларда ОАСОК 20% ҳолларда учрайди. Реконструктив амалиётга кўрсатма бўлганда бемор ёши аҳамиятга эга эмас, бунда ҳамроҳ касалликлар (ЮИК, артериал гипертензия, мия қон айланишини бузилиши, қандли диабет ва

б.) мавжудлигида ҳар хил асоратларни олдини олиш мақсадида экстраанатомик шунтлаш (сон-ўмровости, сон-қўлтиқ ости, сон-сон аллошунтлаш) жарроҳлик амалиётларни қўллаш зарур бўлади.

Реконструктив амалиёт натижаси периферик қон оқимининг ҳолатига боғлиқ бўлади. Битта тибиал артерия сақланган ҳолда ҳам бевосита реконструктив амалиёт оёқни сақлаб қолиши мумкин.

Аммо, кейинги пайтларда коллатерал қон томирларни микроскопия шароитида “in situ” аутовеноз протезлаш ҳақида маълумотлар пайдо бўлди. Бунда аутовенанинг дистал қисми пастга тушувчи тизза артерияси билан анастомозланади. Айрим ҳолларда дистал панжа шунтлашлар яхши натижалар беради. Шунт сифатида катта тери ости венаси ишлатилиб, дистал қисми панжа артериялари билан уланади. 1 ва 3 йилдан сўнг шунтларни кумулятив ўтказувчанлиги 58,1% ва 39,5% ташкил этади, 55,8 ва 46,5% ҳолларда оёқ сақланиб қолинди.

Аорта ва оёқлар магистрал артерияларида реконструктив операциялар сони кўпайганлиги ва уларга кўрсатмалар кенгайганлиги сабабли, муваффақиятсиз реконструктив амалиётлардан сўнг қайта операциялар сонини кўпайишига олиб келди. Қайта реконструктив жарроҳлик амалиётлардан сўнг ампутациялар сони биринчи йил охирига 30,1%ни, учинчи йил охирига — 52,4%, бешинчи йил охирига — 63,3%ни ташкил этади. ОКИ да болдир ва оёқ панжа веноз қон оқимини артериализацияси, реваскуляризация остео-репанацияси, бел симпатэктомияси, катта чарви аутотрансплантацияси каби паллиатив амалиётлар ампутациялар сонини 50—65 дан 15—25% гача камайтириши мумкин.

Оёқнинг ишемияга учраган дистал қисмига артериал қонни етказиб бериш учун вена қон оқими йўллари ишлатиш жарроҳларни кўп йиллар давомида қизиқтириб келган. Артериализациядан сўнг яхши натижа фақат яқка ҳолларда учраган, масалан Halsted А.Е. бўйича (1912) — 42 касалдан фақат 3 тасида. Тромбозлар кўплигини муаллиф веноз томирида клапанлар мавжудлиги билан боғланган.

Лекин ҳозирги пайтда бу жарроҳлик усул жуда кенг фойдаланилмоқда. А.В. Покровский (2000) маълумотлари бўйича оёқ панжаси веноз оқимини артериализациядан сўнг 94,3% беморлар оёқларини ампутациядан сақлаб қолиш имкониятини берди. 5 йилдан сўнг 45,3% беморларда шунт ўтказувчанлиги сақланиб қолди, оёқлар эса 88,3% ҳолда сақланиб қолинди.

Гавриленко А.В. (2002) маълумотлари бўйича болдир ва панжа юзаки веноз оқимини артериализациясидан сўнг 2 йилдан кейин 83,3% беморларни оёғи сақлаб қолинди, бунда ҳамма ҳолда шунтлар ёпилиши кузатилди.

Юқоридагиларнинг баридан шундай хулоса келиб чиқадики, болдир ва панжа юзаки веналарини артериализацияси танлаш усуларидан бири бўлиб ҳисобланади ва амалиётдан 3 ойдан сўнг арте-



5-расм. Оёқ панжа венасининг артериализациясидан кейинги ангиограмма.

ринчи бўлиб П.А. Герцен бажарди, ва уни натижалари ҳақида 1926 йили VIII жарроҳлар съездида маълумот берди. Ҳозирги пайтгача бу жарроҳлик амалиёти ўз аҳамиятини йўқотмаган ва барча «захиралар» тамом бўлганда, ампутациядан афзал охириги имконият бўлиб қолади.

1987 йил Ф.Н. Зусманович томонидан таклиф қилинган реваскуляризация остеоотрпанация (РОТ) ҳам ОСКИ беморларни даволашда ўз ўрнини топган. РОТ дан сўнг суяк-кўмик қон оқимини кучайиши, мавжуд бекилган коллатералларнинг очилиши кузатилади (параостал, мушак, мушаклараро, параартикуляр, периостит) ва юмшоқ, айниқса суяк тўқималарда метаболик активлик ошади. Сон-тақим ости сегменти зарарланишида ва дистал турларда яхши натижа (76%) кузатилади.

Тахминан 20 йил олдин ОКИ да зарарланган оёқга юмшоқ тўқимали лахтакни ўтказиш усули ҳақида маълумотлар пайдо бўлган эди. В.Г. Самодай (2003) ОСИК бор беморларга юмшоқ тўқималарни микротомирли аутотрансплантантациясини бажарди. Бунда орқа кенг мушак, катта чарви ва олдинги тишли мушак лахтагини ишлатди. 9 йилдан сўнг оёқларни сақлаб қолиш кумулятив кўрсаткичи —81,2%, аралаш реваскуляризацияларидан сўнг — 83,5% ташкил қилди.

Шундай қилиб, ОСКИ беморларда амалиётларни танлаш артериал қон оқимини зарарланиш сатҳи ва даражаси, оёқлар ишемия-

риализация қилинган венани ўтказувчанлиги оёқни сақлаб қолинишига таъсир қилмайди, бу эса шунтни тромбозидан сўнг оёқда кучли коллатерал қон айланишини ривожланиши ҳақида даллолат беради (4-расм).

Веноз қон оқими артериализациясини камчилиги шундаки, 15—30% ҳолатларда аутовена кичиклиги, унда патологик ўзгаришлар бўлганлиги (флебит, варикоз кенгайишлар) ёки уни олдинги операцияларда ишлатилганлиги сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилмайди, ундан ташқари амалиётни бажариш учун махсус асбоб-ускуна керак. Бу ҳолатларда бошқа усуллардан (фойдаланишга тўғри келади).

Бел симпатэктомиясини (БСЭ) биринчи бўлиб 1924 йили Diez бажарган, Россияда эса БСЭни би-



сини даражаси ва мавжуд бўлган ҳамроҳ касалликларга боғлиқ. Ундан ташқари, оёқлар артериал қон оқими тўлиқ зарарланганда ҳам ампутация танлаш операцияси бўла олмайди, чунки реконструктив амалиётлар натижасиз бўлганда ҳам паллиатив ва ностандарт ревазкуляризация жарроҳлик амалиётлари оёқларни сақлаб қолиш имкониятини беради.

Биринчи маротаба артерия ичига инъекцияни 1665 йили Мальтальятти бажарди, лекин бу усул кўпчилик олимлар (В.А. Опель, Лериш – Lerisch, Дос Сантос – Dos Santos, Фонтейн – Fontaine, Н.Н.Бурденко, В.В. Кованов, Ф.А. Андреева ва б.) томонидан XX асрни бошларидан қўлланила бошлади. У пайтда артерия ичи оғриқсизлантириш усули ҳали кенг тарқалмаган бўлсада, артерия ичига даво сифатида навокаинни юбориш кўпчилик томонидан тан олинган эди.

Артерия ичига дори воситаларни юборганда уларни зарарланган жойда ўзгармаган ҳолда юқори концентрацияси, даво таъсирини кучайиши, ангиорецепторларга бевосита таъсири ва дори воситаларни одам танасига токсик таъсири камайиши кузатилади. Ундан ташқари аъзо ва тўқималардаги ишемик ўзгаришлар камаяди, микроциркулятор ва метаболик жараёнлар яхшиланади, трофик ўзгаришлар йўқолади, яллиғланиш жараёнлари камаяди ва тузалиш тезлашади.

Артерия ичи инфузиясининг оқимли ва фракцион усуллари мавжуд. Бугунги кунда оқимли усул кўпроқ ишлатилади, чунки фракцион усулда артерия ичига дорилар юборилганда уларнинг концентрацияси тез камаяди ва томир кенгайтирувчи таъсир қисқа муддатли бўлади. Узоқ муддатли артерия ичи катетер терапия (УМАКТ) биринчи бўлиб 1951 йили Н.Вигман ва С. Клопп томонларидан экспериментда саратонни регионар химиотерапия усули сифатида ишлаб чиқилган. УМАКТ да яранинг тезроқ битиши, ишемик синдромни камайиши, оёқларни коллатерал қон оқимини яхшиланиши кузатилади ва бу усул ОСКИ бўлган беморларда амалиётга тайёрлаш ёки мустақил даво сифатида тавсия қилинади.

Кўпинча С.А. Гаспарян усулидаги пастки қорин артериясини катетерлаш бажарилади. Лекин бу усулда катта ва чуқур кесма талаб қилинади ва асоратлари ҳам кўп кузатилади. Энг кам асорат кузатиладиган ва оддий усуллардан бу сон артериясини катетерлашдир. Артерия ичига дориларни юбориш учун Сельдингер усулида контрлатерал сон артерияси пункция қилинади, катетер аорта бифуркациясидан ўтказилиб зарарланган томонга Вешман усули бўйича ўрнатилади. Бу усулни афзаллиги шундаки, зарарланган томонда операция қилиш ва бу усулдан бир неча маротаба фойдаланиш мумкин. Лекин иккала сон артерияси окклюзиясида ва қорин аортасини девиациясида Вешман бўйича катетерлашнинг иложи бўлмайди.

УМАКТ усулдан фойдаланилганда юбориладиган дориларни аҳамияти жуда катта. Ҳозирги пайтда, бунинг учун, реополиглюкин, гепарин, пентоксифиллин, никотин кислотаси, салкосерил, но-шпа, аскорбин кислотаси, витаминлар, вазапостан, гормонлар, контрикал, антибиотик каби дори воситаларидан фойдаланилади. Бу дорилар микроциркуляцияни ва қонни реологиясини яхшилаш, яллиғланишни олдини олиш мақсадида фойдаланилади.

Оёқлари йирингли-некротик зарарланиш билан кечувчи қандли диабет касаллигида гемосорбция кенг қўлланилади ва бунда даволаш натижалари яхшиланади. Оёқлари қорасонга учраган қандли диабетли беморларда вена ичига лейкоконцентрат юборилганда ҳам яхши натижалар кузатилади. Бундан ташқари, диабетик микроангиопатияда гипербарик оксигенация вақтида гепаринотерапия ўтказилганда тўқималар қон айланиши яхшиланади.

Маҳаллий даволашда йирингли-некротик ярани кенг очиб, маҳаллий инсулинли, витаминли, димексидли ва фибринолизинли боғламлар қўйиш, некрозланган тўқималарни хирургик лазер билан кесиб олиб ташлаш керак.

1 ва 2 бармоқ диабетик ангиопатияси билан бел симпатэктомиясидан кейин 27,5—52% ҳолларда оёқ гангренасини келиб чиқишини олдини олади.

Сақлаб қолувчи даво усули ҳам мавжуд бўлиб, унда зарарланган оёқ томонда буйрак усти беши қисман резекцияси ва бел симпатэктомияси бажарилади. Бу жарроҳлик амалиёти асосан магистрал артерияларда қоникарли қон оқими сақланган ҳолда микроциркуляция бузилишидан келиб чиқадиган критик ишемияда бажарилади.

Охириги ўн йил ичида паст частотали ультратовуш кавитацияси клиник тажрибада ўз ўрнини топди. Паст ва ўрта частотали ультратовуш тебранишлар яра жараёнига турлича таъсир қилади. Унинг таъсирида ярани ҳужайра элементлари, лизосомал энзимлар кавитацион парчланади, хемотоксик омиллар ва бактерицид катионли оқсиллар ҳосил бўлади ва бунинг ҳисобига яра тозаланиши тезлашади. Бу омиллар экссудатни протеолитик активлигини кучайтиради, нейтрофилларни фагоцитар ва антибактериал активлигини рағбатлантиради, некрозга учраган тўқималарда ультратовуш дезинтегратор бўлиб таъсир қилади ва уларни кўчишини тезлаштиради.

Кейинги йилларда йирингли яраларни ультратовуш санацияси ва йирингли-некротик юмшоқ тўқималарни лазер билан даволаш кенг қўлланилмоқда. Бу усулнинг кўп мусбат томонлари мавжуд: атравматиклиги, абактериал муҳитни ҳосил қилиши, регенератив жараёнларни рағбатлантириши ва қонни реологик хусусиятини яхшилаши. Лазер нурлари микроб ассоциацияларини сонини камайтиради ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини оширади. Лазер-

ни қўллагандан сўнг яра усти соҳаси 81—90% ҳолларда стерилизацияланади.

Бошқа физик усуллар билан биргаликда сувда эрийдиган кўп компонентли суртмалар жуда кенг қўлланилмоқда. Кўпкомпонентли суртмаларга антибактериал дори воситалари (антибиотик, сульфаниламид, антисептик), тўқима алмашинув жараёнларни регулятори — метилурацил, маҳаллий антисептик — тримекаин ва гидрофиллар кирази. Левомеколь ва левосин кўпгина граммусбат ва грамманфий бактериаларга (ичак таёқчаси) таъсир этади. Кўп компонентли суртмалар яра жараёнини I фазасида хирургик ишлов нозарурлиги ёки бошқа ҳолларда кўрсатилган. Суртамаларни қўллаш даволаниш муддатини қисқартиради, оёқни оператив давога ёки аутодермопластикага тайёрлайди.

Йирингли яраларни санация қилишда кенг ишлатиладиган озонотерапия ҳақида ҳам айтиб ўтиш керак. «Озонатор 1М» аппарати Киров номли НПО Олма-ота шаҳрида ишлаб чиқарилади. Ҳам грамм мусбат, ҳам грамм манфий аэроб ва анаэроблар озонга бир хил сезувчан.

Оёқларни диабетик гангреназида комплекс даволашда артерия ичи катетер терапия камроқ ишлатилади. Бу усулни қўллаганда сонни ўрта ва юқори учлигидан ампутация сонини 18,3% гача камайтирса бўлади.

Қандли диабетли беморларда оёқларда тарқоқ микроангиопатия ва модда алмашинуви бузилишининг ўзига хослиги сабабли вена ичига юборилган дори воситалардан кутилган натижа кузатилмади. Ҳосил бўлган йирингли-некротик ўчоқ, инфекцияни агентни мавжудлиги ва интоксикацияни зўрайиб бориши ҳисобига бемор аҳволи ёмонлашиб боради. Шунинг учун, бу ҳолатда артерия ичига дориларни юбориш усули юқори натижали усуллардан ҳисобланади, чунки бунда юборилган дориларни, яъни антибиотикларни концентрацияси регионар кўпайишига эришилади.

### **Оёқлар критик ишемиясини даволашнинг янги усуллари**

Ген муҳандислиги ёрдамида зарарланган оёқларда неоангиогенезни рағбатлантириш услуги ёрдамида ҳозирги кунда мавжуд бўлган кўпгина муаммоларни ҳал қилиши мумкин. Ангиогенез асослари 70 - йилларда АҚШ да J.Folkman томонидан ўрганилган. У ўсмалар ўсиши ва метастазланишига ангиогенез таъсирини ўрганиб 1984 йилда оқсил табиатли ангиоген, яъни қон томирлар ўсишини рағбатлантирувчи омилни ажратиб олди.

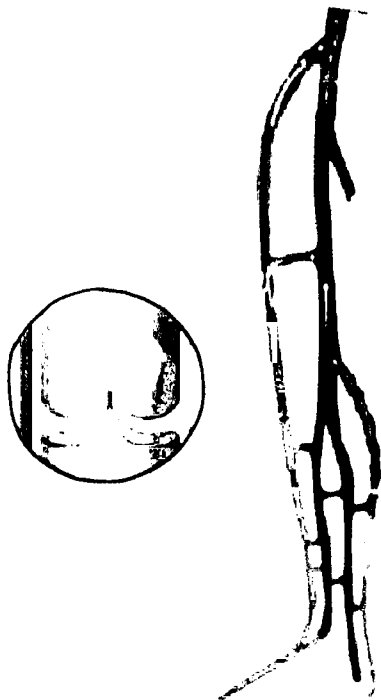
1994 йили J.Isner (АКШ) томонидан томирлар эндотелийсини ўстирувчи омилнинг моделли критик ишемияли ҳайвонларда коллатерал қон айланиши шаклланишига ижобий таъсирини намоиш этган. 1996 йилда эса шу омилни синтезини кодловчи генни ОСКИ бор беморларни даволашда қўллади. Биринчи маълумотлар кутил-

гандан ортиқ чиқди: тинчликдаги оғриқлар йўқолди, трофик яра-лар битди, неоангиогенез ва тўқималар перфузияси ошганлиги (ЛПИ ошиши, капиллярлар ва майда томирлар сони ошиши) объектив тасдиқланди. В.В. Давыденко (2001) томонидан каламушлар устидаги тажрибаларда ишемияга учраган тўқималарда ангиоген ўстирувчи омиллар (АУО) таъсирида томирларни кўпайишини ўрганди. Тажрибалар натижалари ишемияга дучор бўлган тўқималарни гистологик текширувга асосланиб баҳоланди ва бевосита ишемия соҳасига тизимли равишда киритилганда, ўрганилаётган дори восита ангиоген активликка эга деган хулосага келди. Б.А. Константинов (2003) РТФА хирургия илмий марказида тўқималарга киритилганда неоангиогенезни активлаштирувчи оригинал ангиогенли ген-муҳандислик конструкциясини яратди. Бу конструкциянинг активлигини сут эмизувчилардаги ОСКИ моделида экспериментал ўрганилди. Бу соҳа юқори натижали бўлиб, ҳозирда ривожлантирилмоқда.

# ОЁҚ ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИ

## Анатомик-физиологик хусусиятлари

Оёқларда юзаки, чуқур ҳамда комуникант (перфорант) веналари тафовут қилинади. Юзаки веналар катта ва кичик тери ости веналаридан иборат. Катта тери ости венаси оёқ панжасининг медиал чекка венасидан бошланиб, болдир ва соннинг медиал юзаси бўйлаб кўтарилиб, овал тешик орқали сон венасига қуйилади. Катта тери ости венасининг сон венасига қуйилиш жойида унинг бир неча тармоқлари (*v. pubenda externa*, *v. epigastrica superficialis*, *v. circumflexa ileum superficialis*, *v. v. saphena accessoria medialis et lateralis*) қўйилади (1-расм).



• 1-расм. Оёқ веналарининг нормал веноз оқими схемаси.

Кичик тери ости венаси оёқ панжаси латерал чекка венасининг давоми ҳисобланади ва тақим ости соҳасида тақим ости венасига қуйилади. Катта ва кичик тери ости веналари ўртасида кўп сонли анастомозлар бўлади.

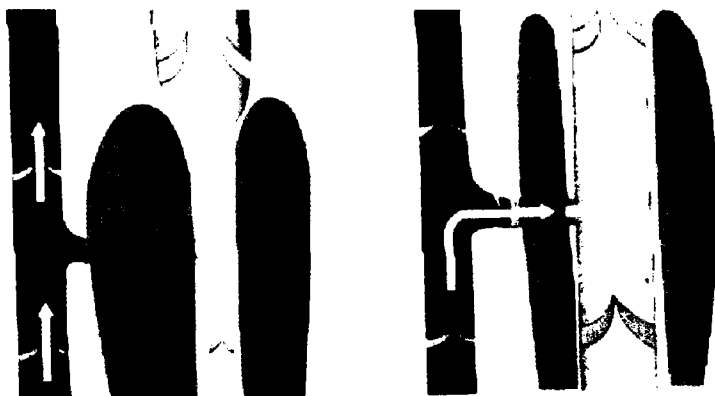
Оёқларнинг чуқур веналари шу номдаги артериялар билан бирга ўтадиган жуфт веналардан ташкил топган бўлиб, олдинги ва орқа

катта болдир веналари қўшилгач, тақим ости венасини ҳосил қилади. Тақим ости венаси сон венасига давом этиб, пупарт бойлами сатҳида ташқи ёнбош венага ўтади, у эса ички ёнбош венаси билан қўшилиб умумий ёнбош венасини ҳосил қилади. Юзаки ва чуқур веналар орасидаги алоқани комуникант веналар амалга оширади.

Веноз клапанлар нормада қоннинг юзаки ва чуқур веналари бўйлаб ретроград (ортга, тескари) оқишига, комуникант веналарда эса, чуқур веналардан юзаки веналарга ретроград оқишига тўсқинлик қилади.

Веноз қон оқими қуйидаги омилларга кўра амалга оширилади:

1. Қон капиллярлар орқали ўтгандан кейинги “қолдиқ босим”.
2. Болдир ва соннинг “мушак-веноз насоси” иши (“веноз юрак” деб ҳам аталади).
3. Ёндош ётган артериялар пульсацияси.
4. Диастола вақтида юракнинг сўриб оладиган таъсири.
5. Нафас олиш вақтида кўкрак қафасидаги манфий босим.



2-расм. Болдир “мушак-веноз насоси” нинг нормадаги схемаси.

Одатда оёқлар ва қўллардан қоннинг 80—90% гача чуқур веналар бўйлаб оқиб ўтади.

### Веналарнинг клапан етишмовчилигини аниқлаш

Оёқ юзаки веналари остиал клапани етишмовчилигини аниқлаш учун Троянов-Тренделенбург ва Гаккенбрух синамаларини ўтказиш лозим бўлади.

Троянов-Тренделенбург синамаси. Бемор горизонтал вазиятда ётиб оёғини юқорига кўтаради. Юзаки веналар бўшагандан сўнг, катта тери ости венасининг сон венасига қуйиладиган жойи топилиб, бармоқ билан босилади ва бармоқни олмасдан туриб беморнинг ўрнидан туриши сўралади. Бу синамани бажаришда, бармоқ билан босмасдан жгут қўйса ҳам бўлади. Нормада катта тери ости

венаси бўшайди, 20—30 секунд ўтгач веналар пастдан юқорига қараб қон билан тўла бошлайди. Агар остиал клапани етишмовчилиги бўлса, бармоқ олингандан (ёки жгут ечилгандан) кейин, веналар тезда юқоридан пастга қараб қон билан тўлади. Троянов-Тренденбург синамаси мусбат бўлгани, катта тери ости венасининг клапанлари етишмовчилигидан дарак беради.

Гаккенбрух синамаси (йўтал турткиси). Бу синамада, бемор йўталганда катта тери ости венаси сон венасига қўйиладиган жойга қўйилган бармоқлар турткини сезади. Гаккенбрух синамасининг мусбатлиги — катта тери ости венаси остиал клапанидаги етишмовчиликни кўрсатади.

Чуқур веналарнинг ўтказувчанлиги Дельбе-Пертес “марш” синамаси ва Пратт-1 синамаси орқали текширилади.

Дельбе-Пертеснинг “марш” синамасини ўтказиш учун бемор тик ҳолатда турганида сонга, фақат юзаки веналарни босиб турувчи боғлам қўйилади. Бемордан 5 дақиқа юриш ёки бир жойда туриб одимлаш (“марш” қилиш) талаб этилади. Бунда тери ости веналарининг пучайиши кузатилади ва бу чуқур веналарнинг ўтказувчанлигидан далолат беради. Юришдан кейин веналарнинг бўртиши ва болдир соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, чуқур веналарда тўсиқ борлигидан ёки жгутдан пастдаги комуникант веналарнинг ишламаслигидан далолат беради.

Пратт-1 синамаси. Болдир айланасига ўлчангандан кейин беморни чалқанча ётқизилади ва веналар бўшалгандан сўнг, оёққа тери ости веналарини босиб турадиган эластик бинт боғланиб, 10 минут юриш таклиф этилади. Оғриқнинг пайдо бўлиши чуқур веналар зарарланганини кўрсатади. Такрор текширувда болдир айланаси ўлчамининг ортиши — чуқур веналарнинг ўтказувчан эмаслигини кўрсатади.

Комуникант веналар клапанларининг ҳолати ҳақида тушунчани Пратт-2 синамаси, уч жгутли Шейнис синамаси ва Тальман синамаси беради.

Пратт-2 синамаси. Ётган ҳолатда тери ости веналари бўшатиладигандан сўнг оёқ панжасидан бошлаб эластик бинт боғланади. Сонга пупарт бойлами устига жгут боғланади. Ўриндан туриш таклиф қилинади. Жгут остига иккинчи эластик бинт боғланади. Сўнгра пастдаги бинт ўрам-ўрам қилиб ечилади, юқоридаги бинтни эса оёққа бинтлар орасида 5—6 см очиқ жой қоладиган қилиб пастга ўралади. Бинтлардан озод бўлган участкада веналарнинг тез тўлиши бу ерда ишламайдиган клапанлари бўлган комуникант веналар борлигини кўрсатади. Уларга кўк дори суртиб белгилаб қўйилади.

Шейниснинг учта жгутли синамаси. Тери ости веналари бўшатиладигандан кейин беморга ётган ҳолатида: соннинг юқори учдан бир қисмига, сон ўртасига ва тиззадан пастга учта жгут қўйилади, ўриндан тик туриш таклиф қилинади. Оёқнинг жгутлар билан чегараланган бирор кесигида веналарнинг тез бўртиб чиқиши шу соҳада клапанлари ишламайдиган комуникант веналар борлигидан далолат беради.

Тальман синамаси. Учта жгут ўрнига юмшоқ резина найчадан ясалган битта узун (2-3 м) жгут ишлатилади. Уни оёққа пастдан юқорига спирал қилиб боғланади. Жгут ўрамлари орасида 5-6 см масофа қолиши керак. Оёқнинг жгутлар билан чегараланган бирор кесигида веналарнинг тез бўртиб чиқиши шу участкада клапанлари ишламайдиган комуникант веналар борлигидан далолат беради.

### **Веналарни текширишнинг махсус инструментал усуллари**

1. Функционал-динамик флебоманометрия. Болдирга эластик бинт солинади, оёқ панжаси латерал томонидаги веналардан бирини пунктирлаб электроманометр билан уланади. Веноз босимни оёқ мушаклари таранг қилингандан (Вальсальви синамаси) ва мушак ишидан (10—12 марта туриб ўтирилгандан) кейин босими ўлчанади. Чуқур веналар ўтказувчанлигида Вальсальви синамасида босим 10—15 мм сув устинига кўтарилади, систолик (мушаклар қисқарганда) ва диастолик (мушаклар бўшаштирилганда) босим 45—50 мм сув устинига ошади, систола-диастола градиенти бирмунча камаяди. Мушак ишидан кейин босим аста-секин дастлабки даражасига қайтади.

2. Тери электротермометрияси — қўшимча усул. Варикоз веналар ва тугунлар устидаги тери ҳароратининг 0,3—0,5°С га юқорилиги оёқни осилтириб ўтиришда ҳароратларнинг фарқи катта бўлиши қайд қилинган.

3. Термография бирмунча кулранг фонда оқиш участкалар кўринишидаги кенгайган веналарни аниқлаб беради.

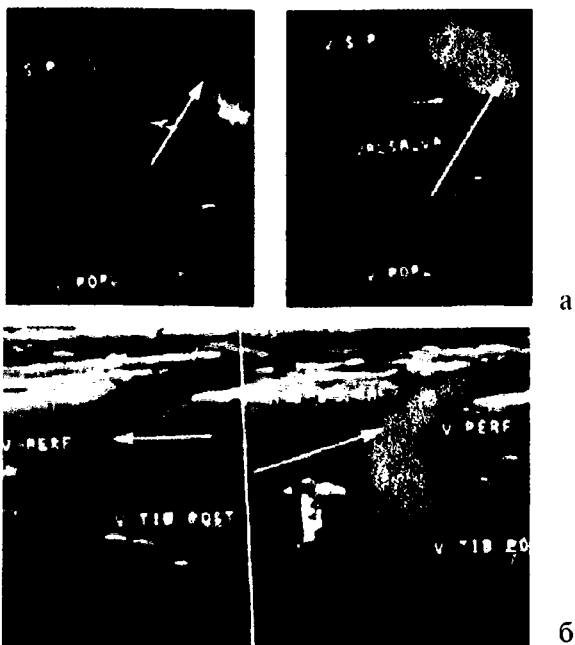
4. Ультратовуш доплерографияси. Бу текширув орқали оёқ веналари қон ўтказувчанлиги, қон оқими тезлиги, клапанлар етишмовчилиги ва регионар қон босими аниқланади.

5. Ультратовуш ангиосканерлаш (ультратовуш дуплекс текшируви). Бу текширув орқали оёқ веналарини ҳолати, ўлчами, ўтказувчанлиги, клапанлар ҳолати ва етишмовчилиги, қон оқими тезлиги ва ҳажми, варикоз кенгайган веналар ҳолати, ичида тромб бор ёки йуқлиги, тромбнинг динамикада ўсиш даражаси каби маълумотларни аниқлаш мумкин. Бу текширув усули ноинвазивлиги ва текширувни кўп марта такрорлаш мумкинлиги туфайли ҳозирги кунга келиб ангиологияда энг яхши маълумот берувчи текширув усулига айланди.

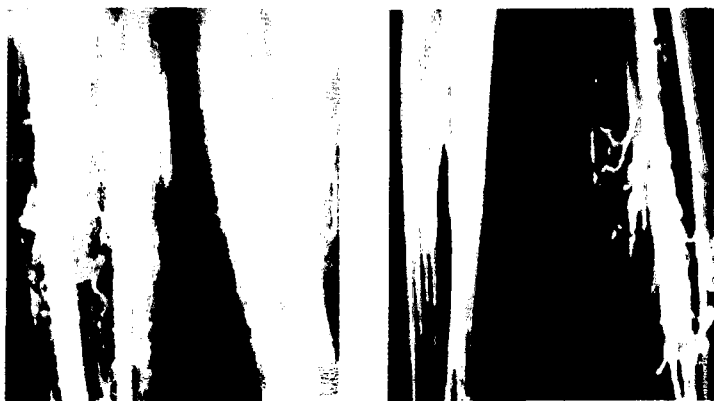
5. Флебография функционал синамалар чуқур веналарнинг ўтказувчанлиги ва комуникант веналарнинг ҳолати тўғрисида аниқ тасаввур бермаган ҳолларда қўлланилади. Контраст модда вена ичига юборилади. Дистал ва проксимал флебография қўлланилади.

Дистал флебографияда контраст модда (ультравист, омнипак, верографин ва б.) оёқ панжаси латерал томонидаги веналарнинг бирига ёки медиал чекка венага юборилади. Текшириш беморнинг вертикал вазиятида функционал синамалардан фойдаланиб (функционал-динамик флебография) ўтказилади. Серияли ангиография





3-расм. Ультратовуш ангиосканерлаш: а) тақим ости венаси, б) комуникант вена ҳолати.



4-расм. Дистал флебография.

қўлланилади: биринчи суратни инъекция қилинган заҳоти (тинчлик фазаси), иккинчисини бемор оёқ учида кўтарилган вақтда (мушак таранглиги фазаси), учинчиси — оёқ учини босиб 10—12 марта туриб ўтирилгандан кейин (релаксация фазаси) олинади. Флебограммаларда чуқур веналарнинг ўтказувчанлиги аниқланади, контрастнинг тутилиб қолишидан эса ишламай қолган комуникант веналарнинг у ерда жойлашганини аниқ билиб олишга муваффақ бўлинади.

Проксимал флебографияда контраст модда сон венасига катта тери ости венасини Сельдингер бўйича пункция қилиш ва катетерлаш йўли билан юборилади. Сон венаси клапан аппаратининг ҳолати ва ёнбош веналарнинг ўтказувчанлиги аниқланади.

## **ОЁҚ ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИ**

Оёқ веналарининг варикоз касаллиги (*varicus venus cruris*) - деганда улар бўшлигининг қопсимон кенгайиши, тери ости веналари узунлигининг ошиши ва илонсимон эгри-бугри бўлиб қолиши тушунилади. Бу касалликда зарарланган оёқда веноз қон айланишининг бузилиши ва трофик ўзгаришлар кузатилади. Ушбу хасталик юзак веналарнинг бутун узунлигида жойлашуви мумкин, чуқур веналарнинг зарарланиши мумкинлиги ҳам аниқланган.

Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши аҳолининг 17—37% да кузатилади. Шифохоналарда у хирургик беморларнинг умумий сонини нисбатан 2,0—3,3% ни ташкил этади. Аёллар эркакларга қараганда 3 марта кўпроқ касалланадилар. В.С.Савельев ва Э.П.Думпе (1970) аҳолининг 15—20% вена касалликлари бўйича операция усулида даво қилинишга муҳтож деб ҳисоблайдилар.

**Этиологияси ва патогенези.** Оёқ веналарининг варикоз касаллиги бирламчи ва иккиламчи деб тафовут қилинади. Агар бирламчи варикоз касаллик клапан етишмовчилиги, веналар тонуси пасайишидан ривожланса ва касалликнинг кўпроқ учрайдиган тури ҳисобланса, веналарнинг иккиламчи варикоз кенгайиши чуқур веналар тромбофлебитидан кейин компенсатор ривожланади.

Веналарнинг варикоз касаллиги ривожланишига доир бир неча назариялар мавжуд бўлиб улар қуйида келтирилган.

Механик назария — касаллик ривожланишини узоқ вақт оёқда туриб қолинганда ёки веналарнинг проксимал бўлимлари эзилганда (масалан, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида) оёқдан қон оқиб кетиши қийинлашуви сабабли веналардаги босимнинг ошиши билан изоҳлайди.

Энг узун вена — катта тери ости венаси гравитацион эффект натижасида юқори қон босими таъсирига учрайди. Шунга кўра бу касалликни яна оёқда туриб бажариладиган касбли мутахассисларнинг касаллиги ҳам деб атайдилар.

Клапан етишмовчилиги ёки ирсий мойиллик назариясининг тарафдорлари касаллик авж олишини веноз клапанларининг туғма бўлмаслиги ёки уларнинг ўсиб етилмаганлиги сабабли функционал етишмовчилиги билан изоҳлайдилар.

Нейроэндокрин назария тарафдорлари организмдаги гормонал қайта қуриш (ҳомиладорлик, менопауза, вояга етиш даври, туғруқ ва б.) туфайли вена деворининг сустлашиб қолишига асосий аҳамият берадилар. Бунда чаноқ аъзоларига қон оқиб келиши кўпаяди, артериола-венуляр анастомозлар очилади ва веналар тонуси пасайиб кетганлигидан қон оқиб кетишга қийинчилик туғдиради.

Қатор тадқиқотчилар веналарнинг варикоз кенгайиши - ривожланишида артериола-венуляр анастомозлар етакчи аҳамиятга эга деб ҳисоблайдилар (Г.П.Алексеев, 1971, В.П.Васютков, 1972). Артериола-венуляр анастомозлар ноқулай омиллар таъсири остида очилиб кетади, натижада оёққа кўп миқдорда қон юқори босим остида туша бошлайди, веналар бўшлиғи кенгайди ва веналарнинг иккиламчи клапан етишмовчилиги ривожланади, варикоз тугунлар пайдо бўлади. Варикоз касаллигининг бу артериал турига Паркс - Вебер - Рубашев касаллиги киради.

Юқорида айтилганлардан веналарнинг варикоз кенгайиши куйидаги қатор омилларнинг бир вақтда таъсир қилиши натижасида келиб чиқиши аён бўлди:

а) мойил қиладиган омиллар: веналарнинг туғма ёки орттирилган ўзгаришлари: фаолият кўрсатмайдиган артериола-венуляр анастомозлар борлиги, нейроэндокрин бузилишлар, вена девори тонусининг пасайиши;

б) келтириб чиқарадиган омиллар: оёқ веналарида босимни оширади ва веноз қон оқиб кетишини қийинлаштиради.

Веналарда қон босими ошиши ва веноз димланиш юзаки веналар, кейинроқ комуникант веналарнинг клапан етишмовчилигига, бу эса ўз навбатида мушаклар қисқарганда қоннинг чуқур веналардан юзаки веналарга оқиб келишига олиб келади. Артериола-венуляр анастомозлар очилади, капиллярлардаги қон оқими пасаяди, стаз ривожланади. Перикапилляр бўшлиқда кўп миқдорда суюқлик, электролитлар, қоннинг шаклли элементлари, плазма оқсили тўпланади. Терида ва тери ости клетчаткасида бириктирувчи тўқима ривожланади, майда томирлар ва капиллярлар деворида гиалиноз ва склероз ривожланади, тўқималарда алмашинув жараёнлари бузилади. Клиник жиҳатдан бу шишлар ва трофик бузилишлар (терида пигментация, дерматит, экзема, яралар) билан намоён бўлади.

### **Классификацияси.**

Анатомик шакллари бўйича: магистрал, сочма, аралаш.

Тарқалиши бўйича: чегараланган, генерализациялашган, ўтиб кетадиган.

Клиник классификацияси:

1) оддий (асоратланмаган) тури, 40 ёшгача учрайди ва ҳамма ҳолларнинг 18% ни ташкил қилади.

2) асоратланган тури, аксарият 50 ёшдан кейин учрайди ва ҳамма ҳолларнинг 32% ни ташкил этади.

Асоратлари: экземалар, пиодермиялар, трофик яралар, тромбфлебитлар, варикоз веналардан қон оқиши.

Касалликнинг босқичлари бўйича:

Компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган.

Қоннинг чуқур веналардан юзаки веналарга ўтиш даражасига кўра варикоз касалликнинг турлари (В.С.Савельев бўйича, 2000).

1. Юқори вено-веноз қон рефлюкси билан ўтадиган варикоз касаллиги (тери ости венаси остиал клапани етишмовчилигида).

2. Паст вено-веноз қон рефлюкси билан ўтадиган варикоз касаллиги (қомуникант веналари етишмовчилигида).

3. Вено-веноз аралаш қон рефлюкси билан ўтадиган варикоз касаллиги.

Россия флебологларнинг 2000 йили ўтказилган йиғилишида варикоз касаллигининг сурункали веноз етишмовчилиги (СВЕ) даражаси, варикоз касаллиги турлари ва асоратларига асосланган янги классификацияси таклиф қилинди:

Варикоз касаллигининг турлари	СВЕ даражаси
1. Тери ичи ва сегментар варикоз, вено-веноз рефлюксиз	0 — йўқ
2. Сегментар варикоз юзаки ва қомуникант веналар рефлюкси билан	1 — "Оғир оёқ" синдроми ва ўтиб кетувчи шиш
3. Тарқалган варикоз юзаки ва қомуникант веналар рефлюкси билан	2 — доимий шиш, гиперёки гипопигментация, липодерматосклероз, экзема
4. Варикоз кенгайиш чуқур веналар рефлюкси билан	3 — Веноз трофик яралари



5-расм. Варикоз касаллигида веноз рефлюкслар схемаси.

веналар борлигидан шикоят қиладилар. Беморларни оёқнинг ўрта даражада оғирлашиши, тўлалиги, вертикал ҳолатда чарчаб қолиши безовта қилади. Оёқда шишлар йўқ ёки кечга томон пайдо бўлади ва дам олингандан сўнг йўқолади. Беморлар меҳнатга лаёқатли бўладилар.

Субкомпенсация босқичида оёқ тез чарчайди, шишгандай сезги пайдо бўлади, оғир тортади, пастки мушаклар тортишади, териси

**Клиник манзараси ва диагностикаси.** Чап оёқ ўнг оёқдан кўра кўпроқ зарарланади, икки томонлама зарарланиш 35—43% ҳолларда учрайди. Беморларнинг 75—80% да катта тери ости венаси, 5—10% кичик тери ости венаси зарарланади, беморларнинг 7—10% патологик жараёнга иккала вена тортилади. Касалликнинг клиник манзараси унинг босқичларига, асоратлари бор-йўқлигига кўра турли-туман бўлади. Касалликнинг кечишида латент фаза, компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация босқичлари фарқ қилинади.

Веноз қон айланиш компенсациясида беморлар тик турилганда рўй-рост кўринадиган ва эгри-бугри йўллар, тугунлар, бўртиб чиққан чигаллар кўринишидаги кенгайган

қичишади, парестезия, болдир ва оёқ панжасида шиш пайдо бўлади. Шишлар кечга томон ёки узоқ вақт оёқда турилганда пайдо бўлади. Тунги дам олишдан кейин эрталаб улар йўқолади, бироқ дам олишдан сўнг ҳамиша йўқолавермайди. Ички тўпиқ устида цианоз ва тери пигментацияси пайдо бўлади.

Декомпенсация босқичида доимий шиш, увишиб қолиш, зарарланган томонда қичишиш пайдо бўлади. Болдир йўғон тортади, цианозга учрайди, шишади. Шишлар тез кетмайди, тунги уйқудан сўнг йўқолмайди. Тўқималарнинг трофик бузилишлари, дерматитлар, склероз, тери ости клетчаткаси индурацияси қўшилади. Варикоз касаллик асоратлари: трофик яралар, тромбофлебитлар, варикоз кенгайган веналардан қон кетиши, иккиламчи лимфедема, экзема қўшилади.

Трофик яралар одатда якка, баъзан кўп сонли бўлади, болдир учдан бир пастки қисмининг ички юзасида жойлашади. Яралар ясси, уларнинг туби силлиқ четлари нотекис шаклда, ажралма кам чиқади.

Варикофлебит — варикоз веналар кенгайиши тромбофлебитида веналар йўли бўйлаб қаттиқлашиши, оғрийдиган зич тугунлар пайдо бўлиши, қизариши ва юриш қийинлашуви ҳамда умумий ва маҳаллий ҳарорат кўтарилиши каби белгилар пайдо бўлиши билан ривожланади.

Веналарнинг варикоз кенгайишидан қон кетиши - юпқалашиб ва тери билан бирикиб кетган вена арзимас даражада шикастланганда юз беради. Шикастланган вена дистал қисмига босувчи боғлам ёки жгут ёрдамида қон кетишини осонгина тўхтатиш мумкин.

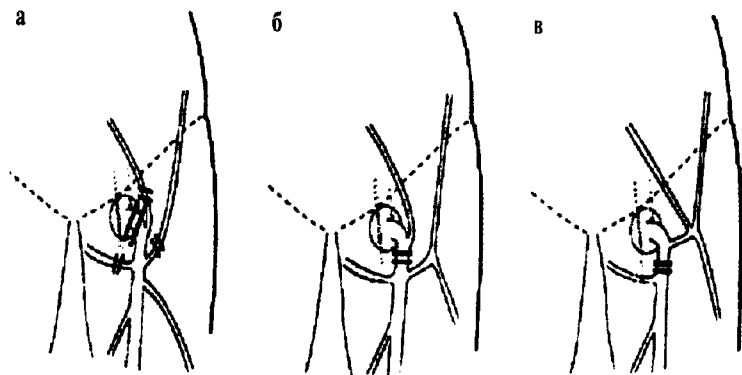
Солиштирма ташхис посттромбофлебитик синдроми, юзаки веналарининг иккиламчи компенсатор варикоз кенгайиши, веналарнинг туғма касалликлари (Паркс — Вебер — Рубашев ва Клиппель — Треноне синдроми) билан ўтказиш лозим.

**Даволаш.** Консерватив муолажа, склерозловчи даво ва жарроҳлик амалиётлари усуллари қўлланилади. Беморни консерватив даволаш касалликдан ҳоли қилмайди, балки асоратларининг олдини олади, зўрайиб кетишдан сақлайди. Уни операцияга монелик қиладиган ҳоллар бўлганда қўллаш мумкин. Консерватив даво комплексига эластик пайпоқ кийиш, оёқни эластик бинтлаш, даволаш физкультураси, беморларни енгил ишга ўтказиш, оғир юк кўтармаслик ва узоқ вақт тик оёқда турмаслик кирради.

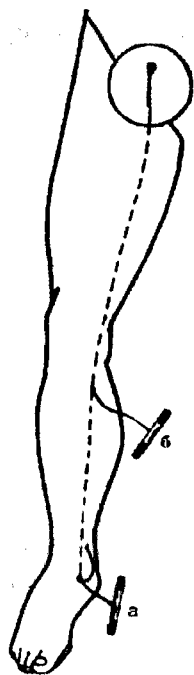
Склерозловчи даво касалликнинг бошланғич босқичида кенгайган веналарнинг айрим тугунлари ёки қисмларини облитерация қилиш учун қўлланилади. Бунда варикоз тугунларга ёки кенгайган веналарга склерозлайдиган эритмалар (этоксисклерол, фибровейн, тромбовар ва б.) юборилади. Инъекция қилинадиган жой дока шарча билан артилади ва дори юборилади, сўнгра оёққа эластик бинт боғланади. Беморга 2—3 соатгача юриш таклиф қилинади.

Хирургик даво варикоз касалликни даволашнинг бирдан-бир радикал усули ҳисобланади. Оғир юрак, ўпка, жигар ва буйрак

хасталиклариди, ҳомиладорлик даврида, кекса одамларда ва йирингли касалликлар бўлганда уни ўтказиб бўлмайди. Операция катта тери ости венасини ва унинг тармоқларини сон венасига қўйилдиган жойидан боғлаш (Троянов — Тренделенбург операцияси ёки кроссэктомия), катта тери ости венасини Бэбкокк бўйича олиб ташлашдан иборат, бунинг учун Бэбкокк ёки Гризенди зонди қўлланилади (6, 7-расм).



6-расм. Кроссэктомия операцияси.



7-расм. Бэбкокк операцияси.

Веналарнинг жуда буралиб кетган участкалари Нарат бўйича кичикроқ кесмалар орқали олиб ташланади.

Ишламай қолган комуникант веналар бўлганда бу веналарни албатта боғлаб қўйиш керак. Операция болдирнинг ички Юзакис бўйлаб 12—15 см узунликда кесиб комуникант веналарни боғлашдан иборат.

Трофик ўзгаришлар бўлмаганда комуникант веналар фасция устидан (Коккет бўйича), тери ва тери ости клетчаткаси трофик ўзгаришларга учраганда эса фасция устидан Линтон бўйича боғланади.

Майда тери ости веналарининг олиб ташланмаган участкалари тери орқали кетгут билан (Шеде - Кохер, Соколов бўйича) қўшимча тикилади.

Ҳозирги вақтда эндоскопик хирургияни авж олиб ривожланиши СВЕ да, комуникант веналар етишмовчилигида, айниқса трофик яралар кучли ривожланганда эндоскопик усулда перфорант веналарни боғлаш катта аҳамиятли даволаш усули ҳисобланади.



8-расм. Линтон (а) ва Фельдер (б) операциялари.



9-расм. Эндоскопик усулда перфорант веналарни боғлаш.

Амалиётдан кейинги даврда беморларга эластик бинтлаш ёки эластик пайпоқлар кийиш, дезагрегантлар, флебопротекторлар ва даволаш машқлари тавсия этилади.

### Ўткир тромбофлебит ва флеботромбоз

Ўткир тромбофлебит ва флеботромбоз бир-бирдан фарқ қилади. Флеботромбозда тромб венанинг соғлом участкасида ҳосил бўлади, сўнгра вена деворининг яллиғланиш реакцияси қўшилади. Тромбофлебитда тромб яллиғланиб, ўзгарган вена деворида ривожланади.

Ўткир тромбофлебит деганда вена деворининг бўшлиғида тромб ҳосил бўлиши билан ўтадиган яллиғланиш тушунилади. Касаллик ривожланишида инфекция, травматик шикастлар, хавfli ўсмаларнинг аҳамияти муҳим. Аксарият тромбофлебит варикоз касаллик кечишини оғирлаштиради.

Тромб ҳосил бўлиши патогенезида веноз девор структурасининг бузилиши, қон оқими пасайиши, қон ивиш хусусиятининг

ошиши аҳамиятли. Чуқур ва юзаки веналарнинг тромбофлебители фарқ қилинади.

Юзаки веналарнинг ўткир тромбофлебители тромб бўлган вена йўли бўйлаб оғриқ, бу оғриқнинг ҳаракат ва жисмоний иш вақтида кучайиши билан юзага чиқади, яллиғланишнинг ҳамма белгилари аниқланади.

Тромб соҳаси кўздан кечирилганда тери қопламларининг гиперемиyasi ва шиши қайд қилинади, пайпаслаб кўрилганда вена йўли бўйлаб шнурсимон оғриқли зичлашма аниқланади, одатда у атроф тўқималардан аниқ чегараланиб туради. Яллиғли инфильтрат атрофдаги тўқималарга ва терига камроқ тарқалади. Оёқнинг зарарланган бўлими ҳажми ўзгармайди ёки 1-2 см га катталашади. Маҳаллий ва умумий ҳарорат кўтарилади. Беморларнинг умумий ҳолати кам ўзгаради, тана ҳарорати субфебрил бўлади. Баъзан тромб йирингли парчаланиб, септик ҳолат вужудга келади.

Касаллик кечиши оғирлашганда катта тери ости вена системаси бўйича юқорига кўтариладиган тромб ривожланиши ва жараён юзаки сон-сон венаси орқали юқорига кўтарилганда, ўпка артерияси тромбоземболиyasi хавфи вужудга келади (1—3%).

**Даволаш.** Агар жараён болдир чегараларидан ташқарига чиқмаса, беморларни амбулатория шароитида консерватив даволаса бўлади. Жараён сонга тарқалганда беморлар шифохонага ётқизилади. Медикаментоз даволаш комплексига бевосита ва билвосита антикоагулянтлар, қон ҳоссаларини, микроциркуляцияни яхшилайдиган препаратлар (аспирин, трентал, венорутон, индометацин, траксивазин, флебодин), яллиғланишга қарши (реопирин, нимесил, диклоберл), десенсибилизация қиладиган (димедрол, супрастин, тавегил ва б.) дорилар киради. Суртмали боғламлар (гепарин, траксивазин, лиотон суртмалари) маҳаллий қўлланилади. Оёқни эластик бинтлар билан бинтланади, юриш тартибга солинади.

Жараён сонга тарқалганда ўринда ётиш, оёқни Беллер шинасида баланд вазиятда қўйиш лозим бўлади. Сон венасининг юқорига кўтариладиган тромбозининг олдини олиш учун Троянов — Тренделенбург (кроссэктомия) усулида шошилиш операция қилиниши керак. Агар беморнинг аҳволи йўл қўйса, тромбланган юзаки веналарни тери участкалари ва инфильтратланган тери ости клетчаткаси билан кесилади (Маделунг операцияси).

Оёқ чуқур веналарининг ўткир тромбофлебитлари ва тромбозлари томирлар ўткир окклюзиясининг энг кўп жойлашадиган соҳасидир. Улар суяк сингандан, операциядан кейин, юрак-томир патологияси бўлган беморларда, қандли диабет билан касалланган кексаларда ва онкологик беморларда ривожланиши мумкин. Веналар тромбози улар ўсмалардан, катталашган бачадон билан босилганда, мушак таранглаштирилганда юз бериши мумкин. Чап ёнбош венаси тромбозида унинг ўнг ёнбош артерияси билан эзлиши аҳамиятга эга.



Клиникаси тромбнинг жойлашган жойига кўра турли-туман бўлади. Агар жараён болдирнинг ҳамма веналарида жойлашмаган бўлса, клиникаси ўзгарган бўлади. Болдир мушакларида ҳаракат қилганда кучаядиган оғриқ, болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш, ҳарорат кўтарилиши қайд қилинади. Оёқ панжаси букилганда болдирда оғриқ пайдо бўлади (Хоманс симптоми). Болдирнинг ўрта учдан бир қисми Рива - Роччи аппарати манжеткаси билан компрессия қилинганда худди шундай оғриқ пайдо бўлади (Лавенберг симптоми).

Болдирнинг ҳар учала чуқур веналари зарарланганда кескин оғриқ, болдирда таранглашиш сезгиси ва шиш, аксарият тери цианози пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади.

Сон венаси зарарланганда сонда шиш пайдо бўлади. Тромбланган вена йўли бўйлаб пайпаслаш оғриқ беради.

Сон ва тақим веналарининг биргаликдаги тромбозда болдир ва сон соҳасида шиш, оғриқ, ҳаракат чекланганлиги пайдо бўлади.

Жараённинг сон венасидан проксимал юқорироққа тарқалиши зарарланган оёқ ҳажмининг ортиши, оғриқ кучайиши, тери қопламлари цианози билан ўтади.

Илеофеморал тромбозда дастлабки кунлар мобайнида оёқда оёқ панжасидан то чов бурмасигача, баъзан эса думба соҳасигача тарқаладиган цианоз ва шиш орта боради. Касалликнинг 2-3-кунига келиб шиш қаттиқ бўлиб қолади, сезувчанлиги пасаяди. Псевдоэмболик ёки оғриқли оқ флегмазия (бу артериялар спазми билан бирга кечади), ҳамда кўк флегмазия (юзаки веналар тромбофлебити билан бирга кечади) фарқ қилинади.

Оқ флегмазияда оёқда тўсатдан пульсация қиладиган оғриқ, унинг муздай бўлиши ва увишиши, сезувчанлиги камайиши, таранг тортиши кузатилади. Тери қопламлари рангпар бўлади. Кўк флегмазияда оёқда шиш ва цианоз анчагина бўлади, у оёқни баланд вазиятда қўйилганда ҳам камаймайди. Периферик томирлар пульсацияси йўқолади. Флегмазиянинг иккала тури баъзан веноз гангрена ривожланишига олиб келади.

Оёқ веналари ўткир тромбозининг диагностикаси касалликнинг клиник манзараси маълумотларига, ультратовуш доплерографияси, ультратовуш ангиосканерлаш ва флебографияга асосланади, бунда тўлиш нуқсони борлиги ёки магистрал веналар “ампутацияси”, дистал веналар кенгайиши аниқланади.

Даволаш комплекс олиб борилиши керак. Операция ўпка артерияси тромбоземболияси ёки веноз гангрена хавфи бўлганда ҳаётий кўрсатмалар бўйича қилинади. Тромбоз жойлашуви ва унинг тарқалишига кўра қуйидаги операциялар бажарилади:

1) сон венасини дистал боғлаш (болдир веналарининг алоҳида тромбозиди);

2) сон-тақим сегментидан тромбозектомия ёки сон венасини боғлаш (сон-тақим сегментининг бирламчи чегараланган тромбозиди);

3) ёнбош венадан тромбозектомия, алоҳида зарарланган ҳолатда;  
4) пастки ковак венапликацияси, унинг бўшлиғида тор каналлар ҳосил қилиш.

5) эндоваскуляр жарроҳликни ривожланиши билан ёнбош веналарида ва пастки кавак венаси тромбозиди, айниқса бу веналар флотацияланувчи тромбозиди ўпка артерияси тромбоземболиясини олдини олиш мақсадида пастки кавак веналарига кавафильтр (зонтиксимон, қум соатига ўхшаш ва б.) ўрнатиш самарали фойда беради ва кам инвазивли муолажа ҳисобланади.

Дори-дармонлар билан даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) бевосита ва билвосита таъсири бўлган антикоагулянтларни (гепарин, фраксипарин, клексан, фрагмин) қон ивиш вақти ва протромбин индексини назорат қилган ҳолда қўллаш;

2) касалликнинг бошида ўриндан турмай оёқ ҳолатини баланд қилиб ётиш;

3) суртмали боғламларни маҳаллий қўлланиш (гепаринли, троксивазин, лиотон суртмалари);

4) тромболитик препаратларни қўллаш (фибринолизин, стрептокиназа, урокиназа);

5) дезагрегацион таъсири бор препаратлар (трентал, курантил, реополиглюкин);

6) яллиғланишга қарши ва оғриқ қолдирадиган препаратлар (аспирин, нимесил, реопирин, диклоберл);

7) флебопротекторлар (троксивазин, детралекс, венорутон, флебодиа).

7) антибактериал даволаш;

8) симптоматик даволаш.

### **Постромбофлебитик синдром (ПТФС)**

Бу оёқ чуқур веналарининг бошдан кечирилган тромбози натижасида ривожланадиган симптомлар комплекси, аҳолининг 1,5—5 фоизиди учрайди. Чуқур веналар тромбозининг энг кўп учрайдиган натижаси тромб реканализацияси, камроқ — тромбланган веналарнинг облитерацияси ҳисобланади.

Тромб ҳосил бўлиш жараёни касаллик бошидан бошлаб 2—3 - ҳафтадан бошланади ва бир неча ойдан 5 йилгача муддатда реканализация билан тугалланади. Зарарланган вена клапанларига шикаст етган ригид склерозланган найчага айланади. Паравазал фиброз ривожланади. Зарарланган чуқур веналарда босим ошиши натижасида аввалига функционал, сўнгра аъзо жиҳатидан фаолиятсиз бўлиб қолган комуникант веналар тизимида босим ортади. Оёқ веналарида рефлюкс юз бериб, у чуқур веналардан тери ости веналарига оқа бошлайди, артериола-венуляр анастомозлар очилади. Болдирнинг учдан бир пастки қисмида, энг йирик перфорант веналар ва ортостатик веноз босим энг юқори бўлган медиал тўпиқ устида

тери ости веналари йўли бўйлаб юради, юзаки чов лимфатик тугунларига қуйилади. Чуқур лимфатик томирлар лимфани чуқур ётган тўқималардан олади, қон томирлар билан бирга юради ва тақим ҳамда чуқур чов лимфа тугунларига қуйилади, булар лимфани юзаки чов тугунларидан ҳам қабул қилади.

Чуқур чов тугунларидан лимфа оқими бел тугунларига ёнбош томирлари ва тугунлари орқали келиб, улар ўнг ва чап бел лимфатик тугунларини шаклантиради. Охиргилари бир-бири билан қўшилиб, кўкрак лимфатик йўлини ҳосил қилади. Лимфатик томирлар деворининг мушак элементлари ва клапан аппарати лимфанинг проксимал йўналишда актив оқишига имкон беради.

Лимфангоит - лимфатик томирларнинг ўткир яллиғланиши, у иккиламчи касаллик ҳисобланади, тери ва маҳаллий йирингли ўчоқларга инфекция тушиб зарарланишининг кўп содир бўладиган асорати ҳисобланади. Лимфангоитлар бирламчи ўчоқ билан бир вақтда ёки ундан анча кейин пайдо бўлади.

Клиникаси жараённинг жойлашувига, инфекция вирулентлигига ва организм реакциясига боғлиқ. Юзаки ва чуқур лимфатик томирлар лимфангоитлари, яллиғланиш характериغا кўра оддий ва йирингли турлари фарқ қилинади.

Юзаки лимфатик томирлар лимфангоити характери бўйича юзаки оддий лимфангоит ёки тўрсимон лимфангоит, шунингдек поясимон лимфангоит кўринишида бўлиши мумкин.

Ўткир юзаки лимфангоитда яллиғланиш майда лимфатик томирларда пайдо бўлади. Тери қизаради, томирлар йўли бўйлаб ипсимон зичлашиш пайдо бўлади. Беморлар ачишиш, қаттиқ қичишиш, умумий лоҳаслик ва ҳарорат кўтарилишидан шикоят қиладилар.

Ўткир юзаки лимфангоитда (поясимон лимфангоит) жараён йирик лимфатик томирларга тарқалади. Бирламчи ўчоқдан регионал лимфатик тугунларгача борадиган қизил йўл-йўл чизиқлар пайдо бўлади. Кейингилари катталашади ва оғриқли бўлиб қолади. Ҳарорат 39°C гача кўтарилади, эт увишиши мумкин. Чуқур лимфатик томирларнинг ўткир лимфангоитида терида ўзгаришлар бўлмайди, бироқ беморлар оёқни боса олмайдилар, шишлар пайдо бўлади, томирлар йўли бўйлаб оғриқ бўлади. Умумий ҳодисалар юзаки лимфангоитга ўхшаш, бироқ оғирроқ ўтади.

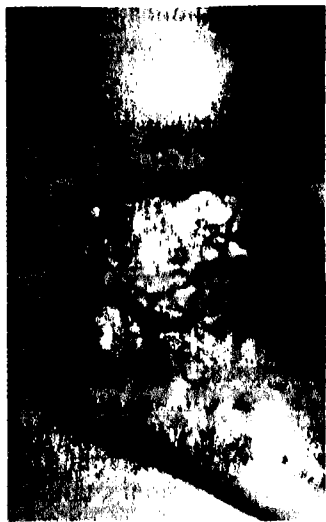
Йирингли лимфангоитда умумий белгилар юзага чиққан, ҳарорат 39°C гача кўтарилади, эт увишади. Умумий беҳоллик бўлади, оёқ-қўллар қақшаб оғрийди. Баъзан касаллик кечиши абсцесс, флегмона, сарамас, тромбофлебит, камқонлик ва сепсис ривожланиши билан оғирлашади.

Даволаш. Аввало бирламчи ўчоққа даво қилиш керак. Осойишта шароит ва оёқларни иммобилизация қилиш, ёғли боғламлар, антибактериал даволаш тавсия қилинади.

ўзгаришлар айниқса чуқур бўлади. Микроциркуляциянинг бузилишлари трофик яралар ҳосил бўлишига сабабчи ҳисобланади.

Клиникаси. Энг эрта симптом — зарарланган оёқда оғирлик сезгиси ва оғриқ, булар узоқ вақт оёқ устида турилганда кўпаяди ва бемор оёғини кўтариб ётганида камаяди.

Тунги вақтларда ва узоқ вақт тик туриб қолишда аксарият болдир мушакларида тортишиш пайдо бўлади. Оёқдаги шиш ҳатто тунги уйқудан кейин ҳам йўқолмайди. Ёнбош веналар зарарланганда шиш бутун оёқни қамраб олади, сон венаси зарарланганда болдир ва соннинг учдан бир пастки қисмини, болдирнинг чуқур веналари тромбозида — тўпиқлар соҳасини ва оёқ панжасини эгаллайди. Беморларнинг 65—75 фоизида веналарнинг варикоз кенгайиши ривожланиб, у катта ва кичик тери ости веналари системасини эгаллайди. Ёнбош веналари зарарланганда олдинги қорин девори тери ости веналари кенгайган. Болдир учдан бир пастки қисми тўқималари, айниқса, тўпиқ медиал соҳасининг индурацияси характерли. Тери ва тери ости ёғ тўқимаси зич, ҳаракатсиз, қўнғир ёки тўқ жигар ранг тусда. Кўпинча ўзгариб қолган терида қаттиқ қичиштирадиган нам экзема пайдо бўлади. Шу ернинг ўзиде трофик яралар жойлашган улар узоқ вақт, қайталаниб кечади. Трофик яралар якка-якка ёки кўп сонли, четлари склерозланган, туби силлиқ, юмшоқ грануляциялар билан қопланган, оз-моз сувланиб туради.



10-расм. Болдир ва тўпиқ соҳаларидаги трофик яралар.

ПТФС нинг 4 клиник тури: шиш-оғриқли, варикоз, яралари ва аралаш турлари фарқ қилинади.

Илгари чуқур веналар тромбози бўлиб ўтганлиги ПТФС дан да-лолат беради. Дельбе-Пертес ва Пратт-1 функционал синамалари-

нинг натижалари чуқур веналар ўтказувчанлиги бузилганлигини кўрсатиб, диагнозни тасдиқлайди.

Ультратовуш Допплер текширувида тромблашган веналарда қон оқими йўқолиши ёки сусайиши, қонни юзаки веналарда оқиши тезлашуви, ультратовуш дуплекс текширувида эса тромблашган веналар интима-медиа ҳолати, ичидаги тромб ҳолати, вена ўтказувчанлиги, комуникантлардаги қон оқими, тезлиги ва ҳажмлари ҳақида маълумотлар аниқланади. Текширув натижаси тўлиқ қониқтирмаган ҳолатда динамик флебография маълумотлари ташҳисни тасдиқлайди.

Дифференциал ташҳисни варикоз касаллиги, Паркс - Вебер синдроми, юрак ва буйрак касалликлари, чаноқ ўсмалари, лимфедема касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш комплекс тарзда олиб борилади.

Консерватив даво:

- 1) эластик бинтлар тақиш;
- 2) сийдик ҳайдовчи воситалар;
- 3) рационал ишга жойлаштириш;
- 4) десенсибилизация қиладиган даво;
- 5) микроциркуляцияни яхшилайдиган воситалар;
- 6) трофик яраларда антибиотиклар ва антисептиклар, протелиolitik ферментлар тайинланади;
- 7) дерматитлар ҳамда экземада таркибида Рух ёки тальк бўлган аралашмалар, фторокорт, флуцинар, куриозин.
- 8) флебопротекторлар.

Жарроҳлик усулида даволаш. Қуйидагиларни амалга ошириш учун кўп сонли амалиётлар таклиф қилинган:

1. Пайдан тақим венаси экстравазал клапанини яратиш (Псатакис жарроҳлик амалиёти).

2. Зарарланган оёқдан соғлом томонига кесишма аутовеноз қов усти сафено-сон шунти орқали қон оқиб кетишини вужудга келтириш (Пальма жарроҳлик амалиёти).

3. Венанинг зарарланган соҳасини тери ости венасидан олинган трансплантат билан алмаштириш.

ПТФС ни даволашда юзаки ва комуникант веналардаги жарроҳлик амалиётлари (Бэбкокк бўйича флебэктомия, Линтон, Коккет, Фельдер жарроҳлик амалиётлари ҳамда эндоскопик усулда перфорант веналарни боғлаш) ва фасциопластика энг кўп тарқалган. Операциядан кейинги даврда доимий эластик бинтлаш тавсия қилинади.

## **ЛИМФА ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

### **Анатомик-физиологик маълумотлар**

Капиллярлар тармоғини ҳосил қиладиган лимфокапиллярлар лимфатик тизимининг илдизлари ҳисобланади. Юзаки ва чуқур лимфатик томирлар фарқ қилинади. Юзаки лимфатик томирлар лимфани тери ва тери ости клетчаткасидан йиғиб, катта ва кичик

## Оёқлардаги сурункали лимфостаз (филсимон касаллик)

Тери, тери ости клетчаткаси ва фасцияда лимфа ҳосил бўлишининг бузилиши, шунингдек лимфа оқимининг бузилиши билан боғлиқ. Кўпроқ аёлларда учрайди.

Лимфостазнинг туғма ва орттирилган формалари фарқ қилинади. Лимфостазнинг туғма формалари лимфатик системанинг ўсиб етилмаганлиги билан боғлиқ бўлган филсимон касалликнинг ирсий шакллари маълум.

Орттирилган ёки иккиламчи лимфостаз ривожланишига оёқлардан лимфа оқиб кетишини қийинлаштирадиган омиллар сабаб бўлади: жарроҳлик амалиётидан кейин қолган чандиқлар, юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари, лимфатик томирлар олиб ташлангандан кейин унинг зонасидаги ўзгаришлар, нур билан даволаш, теридаги, тери ости клетчаткасидаги лимфатик томир ва тугунлардаги шикастланишлар, сарамас яллиғланиши, лимфангоит ва лимфаденитлар шулар қаторига кирилади.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик кечишида иккита босқич фарқ қилинади. Биринчи босқич — лимфедема босқичи бармоқлар асосида, оёқ панжаси орқасида, болдир-товон бўғими соҳасида шишлар пайдо бўлиши билан характерланади. Шиш юмшоқ, оғримайди, эрталаб дам олиб турилгандан кейин йўқолади. Шишган тўқималар устидаги тери осонгина бурмалар ҳосил қилиб йиғилади.

Иккинчи босқичи — фибредема босқичи бир неча йилдан кейин юз беради. Шиш оёқнинг проксимал бўлимларига тарқалади, зич ва доимий бўлиб қолади, узоқ вақт горизонтал ҳолатда бўлишда ҳам йўқолмайди; терини бурма қилиб йиғиб бўлмайди. Оёқ ҳажми катталашади, шакли ўзгариб қолади, иш қобилияти пасайиб кетади. Терида гиперкератоз ва гиперпигментация ривожланади. Сўгалсимон ўсиб қалин тортган тузилмалар ҳосил бўлади. Филсимон касаллик ёриқлар ва яралар билан зарарланганда мўл лимфорея кузатилади. Зарарланган оёқ айланаси соғлом оёқдан 30—40 см га ошган бўлади.

Бевосита лимфография — лимфограммалар асосида узил-кесил ташхис қўйишга имкон беради, зарарланган оёқда лимфа оқадиган йўллар кўрилади, лимфостазнинг иккиламчи формаларида тўсиқ борлиги ва даражаси аниқланади.

**Даволаш.** Консерватив даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) оёқни эластик бинтлар билан бинтлаш, эластик пайпоқлар кийиш;

2) тўқималар трофикасини (витамин В<sub>1</sub>, С, рибофлавин), қон айланишини (галидор, но-шпа), микроциркуляцияни (трентал, никотин кислотаси, компламин) яхшилайдиган препаратлар;

3) десенсибилизация қиладиган воситалар (супрастин, тавегил, димедрол);

4) яллиғланишга қарши даволаш (нимесил, диклоберл, реопирин);

5) гиалуронидаза таъсири бор препаратлар (лидаза) ва биологик стимуляторлар (шишасимон тана), ҳамда ферментлар (вобэнзим, флобэнзим);

6) даволаш жисмоний тарбияси, физиотерапевтик ва бальнеологик даволаш.

Консерватив даволаш вақтинча наф беради. Филсимон касалликни даво қилишнинг ишончли усули жарроҳлик усули ҳисобланади.

Зарарланган томондаги склеротик ўзгарган тери ости ёғ тўқимаси ва фасциясини қисқа кесиб қилинадиган пластик жарроҳлик амалиётлари қўлланилади. Бироқ бу жарроҳлик амалиёти шикастлантирувчи, унда ёғ эмболияси ривожланиши, тери лахтаги жонсизланиши ва касалликнинг қайталаниш хавфи бўлади.

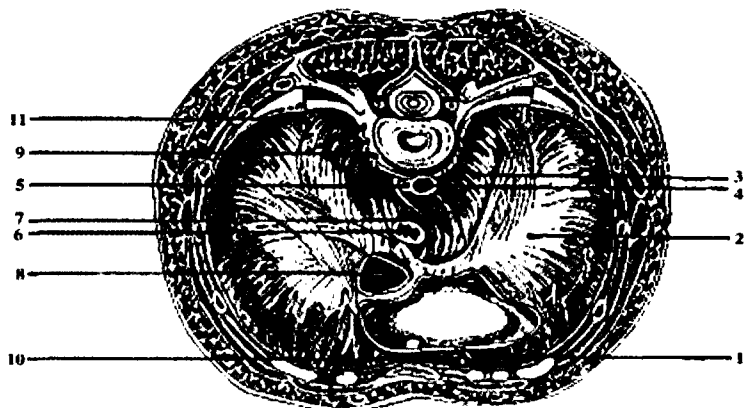
Жарроҳлик амалиётларининг иккинчи гуруҳи юзаки лимфатик томирлар ва тери ости веналари тармоқлари ўртасида скамп учбурчаги соҳасида ёки тақим чуқурчаси соҳасида микрожарроҳлик усули лимфо-веноз анастомозлар қўйишдан иборат.

Одатда 6—10 та лимфо-веноз анастомозлар қўйилади. Бу жарроҳлик амалиёти патогенетик жиҳатдан асосланган ва зарарланган оёқдан лимфа оқиб кетишини яхшилашга қаратилган. Бундай амалиётга микрожарроҳлик ва лимфографияни жорий қилиниши туфайли муваффақ бўлинди.

## ДИАФРАГМА КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Диафрагма (diaphragma - юнунча «тўсиқ») ёки тўш-қорин тўсиғи, кўкрак бўшлиғи аъзоларини қорин аъзоларидан ажратиб туради. У ясси юпқа мушакдан иборат бўлиб, унинг толалари кўкрак қафасининг пастки гумбаз қисмининг бутун доираси бўйича бошланиб, юқорига боради ва радиал ҳолда пай тизмасига ўтиб, ўнг ва чап томондан кўкрак бўшлиғига чиқиб турадиган гумбазсимон қабариқлар ҳосил қилади. Шунга мувофиқ ҳолда диафрагмада иккита қисм фарқ қилинади: марказий пай қисми ва чекка-мушак қисми. Кейингиси яна уч қисмга: тўш, қовурға ва бел қисмларига бўлинади.



1-расм. Диафрагма (кўкрак қафаси томонидан кўриниши):

1 - кўкрак қисми; 2 - қовурға қисми; 3 - бел қисми; 4 - аорта; 5 - кўкрак лимфатик йўли; 6 - қизилўнғач; 7 - адашган нервлар; 8 - пастки ковак вена; 9 - қорин нервлари, симпатик тутамлар; 10 - Ларрей - Морганьи ёриғи; 11 - Богдалек ёриғи.

Диафрагманинг кўкрак қисми бироз нозикроқ ифодаланган бўлиб, баъзи ҳолларда эса, ҳатто бўлмаслиги мумкин. Одатда у тўш-ханжарсимон ўсиғининг ички юзаси ва қорин тўғри мушаклари қинининг орқа варағидан бошланадиган бир неча калта тутамлардан иборат бўлади. Диафрагманинг бу қисми клетчатка билан тўлган кичкина ва тор учбурчак ёриқ — кўкрак-қовурға бўшлиғи ёки Ларрей учбурчаги билан қовурға бўлимидан ажралган бўлади.

Қовурға қисми VII—XII қовурғалар тоғайларининг ички юзасидан кўндаланг қорин мушаги ўсиқлари билан навбатлашадиган алоҳида мушак тутамларидан бошланади, сўнгра юқорига кўтарилиб пай марказига ўтади ва диафрагма гумбазларининг каттагина қисмини ҳосил қилади.



Қовурға қисми, Боғдалек учбурчаги номини олган бошқа, худди шундай учбурчак ёриқ воситасида диафрагманинг кучлироқ ифодаланган бел қисмидан ажратилган.

Диафрагманинг бел қисми ҳар томонлама учта мушак “оёқча”-лар: ташқи, оралиқ ва ички “оёқча”лардан ташкил топган бўлади. Диафрагманинг қизилўнғач тешиги кўпчилик тадқиқотчиларнинг маълумотларига биноан унинг асосан ўнг ички “оёқча”си ҳисобига ҳосил бўлади. Қизилўнғач тешиги барча томони берк тоғорасимон шаклга эга бўлиб, XI кўкрак умуртқаси сатҳида, аксарият ўрта чизикдан бирмунча чап томонда жойлашади.

Диафрагма қизилўнғач тешигининг эни нормада 1,0 см дан 3 см гача бўлиб, узунлиги эса 3,5 дан 6 см гача катталиқка эга бўлади. Диафрагманинг қизилўнғач тешиги орқали қизилўнғачдан ташқари, чап ва ўнг адашган нервлари ўтади.

Диафрагма ўпка билан туташган жойларда ва диафрагмал-медиастинал, ҳамда диафрагмал-қовурға синуслар соҳасида плевра билан қопланган бўлиб, унинг пайдан, қорин ичи фасциясининг бир қисми ҳисобланган бириктирувчи тўқима пластинкаси бошланган бўлади.

Диафрагмани жуфт мушак — диафрагмал артерия (a. musculophrenica) лар ва аортанинг жуфт тармоқлари: юқориги диафрагмал артерия ва олтита пастки қовурғаларо артериялар орқали қон билан таъминланади. Диафрагманинг асосий артериялари ўнг ва чап пастки диафрагмал артериялар бўлиб, улар аслини олганда бутун диафрагмани у ёпишган чизик бўйлаб васкуляризация қилади.

Кўп сонли лимфатик томирлар диафрагма қатламларига мувофиқ жойлашган тўрлар ҳосил қилади. Диафрагмадан лимфа оқиши, унинг мушак-пай элементлари қисқариши туфайли, кўп сонли лимфатик тугунлар воситасида рўй беради.

Диафрагма иккита диафрагмал нервлар (n. n. phrenici), иккала томондаги олтита пастки қовурғаларо нервлар (n. intercostalis) тармоқларидан иннервация қилинади, шунингдек ўнг ва чап диафрагмал чигалларидан нерв толаларини олади.

### ДИАФРАГМА ЧУРРАЛАРИ

Диафрагма чурраси деб, қорин бўшлиғи аъзоларининг диафрагмадаги туғма ёки орттирилган нуқсон орқали кўкрак бўшлиғига сурилишига айтилади.

**Классификацияси ва клиникаси.** Барча диафрагмал чурралар иккита катта синфга: травматик ва травматик бўлмаган чурралар турларига бўлинади. Чурра қопининг бор ёки йўқлигига боғлиқ ҳолда, чурралар сохта ва чин чурралар деб ҳам номланади. Травматик диафрагмал чурралар одатда сохта бўлиб чиқади, бироқ чин бўлиши, яъни қорин чурраси қопига эга бўлиши ҳам мумкин, бу кўкрак-

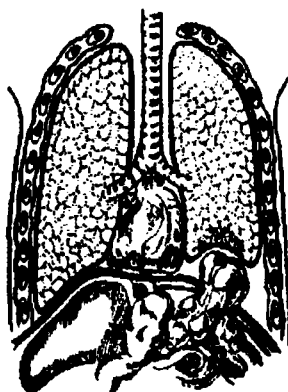
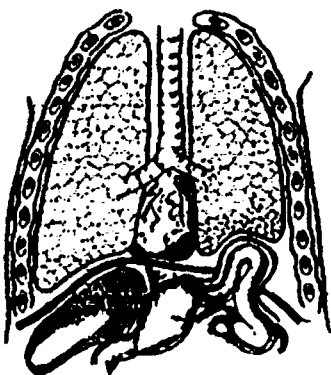
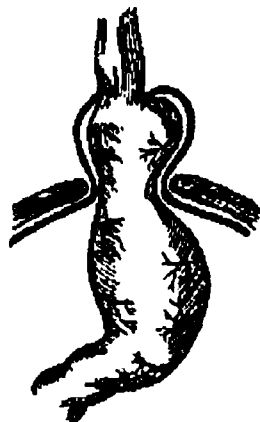
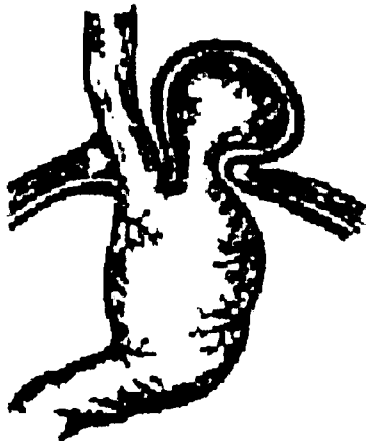
қорин түсігининг жароҳати ҳажмига боғлиқ бўлади. Травматик бўлмаган чин диафрагма чурралари қаерда жойлашганидан қатъи назар, туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Диафрагмал чурраларининг турланиши (классификацияси) қуйидаги келтирилган (Б. В. Петровский бўйича):

Травматик чурралар: сохта ва чин.

Травматик бўлмаган чурралар:

1. Сохта туғма чурралар.
2. Диафрагма кучсиз соҳаларининг чин чурралари.
3. Атипик локализацияли чин чурралар.
4. Диафрагма табиий тешикларининг чурралари:
  - а) қизилўнғач тешиги чурраси;
  - б) диафрагма табиий тешикларининг кам учрайдиган чурралари.



2-расм. Диафрагмал чурраларининг турлари:

а - параэзофагеал чурра; б - диафрагманинг қизилўнғач тешигининг чурраси;  
в - чин диафрагмал чурра; г - сохта диафрагмал чурра.

**Диафрагмал чурраларнинг умумий симптоматикаси.** Диафрагмал чурраларнинг клиник кўринишлари учта асосий омилга боғлиқ бўлади:

1. диафрагмадаги нуқсон орқали кўкрак қафасига тушган чурра дарвозаларидаги қорин бўшлиғи аъзоларининг эзилиши ва буралиб қолиши;

2. чуррага тушган қорин бўшлиғи аъзоларининг ўпкага компрессияси ва кўкс оралиғи сурилиши;

3. дифрагма функцияларининг бузилиши ва тўхташи.

Шунга мувофиқ ҳолда диафрагмал чурраларда учрайдиган барча симптомлар қуйидагиларга бўлиниши мумкин:

а) жойи ўзгарган қорин бўшлиғи аъзолари фаолиятининг бузилиш муддати ўзига боғлиқ гастроинтестинал белгилар;

б) ўпканинг эзилиши ва юракнинг сурилишига боғлиқ кардиореспиратор симптомлар.

Беморлар тўш ости соҳасида, кўкрак қафасида, қовурғалар остидаги оғирлик сезгиси ва оғриқдан, айниқса кўпроқ овқат ейилгандан кейин пайдо бўладиган нафас қисиши ва юрак уришига шикоят қиладилар. Кўпинча чурра томондаги кўкрак қафасида билқиллаган ва қулдираган товушлар эшитилади, бемор горизонтал ҳолатда ётганда нафас қисиши кучаяди.

Овқатлангандан сўнг бемор еган овқатини қайт қилгач кейин ўзини бирмунча енгилроқ ҳис қилади. Қизилўнғачнинг ҳам буралиб қолиши билан кечадиган меъда буралишида, парадоксал дисфагия белгилари ривожланиди (қаттиқ овқат суюқ овқатдан кўра осонроқ ўтади). Клиник белгиларнинг юзага чиқиш даражаси, бевосита меъда-ичак йўллариининг тўлиқлик даражасига боғлиқ бўлиши, катта диагностик аҳамиятга эга.

Кўкрак қафасининг тегишли ярмидаги ёки эпигастрал соҳадаги қаттиқ оғриқнинг орқага, куракларга ўтиши - диафрагмал чурраининг қисилиб қолганидан дарак беради. Ковак аъзонинг қисилиб қолиши, унинг деворини некрозга учраши ёки тешилиши, пиопневмоторакс ривожланишига ва унинг авж олишига олиб келиши мумкин.

Анамнезда жароҳатланиш бўлгани, юқорида санаб ўтилган шикоятларнинг борлиги, зарарланган томонда кўкрак қафаси ҳаракатчанлигининг пасайиши ва қовурғалараро ораллиқларнинг кенгайганлиги, узоқ муддатдан бери мавжуд бўлган чурраларда — қориннинг ичга ботиши, кўкрак қафасининг тегишли ярми устида тўмтоқ товуш ёки тимпанитнинг аниқланиши, меъда ва ичакларнинг тўлиш даражасига кўра товуш кучининг ўзгариши, бу соҳада ичак перистальтикаси ёки чайқалиш шовқини эшитилаётганда нафас шовқинларнинг сустлашиши ёки мутлақо бўлмаслиги, кўкс ораллиғидаги тўмтоқ товушнинг соғ томонга сурилиши, диафрагмал чурра борлиги ҳақида далолат беради.

Одатда, узил-кесил диагноз рентгенологик теширув натижасига қараб қўйилади. Рентгенологик манзарада: кўкрак қафасига сурил-

ган қорин аъзолари табиати ва ҳажмига, меъда-ичак йўллариининг тўлиш даражасига боғлиқ.

Меъда тушишида кўкрак қафасининг чап томонида суюқлик ичиш ва овқат ейишда кўтариладиган катта горизонтал сатҳ, кўриниб туради. Ингичка ичак ковузлоқлари тушганда ўпка майдони фонида айрим ёруғланган ва қоронғуланган қисмлар кўриниб туради. Талоқ ёки жигарнинг сурилганлиги ўпка майдонининг тегишли бўлимида қоронғуланиш беради. Айрим беморларда диафрагма гумбази ва ундан юқорида жойлашган қорин аъзолари яхши кўриниб туради.

Меъда-ичак системаси аъзоларини контраст модда ёрдамида текширилганда, чуррага тушган аъзоларнинг таркиби ва табиати аниқланади. Чуррага тушган аъзоларни диафрагмадаги тешик сатҳида босиб кўриш асосида (чурра дарвозалари симптоми) чурра дарвозаларининг жойлашган жойи ва ўлчамлари аниқланади.

**Даволаш:** диафрагмал чурраларда сиқилиш имконияти борлигини ҳисобга олиб, профилактик ниятда операция қилиш керак бўлади. Чурра ўнг томонлама жойлашганда операцияни IV қовургалар орасида бажариладиган трансторакал кесма (йўл) орқали қилинади, парастернал чурраларда қулайроқ кесма юқори-ўрта лапаротомия, чап томонлама чурраларда эса VII—VIII қовургаларо трансторакал кесмалар тавсия этилади. Амалиёт жараёнида битишмалар ажратилгач, диафрагмадаги нуқсон четлари озод қилингандан сўнг, сурилган аъзолар қорин бўшлиғига жойлаштирилади ва нуқсон алоҳида тугунли чоклар ёрдамида дубликатура ҳосил қилиб тикилади.

Нуқсон ўлчамлари катта бўлганда диафрагмани капрон, нейлон, тефлон кабилардан тайёрланган протезлар ёрдамида (аллопластика) мустаҳкамлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Парастернал чурраларда (Ларрей чурраси, ретростернал чурра) сурилган аъзолар ўз бўшлиғига жойлаштирилади, чурра халтаси кесиб олиб ташланади, диафрагма нуқсони четларига ва қорин мушаклари қинининг орқа варағига, суяк устки пардаси, тўш ва қовургаларга биринкетин П-симон чоклар қўйилади.

Қисилган диафрагмал чурраларда трансторакал йўл билан килирилади, қисиб турган ҳалқа кесилгач, чурра халтасининг таркибини ташкил қилувчи аъзолар синчковлик билан текширилади. Аъзининг яшашга мойиллиги сақланган бўлса, уни қорин бўшлиғига киритилиб, чурра дарвозаси дефекти бартараф этилади. Агарда ҳаётга нолойиқ ҳолат топилса, яъни аъзо ортга қайтмас ўзгаришларга учраган бўлса, уни олиб ташлаш лозим бўлади.

**Диафрагманиннг қизилўнгач тешиги чурралари.** Диафрагманиннг табиий тешикларидан кўп ҳолларда чурра чиқадиган жой қизилўнгач тешиги ҳисобланади. Чурраниннг айни шу тури кўкрак, қорин бўшлиқлари тўсиғининг кўпроқ тарқалган патологияси ҳисобланади.

Қизилўнғач тешиги чурраларининг классификацияси (Б. В. Петровский бўйича):

I. Қизилўнғач тешигининг сирпанувчан типдаги чурралари:

- 1) қизилўнғач тешигининг қизилўнғач чурраси;
- 2) қизилўнғач тешигининг кардиал чурраси;
- 3) қизилўнғач тешигининг кардио-фундал чурраси.

II. Қизилўнғач тешигининг параэзофагиал типдаги чурраси:

- 1) қизилўнғач тешигининг фундал чурраси;
- 2) қизилўнғач тешигининг антрал чурраси;
- 3) қизилўнғач тешигининг ичак чурраси;
- 4) қизилўнғач тешигининг қўшма меъда-ичак чурраси;
- 5) қизилўнғач тешигининг чарви чурраси.

III. Қизилўнғач тешигининг гигант (катта) чурралари:

- 1) қизилўнғач тешигининг субтотал меъда чурраси;
- 2) қизилўнғач тешигининг тотал меъда чурраси.

IV. Калта қизилўнғач:

- 1) орттирилган калта қизилўнғач;
- 2) туғма калта қизилўнғач.

**Клиник манзараси ва диагностикаси.** Диафрагма қизилўнғач тешигининг сирпанувчан чурраларида симптомлар рефлюкс-эзофагит билан боғлиқ бўлади. Беморлар тўш орқасида, ханжарсимон ўсиқ сатҳида, тўш остида, қовурғалар остидаги ачиштирадиган ёки лўқиллаган оғриқдан шикоят қиладилар, бу оғриқ юрак, кураклар ёки чап елкага берилади.

Аксарият беморларни терапевтлар стенокардия касаллиги бўйича кузатиб борадилар. Оғриқ бемор горизонтал вазиятда бўлганда ва жисмоний ҳаракат қилганда, гавдасини олдинга энгаштирганда, яъни меъда-қизилўнғач рефлюкси осон содир бўлганда кучаяди. Оғриқ вақтида беморларда кекириш, зарда бўлиши ва қайт қилиш кузатилади. Вақт ўтиши билан беморларда дисфагия пайдо бўлади, кўпинча у ўзгарувчан характерга эга бўлади ва қизилўнғачнинг пептик структураси ривожланганда доимий тус олади.

Кўпроқ учрайдиган симптоми қон кетиши, одатда у яширин бўлади, камдан-кам қирмизи-қизил ёки кофе қуйқаси рангидаги қон, қора рангдаги қатронсимон нажас белгилари билан намоён бўлади. Анемия (камқонлик) касалликнинг бирдан-бир аломати бўлиши мумкин.

Қон кетиши диапедез йўли билан пептик эзофагитда эрозиялар ва яралардан содир бўлиши мумкин. Диафрагма қизилўнғач тешиги чурраларига диагноз қўйишда контраст модда ёрдамида бажарилган рентгенологик текширув ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Текшириш беморни вертикал ва горизонтал вазиятида, баъзан эса кўрсатмага қараб Тренделенбург вазиятида ўтказилади.

Сирпанувчан чурраларда меъда кардиал бўлими шиллиқ пардаси бурмаларининг диафрагмадан юқоригача давом этиши, қизил-

ўнғачнинг қисқарган-қисқармаганлиги, Гис бурчагининг очиқлиги, қизилўнғачнинг меъдага баландроқда ўтиши, газ пуфаги ҳажмининг кичрайиши, меъдадан қизилўнғачга контраст модда рефлюкси қайд қилиниши муҳим диагностик омиллардан ҳисобланади. Кардиянинг диафрагма устида жойлашуви, диафрагма қизилўнғач тешиги кардиал чуррасининг патогномоник белгиси ҳисобланади. Эзофагоскопия қизилўнғачнинг узунлигини аниқлашга, эзофагит белгиларининг оғир ёки енгиллигига баҳо беришга, кардия етишмовчилиги даражасини аниқлашга ва яра нуқсонлари малигнизациясини истисно қилишга имкон беради.

Параэзофагиал чурралар фунда, ичак, ичак-меъда, чарви турларига бўлинади. Одатда бу ҳолатларда, кардия жойида қолади, диафрагманинг қизилўнғач тешиги орқали эса қизилўнғач яқинида меъда ва ичакларнинг кўкс ораллигига сурилиши рўй беради. Сирпанувчан чурралардан фарқли равишда параэзофагиал чурраларда қисилишининг ривожланиш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Параэзофагиал чурраларда клиник манзара чурранинг тури ва ичидаги таркибий қисмига, атрофдаги аъзоларнинг сурилиш даражасига боғлиқ бўлади. Бунда кардиянинг ёпиш фаолияти бузилмаган бўлади. Меъда-ичак ёки юрак-ўпка аъзолари фаолиятининг бузилишига шикоятлар устунлик қилиши мумкин. Кўпинча меъданинг кўкрак бўшлиғига сурилиши содир бўлади, бунда эпигастрал соҳада ва тўш орқасида овқатланишдан сўнг дисфагия, кекириш ва ундан сўнг оғриқлар вужудга келади. Чурра қисилганда эса, кескин оғриқ, қон аралаш қусиш кузатилади.

Меъдани контраст модда билан тўлдирилиб ўтказиладиган рентген текширувида, кардиянинг диафрагмага нисбатан жойлашуви аниқланади. Меъданинг кўкрак қафасига сурилган қисми ҳолати ва унинг қизилўнғач ҳамда кардияга ўзаро муносабати ўрганилади. Ҳозирги вақтда диафрагмал чурраларини диагностика қилишда УТТ, КТ ва МРТдан кенг фойдаланилмоқда.

**Даволаш.** Диафрагманинг қизилўнғач тешиги асоратланмаган сирпанувчан чурраларида меъда-қизилўнғач рефлюксини пасайтиришга, эзофагит ҳодисаларини камайтиришга, қорин бўшлиғи ичидаги босим ошишининг олдини олишга қаратилган муолажалар олиб борилади. Беморларга танасининг бош томонини баланд кўтариб қўйиб ухлаш, гавдани рефлюкс пайдо бўлишини енгиллаштирадиган ҳолатларга йўл қўймаслик, ичак фаолиятини мунтазам равишда кузатиб туриш тавсия қилинади.

Қизилўнғач тешиги чурраси борлигига боғлиқ ҳолда касалликнинг клиник манзараси оғир беморларда терапевтик чораларнинг натижа бермаслиги, жарроҳлик усулда даволаш учун бош кўрсатма ҳисобланади.

Операция қорин аъзоларини жойига солиш ва диафрагманинг қизилўнғач тешиги дефектини бартараф этишдан иборат. Пара-

эзофагиал чурра кардия етишмовчилиги билан бирга келганда Ниссен таклиф этган усул бўйича фундопликация операция амалга оширилади.

### **Диафрагма релаксацияси**

Диафрагма релаксацияси — диафрагманинг юпқалашиши оқибатида унга яқин жойлашган қорин бўшлиғи аъзоларининг кўкрак бўшлиғига қараб сурилиши назарда тутилади. Бу ҳолатда диафрагма ёпишадиган четлари одатдаги жойда қолади. Релаксациянинг туғма (диафрагма мушакларининг тўлиқ ўсиб етилмаганлиги ёки аплазияси замирида) ва орттирилган (аксарият диафрагмал нерв шикастланиши натижасида) турлари тафовутланади.

Диафрагманинг бутун гумбази зарарланиб кўкрак қафасига сурилган бўлса, релаксация тўлиқ ва унинг бирор бўлими (чегараланган бўлими) юпқалашганда қисман бўлиши мумкин. Диафрагма релаксациясида зарарланган томондаги ўпканинг эзилиши ва кўкс оралигининг қарама-қарши томонга сурилиши рўй беради, меъда ёки ичакнинг кўндаланг ва узунасига буралиши юз бериши эҳтимоли ҳам бўлади.

Клиник манзараси. Чегараланган ўнг томонлама релаксацияда белгилар диафрагмал чуррадаги сингари бўлади. Чурранинг дарвозалари йўқлиги ҳисобига, бу ҳолатда қисилиб қолиш хавфи бўлмайди. Диагноз - қорин бўшлиғи аъзоларининг кўкрак қафасининг тегишли ярмига сурилиши, ўпканинг эзилиши, кўкс оралиги аъзоларининг сурилиш белгилари асосида қўйилади. Рентгенологик текшириш диагнозни тасдиқлайдиган асосий усул ҳисобланади. Кўкрак қафасига сурилган аъзолар устидан диагностик пневмоперитонеум қўйилганда диафрагма сояси аниқланади.

**Даволаш.** Аниқ ифодаланган клиник симптомлар бўлганда жарроҳлик усулида даволаш зарур бўлади. Операция сурилган қорин бўшлиғи аъзоларини нормал ҳолатга келтириш ва юпқалашган диафрагманинг дубликатурасини ҳосил қилиш ёки уни поливинилалкоголь, тери-мушак лахтаклари ёрдамида пластика қилиш (мустаҳкамлаш)дан иборат.

## ҚИЗИЛҮНГАЧ КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Қизилүнгач (oesophagus) — ҳалқумни меъданинг кардиал қисми билан туташтириб турадиган ковак аъзо бўлиб, балоғат ёшидаги одамда унинг узунлиги 24—29 см ни ташкил этади. қизилүнгач деворининг қалинлиги ўрта ҳисобда 3—4 мм атрофида бўлиб, узуксимон тоғайнинг пастки чети, VI бўйин умуртқаси соҳасидан бошланади ва унинг пастки қисми (2—4 см) қорин бўшлиғида жойлашган бўлади.

Куйидаги маълумотлар амалий аҳамиятга эга: қизилүнгачда учта торайма бўлиб, юқоригиси қизилүнгачнинг кириш қисмида юқори қозиқ тишлар олдинги четидан тахминан 14—15 см масофада, ўрта торайма аорта равоғи ва чап бош бронх соҳасида ва пасткиси диафрагма билан кесишган жойида бўлади.



1-расм. Қизилүнгачга кириш қисмидаги физиологик торайма.

Қизилүнгач анатомик жиҳатдан уч қисмга бўлинади: бўйин қисми (pars cervicalis) (бошланишдан орқа кўкс оралиғигача кириш қисмигача — 5—6 см), кўкрак қисми (pars thoracalis) — кўкрак қафасидан диафрагмагача — тахминан 17 см) ва қорин қисми (pars abdominalis) — диафрагмадан чиқишдан меъданинг кардиал қисми билан туташгунча — 2—4 см).

Қизилүнгач ўз йўлида қатор аъзолар билан дуч келади ёки уларга анатомик жиҳатдан яқин, қизилүнгачнинг олдинги томонида юқорида трахея туради. Трахея бифуркацияси сатҳида қизилүнгачни чап бронх кесиб ўтади. Пастроқда эса, перикард билан ажратилган ўнг бўлманинг орқа юзаси жойлашади. Диафрагма

мал тешик орқали ўтишнинг охирида, энди қорин пардаси билан қопланган қизилүнгач жигарнинг чап бўлагига тегиб туради.

Қизилүнгач орқасида умуртқа поғонасининг бўйин қисми ва биринчи кўкрак умуртқалари жойлашади. Th<sup>10</sup> ёрдамида у кўкрак йўли (ductus thoracicus) ни кесиб ўтади ва умуртқа поғонасидан узоқлашади, қизилүнгач орқасида ичкарида ўнг томонда тоқ вена (v. azygos), чап томонда кўкрак аортаси, улар орасида эса кўкрак йўли жойлашади. Шу йўлда қизилүнгач ўнг бронхиал артерияни, бир неча қовурғалараро артериялар ва веналарни, ҳамда ундан плевра билан ажратилган v. hemiazygosни кесиб ўтади. Қизилүнгач ўнг томонда юқорида трахея билан бекилган. Худди шу ерда ўнг қайтувчи нервнинг тармоғи ўтади. Энг юқори бўлимида у қалқонсимон безнинг ўнг бўлагига тегиб туради.



Чапда қизилўнғач қалқонсимон безнинг чап бўлаги, шу безнинг веналари билан чегараланиб туради. Унга трахео-эзофагеал бурчакдан қизилўнғачнинг олдинги сатҳига ўтадиган чап қайтувчи нерв яқинлашади. Унинг яқинида, чап ўмров ости соҳасида кўкрак йўли жойлашади. Кейинроқ қизилўнғач аорта равоғининг горизонтал қисмига яқинлашади, медиастинал плевра, кардия соҳаси, меъда тубига тегиб туради.

Ўнг адашган нерв қизилўнғачга ўнг бронх билан кесишган сатҳида яқинлашади, бу IV—V кўкрак умуртқаси сатҳига мувофиқ келади ва қизилўнғачнинг орқа юзасида жойлашиб, қорин бўшлиғига киради. Чап адашган нерв қизилўнғачнинг олдинги деворига яқинлашади. Шундай қилиб, қизилўнғач ўзининг бутун йўлида трахея, пастга тушадиган аорта, кўкрак йўли, симпатик чегарадош устуннинг кўкрак қисми, ўпка ва плевра, диафрагма, юқори ковак вена, перикард ва юракнинг орқа юзаси билан анатомик жиҳатдан яқин ёки тегиб туради.

Қизилўнғач бўйин қисми ва кўкрак бўлими бошланишда аорта равоғигача ўрта чизикдан бирмунча чапда ётади. Кўкрак бўлимининг ўрта қисмида қизилўнғач ўрта чизикдан бирмунча ўннга оғади ва диафрагма устида аортадан олдинда ётади. Шундай қилиб, қизилўнғач бўйин бўлимида чапдан кесишга қулай. Кўкрак бўлимининг пастки учдан бир қисмида қизилўнғач пастга тушадиган аорта ва юрак халтаси орасида ётади ва унга чап томонлама трансплеврал йўл билан яқинлашиш осон.

Умуман олганда, қизилўнғачнинг тузилиши бутун меъда-ичак йўлига мувофиқ келади. Девори 4 қаватдан ташкил топади — шилиқ қават (*mucosa*), шилиқ ости қавати (*submucosa*), мушак қавати (*muscularis*) ва ташқи бириктирувчи тўқима пардаси (*tunica adwenticia*). қизилўнғачнинг шилиқ пардаси кўп қаватли ясси эпителий бурмаларидан ҳосил бўлган. Қизилўнғач кўп қаватли ясси эпителийсининг меъданинг цилиндрсимон эпителийсига ўтиши кескин, тишсимон чизик кўринишда юз беради (*linea zerrata*). Кўпчилик кишиларда у анатомик кардиядан бирмунча юқорида жойлашган.

Қизилўнғачнинг охириги қисмида одатда тахминан 75% ҳолларда қизилўнғачнинг юза ёки кардиал безларини сақлаган меъда шиллиқ пардасининг соҳалари бўлади. Бу безлар меъданинг кардиал безига ўхшаш ва хлорид кислота ишлаб чиқарадиган париетал ҳужайралар сақлаши мумкин. Меъда цилиндрсимон эпителийсининг эктопик жойлашган оролчалари ва юзаки жойлашган безлар қизилўнғачнинг бирмунча проксимал соҳаларида ҳам учраб туради. Қизилўнғач жаралари ривожланишида уларга муайян аҳамият берилади.

Шиллиқ ости пардаси (қавати) бириктирувчи тўқима ва эластик толалардан ҳосил бўлган: у говак ва ҳаракатчан. Қизилўнғачнинг шиллиқ ости пардасида, айниқса унинг проксимал бўлимида унинг чуқур ёки «ҳақиқий» безлари жойлашган. Уларнинг умумий

миқдори 200 дан ошмайди деб ҳисоблайдилар. Без шиллиқ парда юзасига бурчак остида йўналган йўлларга очилади. Безнинг умумий узунлиги 1 мм дан ошмайди. Қизилўнғач девори безлари секретиясини вагус назорат қилиб туради. Унинг секретор толалари таъсирлантирилганда безлар қуюқ шиллиқ чиқара бошлайди, у тобора суққланиб боради. Бу секрет ҳазм қилиш кучига эга эмас.

Қизилўнғачнинг мушак девори ички доира мушаклар ва ташқи бўйлама толалардан иборат. Улар ўртасида говак бириктирувчи тўқима қатлами бўлади, унда йирик томирлар ва нервлар (plexus meг entericus) жойлашган. Бўйлама мушак қавати одатда циркуляр қаватдан икки баравар юпқа, қизилўнғачнинг юқори учдан бир қисмида мушаклар кўндаланг-тарғил, мушак пардасининг учдан бир пастки қисми силлиқ мушаклардан ташкил топган. Сфинктер аҳамияти бўлган мушак қаватининг қалин қисми қизилўнғачга кириш қисмида ва диафрагмал торайма сатҳида бўлади. Ф. Ф. Сакс (1964) фикрича, катта одамда қизилўнғач мушак қавати циркуляр қатламининг қалинлиги кардия соҳасида 2,2 мм, бу унинг бирмунча проксимал қисмларидаги қалинлигидан 1,5—2 марта ортиқдир.

Қизилўнғач ташқи томондан говак бириктирувчи тўқима билан ўралган, ундан лимфатик ва қон томирлар, бириктирувчи тўқимадан иборат тортмалар ўтади. Чунончи, қизилўнғачнинг олдинги чап деворини чап бронх асоси билан боғлаб турадиган чап қизилўнғач - бронхиал бойлами, қизилўнғачнинг орқа-чап деворини аорта равонининг ботиқ юзасига тақаб турадиган қизилўнғач — аортал бойлами ва қизилўнғачнинг дистал бўлимини диафрагмага тақаб турадиган Морозов-Саввин бойлами кабилар фарқ қилинади. Қизилўнғачнинг абдоминал кесиги сероз парда билан қопланган бўлади.

**Қизилўнғачнинг қон билан таъминланиши.** Қизилўнғач артериал қон билан ўмров ости артерияси тармоқларининг юқори қисмида, юқори қовурғалараро ва қалқонсимон без артериясидан, кўкрак қисмида пастки диафрагмал ва чап меъда артериялари тармоқларидан таъминланади. Қизилўнғач артериялари ўзаро кенг анастомоз ҳосил қилади. Бу ҳол шу аъзода операция ўтказишда жуда қўл келади.

Веноз оқим пастки қалқонсимон, перикардиал, орқа кўкс оралиги ва диафрагмал веналар орқали амалга оширилади. Қон v. v. azygos ва hemiazygos га қуйилади. Қизилўнғач веналари асосан узунасига жойлашган бўлиб, унинг пастки учдан бир қисмида шиллиқ парда ости ва мушак пардаларида меъданинг кардиал қисми шиллиқ пардаси остидаги чигалнинг давоми ҳисобланган мураккаб веноз чигал бўлади. Қон веноз чигалдан қизилўнғач веналари бўйлаб, v. v. azygos ва hemiazygos га ва юқори ковак венага йўналади: бу веналарнинг клапанлари бўлмайди. Қизилўнғачнинг қорин қисми веналари меъда веналари ва қопқа вена билан бевосита боғланган. Қизилўнғач веналари орқали қопқа ва ковак веналар системаси ўртасида анастомоз амалга оширилишини қайд қилиб ўтиш муҳим.

Қизилўнғачнинг лимфатик томирлари меъданинг чуқур лимфатик тугунларига қуйилади. Лимфа қизилўнғачнинг юқори қисмидан трахеал ва трахеобронхиал лимфатик тугунларга, пастки қисмидан кардия тугунларига тушади. Қизилўнғач лимфатик тугунларининг бир қисми бевосита кўкрак йўлига очилади (Д. А. Жданов, 1952), бунинг қизилўнғач ракининг кейинчалик метастазлар беришида аҳамияти каттадир.

Қизилўнғачни парасимпатик *n. vagi* тармоқлари ва симпатик нерв системаси (*gangl. stellatum* нинг толалари, артериал ва кекирдак-хиқилдоқ чигали) орқали иннервация қилади. Иккала системанинг нерв толалари қизилўнғач юзасида чигаллар: ўнг адашган нерв тармоқлари билан чап-орқа қизилўнғач чигалини, чап адашган нерв тармоқлари билан ўнг олдинги қизилўнғач чигалини ҳосил қилади. Улардан қизилўнғач бағрида интрамурал нерв чигалини (мушаклараро, ауэрбах) ва шиллиқ парда ости (Мейснер) чигалини ҳосил қиладиган толалар чиқади. Булар қизилўнғач деворини иннервация қилади.

Қизилўнғачнинг бўйин қисми қайтувчи нервлар, кўкрак қисми ўзаро анастомозланадиган адашган нервлар тармоқлари ва симпатик нерв толаларидан иннервация қилинади. Қизилўнғачнинг қуйи қорин нерви (*n. splanchnicus*) дан тармоқлар олади. Ўз-ўзини рефлексор бошқариш интрамурал ва экстрамурал нерв толалари ва чигаллари томонидан амалга оширилади.

**Қизилўнғач фаолияти.** Қизилўнғачнинг физиологик аҳамияти овқатни ҳалқум бўшлиғидан меъдага ўтказиш бўлиб, айрим ҳолларда эса бунинг тескарисини бажаришга (қайт қилиш, кекириш) тўғри келади. Ютиш, қайт қилиш ва физиологик регургитациядан ташқари вақтларда унга ҳалқумдан ҳаво ва меъда-ичаклардан суоқлик тушишининг олдини олиш учун қизилўнғач бўшлиғи иккала томондан чегараланган бўлиши керак. Юзаки қараганда қизилўнғач функцияси жуда оддийга ўхшаб кўринади, ҳақиқатда эса у «жуда мураккаб ва қарама-қаршилиқларга тўла» деб ҳисобланади.

Ютишдан ташқари вақтда соғлом одам қизилўнғачида қисқаришлар бўлмайди. Унинг бўшлиғидаги босим кучсиз манфий ва кўкрак қафасидаги босимга ва нафас фазасига боғлиқ, бўлади. Ҳалқум қизилўнғач ва унинг меъдага ўтадиган соҳасида бирмунча юқори босим — юқори ва пастки «ошган босим соҳалари» қайд қилинади. Улар сфинктер вазифасини бажарадиган қизилўнғач бўлимлари мушагининг тоник қисқариши натижасида ҳосил бўлади, деб ҳисоблайдилар. Қизилўнғачнинг асосий вазифаси ютишни таъминлаб беришдан иборат.

Ютиш жараёни одатда 3 фазага бўлинади. 1-фазасида чайналган ва юмшаб қолган овқат тил устига сурилади ва унинг мушаклари томонидан тил асосига юмалатилади. Мушаклар қисқариши натижасида оғизнинг орқа қисмида, ҳалқумда ва оғизнинг юқори қисмида

босим манфий бўлади. Овқат луқмаси Васильев рефлекс соҳасини (тил асоси, орқа ёйчалар, деворлари) таъсирлантириб, ҳалқум мушакларини қисқартиради (ютишнинг иккинчи фазаси). Ютишнинг соф рефлектор 2-фазасида овқат ҳалқумдан ўтади. Ютишнинг 3-фазаси бошланишида ҳалқум бўшлиғига бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиғига ва ҳиқилдоқдан ҳоли бўлади ва овқат луқмаси сурилиши учун фақат бир йўналиш қизилўнғач қолади. Ҳалқумни қисадиган мушаклар қаттиқ қисқариб овқат луқмаси қизилўнғачга йўналади.

Овқатнинг қизилўнғач бўйлаб сурилиши 3 омилга боғлиқ:

1. Овқат қизилўнғачга катта босим остида тушади.
2. Овқатнинг оғирлик кучи.
3. қизилўнғач перистальтикаси.

Суyoқлик ёки қаттиқ овқат ютилишида, шунингдек одам вазиритига боғлиқ ҳолда овқат луқмасининг сурилишида учала омил қатнашади. Сув перистальтик тўлқиндан илгарилаб ўтиб, қизилўнғач орқали тез сурилади ва ютишдан 1—3 секунд ўтиши билан меъдага етиб боради. Шунинг учун қизилўнғач кимёвий моддалардан куйганда, масалан, ўювчи ишқор ютиб юборилганда, шиллиқ парда бир хил зарарланмайди. Қаттиқроқ овқат луқмаси ютилаётганда у асосан қизилўнғач деворларининг перистальтик ҳаракатлари туфайли ҳаракат қилади. Бунда қизилўнғачнинг луқмадан юқори қисми қисқаради, пастки қисми эса бўшашади. Овқатнинг қизилўнғач орқали ўтишига 6—8 (15 гача) секунд керак. Перистальтик тўлқин берадиган босим сув устунни ҳисобида 20—140 см (ўрта ҳисобда сув устунни ҳисобида 40—80 см) ва овқат луқмасининг катта-кичиклигига боғлиқ эмас.

Ютиш жараёни мураккаб рефлектор жараён ҳисобланади. Ютиш аввалига ихтиёрий бош мия пўстлоғи таъсири остида содир бўлади. Овқат танглай ёйчалари орқасига тушганда (ютишнинг II ва III фазалари) ютиш беихтиёр, рефлектор бўлиб қолади, ҳатто уйқу ва хушсиз ҳолатда ҳам содир бўлади. Ютиш рефлексининг эффектив нервлари бўлиб, тил мушаклари учун *n. hypoglossus* тармоқлари, *n. trigemini* нинг 3 тармоғи *m. mylohyoideus* учун, *n. glossopharyngeus* нинг ҳалқум тармоғи, ҳалқум ҳамда қизилўнғач мушаклари учун *n. vagus* нинг ҳалқум ва қизилўнғач тармоқлари ҳисобланади. Ютиш маркази кўприқда ва узунчоқ мияда жойлашган. Бирмунча чегараланган манзили *n. vagus* ядросига яқин жойда бўлади.

Меъда суyoқлигининг қизилўнғачга тушишига тўсқинлик қиладиган физиологик механизмлар (регургитация ва рефлюкс) сўнги вақтларгача ўрганиб чиқилмаган. Кўп сонли тажрибалар қизилўнғач -меъда бирикадиган соҳанинг “бир томонлама ўтказувчанлиги” борлигини кўрсатди. Кардиянинг ёпқич механизмини ўрганишга катта аҳамият берилади. Унинг физиологик функциясининг бузилиши кўп касалликларда (кардия ахалазияси, пептик эзофагит, диафрагма-қизилўнғач тешиги чурраси) кузатилади ва қизилўнғач патологиясининг каттагина қисмини ташкил қилади.

## Умумий симптоматологияси

Ютиш фаолияти бузилиши, ёқимсиз сезгилар, овқат ютиш вақтида пайдо бўладиган оғриқлар қизилўнгач зарарланганидан далолат берадиган энг муҳим шикоятлардан ҳисобланади.

Дисфагия (ютишнинг бузилиши) — ютиниш ҳаракатини бажара олмаслик, ҳалқумда ва қизилўнгач бўйлаб овқат луқмаси ҳаракатининг бузилиши, шунингдек бу аъзоларда овқат тутилиб қолиши билан боғлиқ ёқимсиз сезгилар. Дисфагия оғриқ билан ўтиши мумкин — *disphagia dolorosa* ютишда оғриқ одатда зарарланган сатҳда сезилади, у орқага, бўйинтуруқ венага ҳам ўтиши эҳтимол.

Кўпчилик беморлар овқат луқмаси қаерда тутилиб қолаётганини аниқ айтиб бера оладилар. Бироқ бу сезги қатор ҳолларда одатда ҳақиқий тутилиб қоладиган жойдан бирмунча юқорида босилиш, қисилиш сезгиси сифатида ўтади. Ютиш бошланишидан тутилиш сезгиси пайдо бўлгунча ўтган секундлар билан ҳисобланадиган вақт қизилўнгачнинг ҳақиқий зарарланган жойини аниқлашга ёрдам беради. Ютилгандан кейин 1—1,5 секунд ўтгач овқат луқмаси қизилўнгачнинг бўйин бўлимида бўлади, кейинги 5—6 секундда қизилўнгачдан ўтади ва ютиш бошлангандан 6—8 секунд кейин меъдага тушади.

Дисфагияда қизилўнгачнинг органик зарарланиши (рак, стенозлар ва б.) натижасида биринчи навбатда қаттиқ овқат (нон, олма, гўшт бўлаги ва б.) тутилиб қолади. Устидан сув ичиб юбориш кўпинча енгиллик беради. Функционал дисфагияда (эзофагоспазм оқибатида) суюқлик, айниқса жуда иссиқ ёки совуқ суюқлик ичилганда аксарият қийинчиликлар пайдо бўлади. Жуда қуруқ овқат ёки катта бўлақларни ютиш соппа-соғ одамларда дисфагия келтириб чиқариши мумкин. Дисфагия доимий ёки ўзгариб турадиган бўлади. Доимий дисфагия қизилўнгач бўшлигини янада тораишга олиб келадиган органик касалликларда кузатилади. Ўзгариб турадиган дисфагия эзофагоспазмга боғлиқ.

Қатор ҳолларда дисфагия сабабини аниқлаб бўлмайди. Дисфагия сабабларини изоҳлаб берадиган қуйидаги маълумотларни келтириш диққатга сазовор. А. А. Штусс ва Д. Д. Ашурбеков маълумотларига кўра рентгенологик текширишга юборилган, дисфагияси бўлган 534 нафар бемор орасидан 290 нафариди қизилўнгач раки, 59 нафариди функционал бузилишлар, 20 нафариди қизилўнгачнинг суртилиши ва эзилиши, 1 нафариди диафрагма — қизилўнгач тешиги чурраси, 34 нафариди эса бошқа касалликлар топилган. 120 нафар одамда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмаган.

Тўш орқасида босим, тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш вақтида пайдо бўлади ва аксарият кардия ахалазиясида кузатилади. Босим ёки тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш бошланган вақтда пайдо бўлган ҳолларда врач бу симптомга айниқса диққат-эйтиборини қаратиши зарур. Одатда бу жиддий касаллик белгиси (қизилўнгач раки, меъ-

данинг скирри, кардия ахалазияси ва б.) ҳисобланади. Уни иштаҳа пасайиб кетгандаги тез тўйиб қолиш белгиси деб ўйламаслик керак.

**Оғриқ** (dolor). Қизилўнғач касаллигига учраган кўпгина беморлар оғриқдан шикоят қиладилар. Одатда у тўш орқасида ўрта чизиқ, бўйлаб зарарланиш соҳасига тахминан мос келадиган жойда бўлади, бироқ у ўнг томондан орқага ва тўшдан чап томонга берилиши ҳам мумкин. Оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ бўлиши ва ютинишнинг бузилиши билан ўтиши мумкин (рак, стеноз, дискинезияда). Кўпинча бундай ҳолларда атайин қайт қилиш бемор аҳволини энгиллаштиради.

Кардия раки ва ахалазияси бўлган беморларда спонтан (ўз-ўзидан бўладиган) оғриқлар бўлади. Улар оғриқ кризлари характерини олиши мумкин. Одатда «оғриқ кризлари» касалликнинг бирмунча илк даврида, аксарият тунда бошланади. Оғриқлар жуда қаттиқ бўлади, орқага, қизилўнғач бўйлаб юқорига, бўйинга, жағга ўтади, бир неча минутдан бир неча соатгача давом қилади. Кризлар ойига 1—3 марта, камдан-кам ҳолларда бундан кўпроқ пайдо бўлади.

**Кекириш** (eructatio). Ҳаво ва овқат билан кекириш фарқ қилинади. Кекириш пайдо бўлишида меъда мушаги қисқариши билан бир қаторда кардиал сфинктер тонусининг пасайиб кетиши асосий аҳамиятга эга. Кўп овқат ейиш ёки газ қўшилган ичимликлар ичишдан сўнг соппа-соғ одамларда ҳаво билан кекириш физиологик ҳодиса ҳисобланади. Бундай сабабларсиз пайдо бўладиган ва беморларни безовта қиладиган тез-тез ва қаттиқ кекириш кўп касалликларда кузатилади. Овқат қизилўнғачда ёки дивертикулда туриб қолганда, рак стенозида, мегаэзофагусда кекирганда қўланса ҳид келади.

**Қизилўнғачдан қусиш** (regurgitatio). Қизилўнғачдан қусиш овқат билан кекиришга яқин. Бундай қусишдан олдин кўнгил айниши кузатилмайди, унда одатда қорин бўшлиғи ва меъда мушаги қисқармайди, овқат кенгайиб ва тўлиб кетган қизилўнғачдан унинг деворлари спастик қисқариши натижасида оғизга отилиб чиқади.

Қизилўнғачдан қайт қилиш:

1) Қизилўнғачда овқат тутилиб ва йиғилиб қолиши билан ўтадиган касалликларда — стеноз, қизилўнғач раки, кардия ахалазиясида;

2) Қизилўнғач дискинезиясининг айрим турларида кузатилади.

Қаттиқ ҳиқичоқ тутиши қизилўнғач ракида, камроқ ҳолларда қизилўнғач тешиги чурраларида кузатилиши мумкин.

Қизилўнғач касалликлари (рак, камроқ дивертикуллар, ахалазия) бўлган талайгина беморлар оғиздаги ёқимсиз таъм ва иштаҳа йўқлигидан нолийдилар.

Қизилўнғачдан қип-қизил рангли қон оқиши мумкин, бу ҳодиса қизилўнғач ракида, веналари варикоз кенгайганда кузатилади.

Овқатланишнинг бузилиши оқибатида ҳолдан тойиш қизилўнғач анчагина торайганда (рак, стенозлар, кардия ахалазияси ва б.) уч-

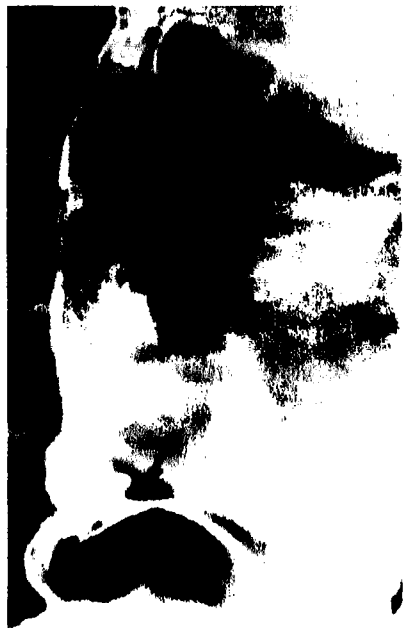
райди. Қизилўнғач ракида ҳолдан тойиб ориқлаб кетишга рак интоксикацияси ва беморларда иштаҳа пасайиб кетиши сабаб бўлади.

**Қизилўнғачни рентгенологик текшириш усуллари.** У ҳар хил ҳолатларда рентгеноскопия ва рентгенография қилишдан, қатор ҳолларда эса қўшимча текшириш усуллари: рентгенокимография, томография, қизилўнғачни контрастлаш билан пневмомедиастинография қилишдан иборат.

Контраст аралашма билан тўлдирилган қизилўнғачни беморни қия вазиятларда текширишдан бошланади, чунки тўғри вазиятда рентген нурлари сагиттал йўналганда қизилўнғач умуртқа поғонаси, тўш суяги ва юрак-томирлар дастаси сояси орқасида яширинган бўлади (2, 3-расм).



2-расм. Беррет қизилўнғачи. Қизилўнғачнинг меъда ўтиш қисмидаги стриктура ва у билан боғлиқ катта яра.



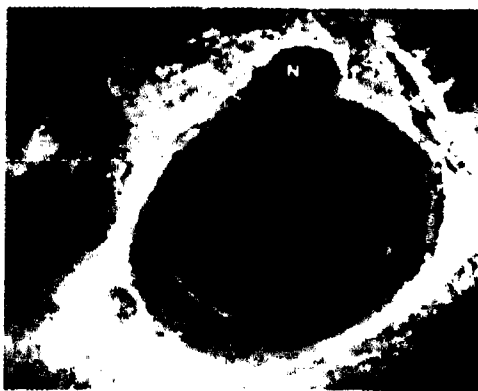
3-расм. Қизилўнғачнинг контраст молда билан ёнлама проекциясидаги диафрагма қизилўнғач тешигининг чураси.

Қизилўнғач шиллиқ пардаси пневморельефи манзарасини олиш учун бемор барий аралашмасини кичик-кичик қултумлар билан тўхтамасдан ичиши керак. Барий аралашмаси билан у кўп миқдорда ҳаво ютади ва шиллиқ парданинг қўшалок контрастли манзараси вужудга келади.

Эзофагоскопия қизилўнғач деворини кўздан кечиришга имкон берадиган жуда қимматли усул ҳисобланади, у кўрсатмалар бўлганда эса гистологик текшириш учун тўқима бўлакчасини олиш (биопсия) ва айрим зарур хирургик операцияларни бажаришга шароит ҳозирлайди.

Замонавий эзофагоскоп ёки бронхоэзофагоскоп қизилўнғач ва нафас йўлларини кўздан кечириш учун чиқариладиган асбоблар (бир-бирига ўхшашлигидан одатда бронхоэзофагоскоп номи остида бирлашган комплекслар чиқарилади). Металлдан ясалган кўриш найи, ёритгич мосламаси ва операцион асбоблар йиғиндиси (ёт жисмларни олиб ташлаш ва биопсия учун ҳар хил омбурлар, зондлар, операцион қовузлоқлар, электр коагуляторлар, металл ёт жисмларни чиқариш учун махсус электр магнитлар ва бошқалар) дан ташкил топган.

Сўнгги йилларда эгилувчан эзофагоскоп-фиброскопларнинг Янги моделлари ишлаб чиқилмоқда. Фиброскоплар диагностик эзофагоскопия ўтказишни енгиллаштиради ва қизилўнғачга эгилмайдиган узун металл найча киритиш билан борлиқ хавф-хатарни маълум даражада бартараф этишга имкон беради.



4-расм. Қизилўнғачнинг эндоскопик сонография текшируви.

қизилўнғач раки билан касалланган беморларнинг 70—95 фоизида қайд қилинади. Цитологик текшириш учун материал олиш техникаси оддий ва бемор учун ҳеч қандай хавф-хатар туғдирмайди.

**Эзофаготонокимографик текшириш.** Қизилўнғач қисқаришларини, унинг ички босимини ва девори тонусини ёзиб олиш — эзофаготонокимография дейилади, бунда олинадиган эгри чиқиқлар эса эзофаготонокимограмма деб аталади.

Кўпинча эзофаготонокимографияни учига мўъжазгина баллончалар маҳкамлаб қўйилган кўп каналли зонд ёрдамида ўтқа-

**Биопсия** — гистологик текшириш учун тўқима бўлакчаларини кесиб олиш — одатда эзофагоскопия вақтида қизилўнғач ракига гумон қилинган ҳолларда ўтказилади. Қизилўнғач ракини аниқлашда қизилўнғач ювиндиси ёки қирмаси ва шубҳали қисмини цитологик текшириш катта ёрдам кўрсатади. Бу усул етарли даражада аниқ маълумотлар беради. Турли муаллифларнинг фикрича, текширишнинг ижобий натижалари



зилади. Зондни қизилўнғачга юборилади, унинг эркин учини қайд қиладиган аппаратурага уланади.

Қизилўнғач функционал ҳолатининг энг муҳим кўрсаткичларидан бири қизилўнғач ичидаги «тинчлик босими», яъни унда актив қисқаришлар йўқлиги ҳисобланади. Нормада ҳалқумдаги босим тахминан атмосфера босимига тенг, ҳалқум билан қизилўнғач чегарасида (ҳалқум-қизилўнғач сфинктерига мос келади) турли-туман маълумотларга кўра атмосфера босимидан симоб устуни ҳисобида 30—80 мм ошади (бу қизилўнғачдаги ошган босимнинг юқори соҳаси номини олган), қизилўнғачнинг ўзида, айниқса. Унинг кўкрак бўлимида суст манфий (симоб устуни ҳисобида 2 дан 10 мм гача), қизилўнғач-меъда (кардиал) физиологик сфинктери соҳасида эса у яна ошган ва симоб устуни ҳисобида 8—35 мм га етади — бу ошган босимнинг қуйи соҳаси дейилади.

**Фармакодиагностика.** Қизилўнғач касаллиги — диагностикада нисбатан янги, бироқ истиқболли йўналиш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда қизилўнғач касалликларини аниқлаш учун нитратлар (препаратлар) ва холиномиметиклар билан синамалар қўлланилади. Нитропрепаратлар (нитроглицерин, амилнитрит) қизилўнғачнинг функционал ва органик стенозлари, биринчи навбатда кардия ахалазияси ва кардиоэзофагиал рақни дифференциал диагностика қилиш учун ишлатилади.

Беморни рентген экрани орқасида текшириш вақтида қизилўнғачда барий аралашмаси тутилиб қолиши билан ўтадиган қизилўнғач кардиал сегментининг барқарор торайганлигини аниқлангандан кейин беморга тил остига 1—2 таблетка нитроглицерин ташлаш ва уларни шимиш ёки дока салфеткада синдирилган ампуладаги амилнитрит бугларини бир неча секунд ичида нафасга олиш таклиф қилинади. Қизилўнғач бу препаратлар таъсири остида функционал торайганда торайган қисмлар тонуси пасаяди ва қизилўнғач ўтказувчанлиги тўлиқ ёки қисман тикланади. Органик стенозда бундай натижа кузатилмайди.

**Радиоизотоп текшириш.** Турли тўқималарнинг кўпаядиган ҳужайраларида фосфорнинг жадал йиғилиб боришини биринчи марта Marshak (1940) ва Jones (1940) қайд қилганлар. Радиоизотоп диагностика усуллариининг ишлаб чиқилиши муносабати билан бу мақсадлар учун радиоактив фосфордан ҳам фойдаланишга уринишлар қилиб қурилган.

Изотоп  $P^{32}$  хавфли ўсмаларнинг ҳужайраларида танлаб йиғилади, ўз кимёвий хоссалари бўйича барқарор элементдан фарқ қилмайди, токсинли эмас, бироқ заррачалари озроқ бўлсада (4—5 мм), кириш қобилятига эга, кўпинча ундан юзаки жойлашган ўсмаларнигина диагностика қилишда фойдаланиш мумкин.

Меъда-қизилўнғач рефлюксини зондлаш йўли билан аниқлаш:

1. Метилен кўки билан синама ўтказиш. Меъдага дуоденал зонд орқали метилен кўки эритмаси юборилади (уй ҳароратидаги 300

мл қайнаган сувга 2% ли эритмасидан 3 томчи). Сўнгра зонд тортиб олинади ва унинг дистал учи кардия юқорисиди турадиган ҳолатда ўрнатилади ва эҳтиёт чоралар остида шприц билан зонд орқали қизилўнғач суюқлигини тортиб олинади. Бунда бўялган суюқликнинг пайдо бўлиши рефлюкс борлигидан далолат беради.

2. Қизилўнғач суюқлигида рН ни аниқлаш. Flooу ва ҳаммуаллифлари қизилўнғачдан аспирация қилинадиган суюқликда озод хлорид кислота миқдорини аниқлаганлар. Унинг борлиги рефлюксни тасдиқлаш имконини беради.

### Қизилўнғачнинг куйиши

Қизилўнғач куйиши (Oesophagitis corrosiva) ўз жонига суиқасд қилиш ҳолларида юз беради. Ф. Н. Доронин кузатувларида қизилўнғачи куйган 217 нафар бемордан 116 нафари 5 ёшгача бўлган. қизилўнғачнинг ўювчи ишқор, кучли кислота, камроқ фенол, лизол, йод, сулема ва бошқа баъзи бир моддалардан куйиб қолиш ҳоллари кўпроқ учрайди. Сўнгги вақтларда хонадонларда каустик сода кам ишлатила бошлангани муносабати билан бу моддадан тасодифан куйишлар сони камайиб кетди, бироқ айрим жойларда у ҳали ҳам учраб туради. Чунончи, А. И. Сержанин кузатувларига кўра қизилўнғач куйишидан даволанган 115 нафар одамдан 85 фоизда у каустик содани палапартиш ҳолда сақлаш (винодан бўшаган шишаларда, пиёла ва стаканларда) оқибатида уни ичиб қўйиш сабабли куйиш содир бўлган.

Кўпгина муаллифларнинг маълумотлари бўйича сўнгги йилларда қизилўнғачнинг сирка кислота (эссенция)дан куйиб қолиш сони бирмунча кўпайди. Кучли кислота ичиб қўйилганда энг кўп ўзгаришлар қизилўнғачда, ўювчи ишқор ичиб қўйилганда эса меъдада озроқ ўзгаришлар пайдо бўлади деб ҳисобланади (чунки меъда шиллик пардаси кислоталар таъсирига маълум даражада чидамли бўлади). Бошқа омилларнинг ҳам аҳамияти бор: ичилган кимёвий модда миқдори, меъдада овқат борлиги ва ҳ.к. Одатда куйишдан кейин стенозлар қолган беморларда оғиз ва ҳалқум шиллик, пардасида ҳам тегишли ўзгаришлар кузатилади.

Қизилўнғач кардиал сфинктери устидаги дистал бўлим, ҳалқум-қизилўнғач бириккан соҳадаги проксимал бўлим, шунингдек бифуркация сатҳи энг қаттиқ зарар кўради. Қизилўнғач шиллик пардасидаги қаттиқ таъсиротга жавобан қизилўнғач деворлари спазмга учраши натижасида ўювчи модданинг туриб қолиши қизилўнғач дистал бўлимининг бирмунча жиддий зарарланишига олиб келади.

Ишқорлардан заҳарланишда қизилўнғачда энг оғир ўзгаришлар юз беради, деб ҳисоблайдилар, чунки буларда кислоталардан куйишдан фарқли равишда қорақўтирнинг эриб кетиши содир бўлади.

**Патологик анатомияси.** Зарарланиш даражаси заҳарнинг миқдори ва концентрациясига боғлиқ. Рефлекс тарзида тезда қайт қилиш

туфайли ютилган суюқлик миқдори одатда унчалик мўл бўлмайди, бироқ оғиз, қизилўнғач ва меъданинг қаттиқ куйиб қолиши содир бўлиши учун бир неча томчи кучли кислота ёки ишқор кифоя қилади.

Шиллиқ парда гиперемияси ва шишдан кейин тезда қизилўнғач девори некрози содир бўлади. Некрозланган қисмлар майда-майда зарралар ва йирик бўлақлар ҳолида куйган тўқимадан кўчиб туша бошлайди. Айрим ҳолларда яра ҳосил бўлиши юза, бошқа ҳолларда чуқур бўлади. Шиллиқ парданинг юза зарарланишлари бирмунча тез эпителийланади. Чуқур зарарланишлари эса грануляция ва бириктирувчи тўқима ҳосил қилиб битади, яраланиш 8—10 кунгача сақланиб қолади.

Яралар жуда секин битади. Ривожланаётган бириктирувчи тўқима аста-секин (2—6 ой ичида) чандиқ (ямоқ) ҳосил қилади ва бужмайди. Агар шикастланиш шиллиқ парда билангина чегараланиб қолган бўлса, қизилўнғач бўшлиғи тораймаган ҳолда юза чандиқ ҳосил бўлади. Шиллиқ парда ости қавати ва мушак қавати зарарланганда склерозланган, жуда зич (Ван Геккер бўйича қадоқсимон бужмайиш), чуқур чандиқли тўқима ҳосил бўлади. Чандиқнинг ички юзаси нотекис, рангсиз, баъзан яра чақаси бор. Чандиқли тўқиманинг бужмайиши бир неча ҳафтага чўзилади.

Қизилўнғачнинг чандиқли ўзгаришлари, одатда, физиологик тораймалар сатҳида: аксарият ўрта (бронх-аортал) торайиш соҳасида, сўнгра қизилўнғачга кириш қисмида ёки диафрагмал тешик соҳасида ҳосил бўлади.

Шундай қилиб, куйишда патологик ўзгаришларнинг шартли равишда 4 босқичини фарқ қилиш мумкин: 1) шиллиқ парда гиперемияси ва шиши; 2) некроз ва яра ҳосил бўлиши; 3) грануляция; 4) чандиқланиш.

**Клиник манзараси.** Беморлар айниқса кислота ичиб қўйганларида кучли азобга дучор бўладилар. Ўювчи ишқор ёки кислота ичилган оғир ҳолларда оғиз бўшлиғи, ҳалқумда, тўш орқасида ёки эпигастрал соҳада қаттиқ ачишиш ва кучли оғриқ пайдо бўлади. Лаблар шишиб кетади, бемор рангги бўзаради. Брадикардия юзага келади. Шок, ҳушдан кетиш ва ўлим юз беради. Агар 1—2 кун ичида ўлим содир бўлмаса, ҳиқилдоқ шишиши, шиллиқ ва қон аралаш ёки шиллиқ парда бўлақчаларини қусиш сабабли оғир нафас қисиши юзага келади. Лаблар ва оғиз бўшлиғи шишган, қонаб туради, ҳарорат кўтарилади. Ютиниб бўлмайди. Қизилўнғач тешилиши сабабли қон оқади, ўткир медиастинит белгилари пайдо бўлади. Ўлим 3—4 кун ўтгач содир бўлиши эҳтимол.

Ўртача оғирликдаги кечиш ҳолларида бир неча кунлардан кейин оғриқ камаяди, бироқ ютиниш қийинлашганича қолади, кўп сўлак ажралади ёки сўлак ва қизилўнғач шиллиқ пардаси бўлақчалари қайт қилинади. 10—20 кундан кейин бемор суюқликни аста-секин

юта оладиган бўлиб қолади, қизилўнгач спазмлари келтириб чиқарган дисфагия камаяди. Эзофагоскопияда пардалар билан қопланган, баъзи жойларида эрозияси, кейинроқ чандиқли ўзгаришлари бўлган шиллиқ парда шиши кўриниб туради. Аста-секин бемор бемалол юта оладиган бўлади, бироқ бир неча ҳафта ўтгач яна дисфагия пайдо бўлади ва у қизилўнгачнинг чандиқли торайиши юз берганда янада кучаяди: аввалига қаттиқ, сўнгра эса суюқ овқатнинг ҳам ўтиши қийинлашади. Бу дисфагия мўл сўлак ажралиши ва қизилўнгачдан қусиш билан ўтади. Қизилўнгачдан қусиш аввалига овқат ейиш вақтида, кейин бевосита овқатдан кейин ҳам юз беради. Касалликнинг кечиккан муддатларида қизилўнгачнинг аста-секин кенгайиши натижасида торайган жойдан юқорида қизилўнгачдан қусиш кўпроқ бўлади. Оч қолиш оқибатида беморнинг умумий аҳволи ночорлашади: бемор ниҳоятда озиб кетади, доимий очлик сезгисига азоб берадиган ташналик ҳам кўшилади. Шундай қилиб, қизилўнгачнинг куйиши 3 даврга бўлинади:

1) ўткир давр — шиллиқ пардада қизариш, шиш ва яра пайдо бўлиш вақтида; бу даврда кучли оғриқ сабабли ютиш мумкин бўлмай қолади;

2) ўртача ўткир — грануляция даври; бемор ичиш ва овқат ейиш имкониятига эга бўлади, бироқ ютиш оғриқ билан ўтиши мумкин;

3) сурункали — қизилўнгачнинг тобора торайиши, дисфагиянинг қайталаниши, озиб кетиш даври.

Рентгенологик текшириш. Камдан-кам рентгенологик текшириш объекти бўладиган қизилўнгачнинг янги куйиш ҳолларида шиллиқ парда бурмалари шишини ва локал спазмларни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бирмунча кечиккан муддатларда рентгенологик текширишда торайиш бўлган жойни, даражасини, контурларини аниқ билиб олса бўлади.

Эзофагоскопия. Ҳалқасимон (энг кўп учрайдиган формаси) торайишда ранги ўраб турган шиллиқ пардага қараганда очроқ фиброз ҳалқа топилади. Торайган бўшлиқ одатда марказда жойлашган ва кўпинча юлдузсимон шаклдаги чандиқ билан ўралган. Баъзан торайиш клапан шаклида бўлади. Айрим ҳолларда куйишдан кейинги стенозларни рақ стенозларидан фарқ қилиш қийин бўлади. Торайиш соҳаси тепасида қизилўнгачнинг озми-кўпми кенгайганлиги хавфли эмаслигидан далолат беради.

Кечиши ва асорати. Ўювчи ишқорлардан оғир заҳарланишларда беморлар интоксикация, шок, қизилўнгач перфорацияси, йирингли асоратлар ривожланиши ва бошқа сабаблардан нобуд бўладилар. Қизилўнгач — меъдadan оғир қон кетиш ҳоллари асоратлар сифатида кузатилиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда, одатда ишқорлардан куйишда, қизилўнгач — бронхиал оқма яралар пайдо бўлади. қизилўнгачнинг кимёвий моддалардан куйишида аксарият хирур-

гик даволашни талаб қиладиган унинг чандиқли торайиши энг кўп учрайдиган асорат ҳисобланади. Қизилўнгач торайиши беморларнинг анчагина ҳолсизланишига олиб келади. Айрим ҳолларда медиастинит, ўпка ва плевра йирингли жараёнлари каби асоратлар пайдо бўлади.

Диагнози. Диагностикаси унчалик қийинчиликлар туғдирмайди. Анамнез ва йўқолмайдиган дисфагия рентгенологик текшириш ва эзофагоскопия билан аниқланадиган қизилўнгач торайишининг етарли белгиларидан ҳисобланади.

**Даволаш ва профилактикаси.** Шошилишча муолажа: тезлик билан касалхонага ётқизиш, морфин инъекцияси ва суюқлик киритиш ҳамда меъдани ювиш учун мўл қилиб мой суртилган меъда зонди киритишдан иборат. Ишқорлар билан заҳарланишда суюлтирилган сирка кислота эритмаси ёки ўсимлик мойи билан, кислоталардан заҳарланишда сода эритмаси билан ювилади. Шубҳали ҳолларда меъда сут ёки буфер эритмалари билан ювилади. Зонд киритишдан аввал кимёвий модда табиатига кўра сода, сирка кислота ёки сутни кўп миқдорда ичиш буюрилади. Нейтраллайдиган модда киритиш заҳарланишдан кейин дастлабки 4 соат ичидагина мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Дастлабки кунлари ҳиқилдоқ шишиши, шок, аспирацион зотилжам, периэзофагит, медиастинит, буйрак зарарланиши, ацидоз сабабли дегидратация ёки кома сингари асоратлари даволанади.

Профилактика мақсадида антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, неомицин) парентерал юборилади. Агар бемор 3 кун ичида суюқлик ича олмаса, гастростомия қилиш буюрилади. Оғир дисфагияда суткасига 2—3 л глюкоза эритмаси ёки 0,85% ли NaCl эритмаси тайинланади. Соғайиш даврида 1—2 ҳафта ўтгач рентгенологик текширув ўтказиш қизилўнгачнинг бошланиб келаётган торайишини аниқлашга имкон беради.

Кимёвий куйишдан кейин қизилўнгач стриктурасини даволашнинг асосий усули бужлаш ҳисобланади, бу усул 90—95 фоиз беморларнинг соғайиб кетишига олиб келади. Куйишнинг 9—11-кундан бошлаб бужлашга тури бўйича, кечикиб бужлаш қизилўнгачнинг ривожланиб бўлган торайишини кенгайтириш мақсадида ўтказилади. Бужлаш 7-ҳафтадан бошланади. Бужлашни қизилўнгачнинг куйишдан кейин стриктуралари қолган ҳамма беморларда тортган жой орқали металл ўтказгич киритиш мумкин бўлган ҳолларда ўтказилади.

Бужлашга монелик қиладиган ҳоллар: медиастинит, қизилўнгач — бронхиал оқма яраси. Барқарор клиник натижа олиш учун бужлаш билан даволашни бир неча ҳафталар ва ҳатто ойлар мобайнида ўтказиш зарур бўлади ва қуйидагилар қўлланилади: 1) оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш; 2) қизилўнгачни рентген контраст ковак пластмасса бужлар билан бужлаш; 3) эзофагоскоп назорати остида

бужлаш; 4) «тўхтовсиз бужлаш» тамойили бўйича бужлаш; 5) ретроград бужлаш.

Оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш қизилўнғачнинг юқори ва ўрта қўқрак бўлимларидаги унча катта бўлмаган бармоқсимон стриктураларида қилиниши лозим. Даволаш махсус бужлар йиғиндиси ёрдамида ўтказилади. Агар буж осон ўтса, кейинги гал рақамига қараб йўғонроқ буж киритилади.

Бужлаш усули металл ўтказгичлар ва рентгенконтраст ковак бужлар қўлланилганда такомиллаштирилган. У стриктура йўлини ва бужнинг қизилўнғач бўйича сурилишини аниқлаш учун рентгенологик назорат қилиш имконини беради, бу ҳол муолажа самардорлигини оширади ва қизилўнғачнинг тешилиш хавфини камайтиради. Эзофагоскоп назорати остида бужлаш ўтказгични киритиш қийинлашган эксцентрик жойлашган стриктурада, буралган торайиш каналида, рўй-рост супрастенотик кенгайишда бажарилиши керак.

«Тўхтовсиз бужлаш» найсимон, буралма ёки кўп сонли стриктуралари бор беморларда гастростома орқали қўлланилади. Оғиз орқали киритилган ва гастростома орқали киритилган ипак ипга турли хил диаметрдаги резина найчалар маҳкамланади. Уларни тўғрилаб, торайган қисм орқали ўтказилади ва бир неча соатча қолдирилади. Гастростома орқали ретроград бужлаш хавфсизроқ ҳисобланади ва беморлар уларни осонроқ, кўтардилар.

Айрим беморларда эзофагит ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Қизилўнғач тешилиши ва медиастинит ривожланиши бужлашнинг хавфли асорати ҳисобланади.

Қизилўнғачнинг чандиқли стриктураларида операцияга кўрсатмалар:

1) Қизилўнғач бўшлиғининг тўлиқ, облитерацияси (бекилиб қолиши); 2) стриктура орқали буж ўтказишга бир неча марта муваффақиятсиз уринишлар; 3) такрорий бужлашдан кейин чандиқли стриктураларнинг тез қайталаниб туриши; 4) трахея ёки бронх билан қизилўнғач оқма яралари борлиги; 5) бужлашда қизилўнғачнинг такрорий тешилиши.

Бемор жуда озиб кетганда даволашнинг биринчи босқичи сифатида унга гастростома қўйилади. Операция усулини танлашда беморнинг ёши ва умумий ҳолати, қизилўнғачнинг торайган жойи ва унинг қанча соҳани эгаллагани ҳисобга олинади. Кўпчилик беморларда бир босқичли пластик операциялар ўтказилади. Кўп босқичли пластикани эса, ҳолсизланган беморларда бажарилади. Сегментар стриктураларда қизилўнғачда ҳар турли қисман пластик операциялар қилинади. Қизилўнғачнинг қуйи қисми ёки кардияси зарарланганда қуйидагилар: четки қизилўнғач-меъда анастомози қўйиш, зарарланган қисмни резекция қилиш ва уни меъданинг катта эгрилигидан ҳосил қилинган найча, ингичка ёки йўғон ичакдан

олинган трансплантат билан алмаштириш қўлланилади. Ҳалқум, қизилўнгачнинг бўйин ёки бўйин-қўкрак бўлими зарарланганда проксимал қисман пластика бажарилади. Ингичка ва йўғон ичаклардан олинган трансплантатлардан фойдаланилади. Трансплантатнинг бир учини қизилўнгачнинг торайган жойидан юқорида, бошқа қисмини ундан пастда анастомоз қилинади.

Стриктурга қўп жойни эгаллаган ҳолларда ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантатни тўш олдида ва тўш ичида (ретростернал, плевра ичи, медиастиnum орқасида) жойлаштириладиган тотал пластика қилиш тайинланади.

Куйиш содир бўлганидан 2 йил олдин сунъий қизилўнгач вужудга келтиришга киришмаслик керак. Шу муддат ўтгандан кейингина қизилўнгачнинг чандиқланиш даражаси аниқланиши мумкин ва шаклланиб бўлган чандиқли тўқиманинг қизилўнгач бўшлиғини консерватив усуллар билан кенгайтиришга имкон бермаслиги маълум бўлади.

### ҚИЗИЛЎНГАЧ ДИВЕРТИКУЛЛАРИ

Қизилўнгач дивертикуллари — қизилўнгач деворининг чегараланган бўртиб чиққан жойларидир. Сўнгги вақтларда қизилўнгач дивертикуллари, илгари тасаввур қилинганидек, кам учрайдиган касаллик эмаслиги аниқланди. Бу клиник амалиётга рентгенологик тадқиқотларнинг кенг жорий қилиниши, аҳолининг профилактик мақсадларда ялпи рентгенологик текширувлардан ўтказилиши билан боғлиқ. Rokitansky, 1840 йилдаёқ дивертикулларни пульсион ва тракцион турларга бўлган эди.

Пульсион дивертикуллар қизилўнгач бўшлиғида унинг қисқаришлари вақтида пайдо бўладиган босим таъсири остида қизилўнгач деворининг бўртиб чиқиши натижасида ҳосил бўлади, тракцион дивертикулларнинг пайдо бўлиши эса атроф тўқималардаги яллиғланиш жараёни ва қизилўнгач деворини касал аъзо йўналишида тортадиган (tractio) чандиқлар ҳосил бўлиши билан боғлиқ (ўпка илдизлари соҳасида лимфатик тугунларга томон йўналишда ёки бу тугунлар силдан зарарланганда юз берадиган трахея бифуркациясида).

Кўпчилик тадқиқотчилар тракцион механизм дивертикул ривожланишининг бошидагина кузатилади, деб ҳисоблайдилар. Кейинчалик дивертикул катталашади ва пульсион механизм таъсири остида ўз шаклини ўзгартиради. Бу хилдаги дивертикуллар пульсионтракцион дивертикул номини олган.

Қизилўнгач дивертикуллари пульсион, тракцион ва аралаш (пульсионтракцион) турларга бўлиш билан бирга уларнинг жойлашуви бўйича классификацияси ҳам қабул қилинган. Шу тариқа ҳалқум-қизилўнгач ёки Ценкер дивертикуллари, эпибронхиал (бифуркацион, ўрта қизилўнгач), эпифренал (эпидиафрагмал) ва бошқа кам учрайдиган хиллари фарқ қилинади. Ю. Е. Березов ва



5-расм. Ҳалқум-қизилўнғач ёки Ценкер дивертикули.

олган. Сохта дивертикуллар прогностик жиҳатдан ёмонроқ, чунки қисилиб қолиши, чўзилиши ва ҳатто тешилиши мумкин. Қизилўнғач дивертикуллари аксарият 5 дан 70 ёшгача, аёлларда эркакларга нисбатан бирмунча кўпроқ учрайди.

Ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари кўпинча уларни батафсил тасвирлаган Zencег номи билан Ценкер дивертикуллари дейилади. Ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари аслини олганда ҳалқум дистал бўлимининг дивертикуллари ҳисобланади, бироқ, уларнинг пайдо бўлиши кўпинча қизилўнғач функциясининг бузилиши билан ўтади, шунинг учун қизилўнғач патологиясини баён қилишда ушбу касаллик устида тўхталиб ўтиш ўз-ўзидан жоиз ҳисобланади.

Ценкер дивертикули пайдо бўлишида, афтидан, механик омил — овқат луқмасининг ҳалқум деворининг кучсиз жойини кўп босиб туриш, эҳтимол, ҳалқум мушаклари ва қизилўнғачга кириш қисмидаги мушаклар қисқаришининг уйғунлиги бузилиши асосий аҳамият касб этса керак. Айрим муаллифлар ҳалқум, ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари ривожланишида эмбриологик шарт-шароитларнинг аҳамиятига ишора қилиб, эмбрионда ҳалқум деворидаги шу хилдаги бўртмаларни қайд қиладилар.

Патологик анатомияси. Дивертикул аста-секин бир неча йиллар ичида ривожланади. Ҳалқум қуйи бўлими орқа деворида ҳосил бўлган дивертикул қизилўнғачнинг орқа девори ва умуртқа поғонаси орасида пастга тушади. Дивертикул тешиги одатда энлик ва ҳалқумнинг тўғридан-тўғри давоми ҳисобланади ва қизилўнғач кириш қисми олдинга, ҳиқилдоққа силжиган. Дивертикул катта-кичикли-

М. С. Григорьевнинг йиғма статистикаси бўйича кўпроқ ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари (58,7%), сўнгра эпифренал (27,2%) ва эпифренал дивертикуллар (13,4%) учрайди.

Шунингдек туғма ва орттирилган, ҳақиқий ва сохта дивертикуллар фарқ қилинади. Туғма дивертикуллар камдан-кам учрайди. Кўпчилик ҳолларда улар орттирилган бўлади. Девори нормал қизилўнғач деворининг ҳамма қатламларини сақлаган дивертикуллар «ҳақиқий», девори мушак қатламидан маҳрум бўлган дивертикуллар «сохта» деган ном



ги ҳар хил - кичкина ботиқликдан то нок катталигигача бўлади. У овқат билан тўлганда қизилўнгачни олдинга қисиб қўяди ва ютишни жуда қийинлаштиради. Дивертикул қопчасида мушак толалари бўлмайди ва одатда атрофдаги тўқималар билан ёпишиб кетмаган бўлади. Дивертикулнинг ички юзаси ҳалқум шиллиқ пардаси билан қопланган. Баъзан юзасида эрозиялари билан донатор ёки ясси чандиқлари бўлади.

**Клиник манзараси.** Кичик дивертикул бир неча йилгача юзага чиқмаслиги ёки ҳалқумда ачишиш, қирилиш сезгиси, йўтал, ҳалқумда ёт жисм бордек ҳис қилиш, ютиниш бузилиши, кўп сўлак оқиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши, кўнгил айниши каби симптомларни пайдо қилиши мумкин. Кўнгил айниш белгиси баъзан меъда касаллиги тўғрисида ўйлашга мажбур этади. Дивертикул қопчаси катталашуви билан бир вақтда ютишнинг бузилиши пайдо бўлади. Беморга ҳиқилдоқ орқасида овқат тўхтаб қолаётгандек туюлади, агар қопча катта бўлса, қизилўнгачнинг юқори қисмида тўхтаб қолаётгандек бўлади. Овқат луқмаси тўхташи Bensaude ва Gregorie «Блокада феномени» деб тасвирлаган қатор симптомлар билан ўтади: бемор ютиш ҳаракатлари қилади, шундан кейин юзи қизариб, нафаси қиса бошлайди. Қайт қилганидан кейин энгил тортади. Агар қайт қилмаса, боши айланади, қисман ҳушдан кетиш ҳолати юзага келади.

Регургитация ёки қайт қилиш ҳар куни бўлсада, овқат дивертикулда камдан-кам бир неча кун туриб қолади. Дивертикул суюқлигининг регургитацияси ва унинг нафас йўлларига тушиши аспирацион зотилжам касалликларига сабаб бўлади. Бошқа симптомлардан қайтувчи нерв босилиши оқибатида пайдо бўладиган товуш бўғилиши, трахеянинг босилиши сабабли нафас олиш қийинлашувини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Умумий ҳолат бир неча йилгача унчалик ўзгармай қолади. Қатор ҳолларда бемор озиб кетади. Кўздан кечирилганда кўпинча бўйинда бўртиб чиққан жой кўринади (бош орқага ташланганда). Баъзан у буқоқни эслатади. Бўртма юмшоқ консистенцияли бўлиб, босилганда кичиклашади. Беморга сув ичириб бўртиб чиққан жой уриб кўрилганда чайқалиш шовқинини эшитиш мумкин (Купер белгиси). Рентгенологик текширишда контраст модда дивертикулни тўлдирди, сўнгра эса қизилўнгачга ўтади. Тўлган дивертикул қизилўнгачнинг орқа ёки ён томонидан кўриниб туради.

**Кечиши ва асоратлари.** Касаллик жуда секин кечади. Бемор тобора ориқлаб кетади. Аспирацион зотилжам, ўпка абсцесси кўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади. Дивертикулнинг эрозияланган шиллиқ пардасидан қон оқиши, перидивертикулит ва периезофагит, стенокардия пайдо бўлиши эҳтимол. Полиплар ва рак ривожланган ҳоллар тасвирланган. Кўп ҳолларда бемор жуда озиб кетади, ҳолсизланиш орта боради, дивертикул бўшлиғида овқат қолдиқлари доимо

йиғилиб туриши ва уларнинг парчаланиши сабабли яллиғланиш жараёни — дивертикулит ривожланиши мумкин, бу ўз навбатида йирингли медиастинит ва сепсис сабабчиси бўлиши мумкин.

Қизилўнғачнинг учдан бир ўрта қисмидаги дивертикул, ўпка илдизи сатҳида бўлиб, қизилўнғач бош бронх билан кесишадиган жойдан бир оз юқориқда жойлашади. Шунинг учун уларни баъзан эпибронхиал дивертикуллар деб аталади. Қизилўнғач ўрта қисмидаги дивертикуллар тракцион турга тааллуқли бўлади, яъни уларнинг келиб чиқишида кўкс оралиғидаги турли яллиғланиш жараёнларида вужудга келадиган ва қизилўнғач девори қисмини у ёки бу йўналишда тортадиган (ўпка ва плевра касалликларида, ўпка сили, плеврит, зотилжам) битишмаларга катта аҳамият берадилар. Баъзан қизилўнғачнинг бу бўлимида соф пульсион дивертикуллар кузатилади. Уларнинг пайдо бўлишида қизилўнғач иннервацияси бузилиши ёки рефлектор таъсирлар натижасида унда моториканинг издан чиқиши асосий аҳамиятга эга бўлади.

**Патологик анатомияси.** Қизилўнғач ўрта учдан бир қисмининг дивертикули, деворларининг конуссимон ёки юмалоқ бўртиб чиқиши билан ифодаланиб, улар юқорига йўналган, трахея ёки бошқа аъзолар билан бириктирувчи тўқима битишмалари орқали ёпишган. Бу дивертикулларнинг диаметри 1—2 см ва ахён-ахёнда нундан каттароқ, улар кўп сонли бўлиши мумкин. Дивертикул девори қизилўнғач деворига ўхшаш тузилган. Шиллиқ пардаси аксари гиперемияланган, эрозиялари ҳам бўлиши ҳам мумкин. Бундай дивертикулнинг одатда бўйни бўлмайди ва қизилўнғач бўшлиғи билан кенг туташиб туради, шунга кўра уларда овқат тутулиб ва туриб қолиши камдан-кам бўлади.

**Клиникаси.** Бундай дивертикуллар кўпинча клиник жиҳатдан ҳеч қандай белгилар билан юзага чиқмайди, ютишнинг қийинлашуви, тўш орқасидаги оғриқ, қон кетиши кам бўлади. Агар бифуркацион дивертикулларнинг ўлчами катталашиб кетса, улар оғир азоблар келтириб чиқариши мумкин. Бу хилдаги дивертикуллар тамоман осойишта кечади. Айрим ҳоллардагина йирингланиш ва абсцесс ҳосил бўлиши каби асоратлар қайд қилинади, бироқ дивертикулларнинг атрофидаги кўп миқдордаги бириктирувчи тўқимадан иборат битишмалар йирингликнинг тарқалиб кетишига йўл қўймайди. Йирингликнинг бронхлар ва бронх-қизилўнғач фистула (оқма) си ҳосил бўлиши, тешилиши (перфорация) жуда камдан-кам кузатилади. Йирингликнинг қизилўнғачга ёки аортага ёрилиши бундан ҳам кам учрайди.

**Қизилўнғачнинг қуйи учдан бир қисмидаги дивертикул.** қизилўнғачнинг қуйи учдан бир қисми дивертикуллари (эпифренал) аксарият қизилўнғач ампуласидан ёки бевосита ампула тепасида жойлашган қисмдан пайдо бўлади ёки бундан ҳам проксимал қисмида жойлашуви мумкин. Уларни биринчи марта 1804 йилда Deguise тас-

вирлаган, Э. Н. Ванцян 1964 йилда қизилўнғач дивертикули бўлган 202 нафар бемордан 79 нафарда шу дивертикулни аниқлаган. Эпифренал дивертикуллар кўпчилик ҳолларда пульсион ҳисобланади.

**Патогенези.** Бу дивертикуллар патогенези тўғрисида ягона фикр йўқ. Кўпгина тадқиқотчилар тракцион дивертикуллардан фарқли ўлароқ, эпифренал дивертикулларнинг пайдо бўлишини овқат бўлақларининг қизилўнғач деворидаги энг суст жойларни (мушак тутамлари ажралиши, томирлар ўтадиган жой) босиб туриши билан боғлайдилар. Айрим муаллифлар қизилўнғач мушак деворининг туғма заифлигига катта аҳамият берадилар. Jackson овқат бўлагининг босимигина эмас, балки «диафрагма» сфинктери қисқаришларининг бузилиши ҳам патогенетик жиҳатдан аҳамиятга эга деб ҳисоблайдилар.

**Патологик анатомияси.** Эпифренал дивертикуллар қизилўнғачнинг ўрта учдан бир қисмидаги дивертикулларга қараганда йирик-роқ бўлади. Фақат айрим ҳоллардагина улар катта бўлади ва уларнинг сифими 100, ҳатто 200 мл га етади. Эпифренал дивертикуллар катта ўлчамли бўлганида ҳам, уларда овқат қолдиқларининг узоқ вақт тутилиб қолиши ва бузилиши камдан-кам кузатилади. Бу уларнинг диафрагма ва юракка яқин жойлашганлиги билан изоҳланади: диафрагма ҳаракатлари ва юракнинг уриб туриши эпифренал дивертикулга ўтади ва уларнинг бўшлиқлари ритмик равишда кичраяди ва катталашади, бу уларнинг бўшалишига имкон беради. Шиллиқ, пардаси кўпчилик ҳолларда ўзгармаган қўшни аъзолар билан ёпишиб кетиш ҳодисалари одатда йўқ.

**Клиникаси.** Кўпинча дивертикуллар унчалик жиддий бузилишлар келтириб чиқармайди ва рентгенологик текширув вақтидагина аниқланади. 15—20% беморларда нохуш сезги суюқлик ичилгандан ёки қоринга босилгандан кейин йўқолади. Баъзан тўш соҳасида оғриқ сезгиси, қайт қилиш, аэрофагия, йўтал, иштаҳа йўқолиши ва кўнгил айниши кузатилади, қизилўнғачдан қусиш юз бериши ҳам мумкин. Катта ҳажмдаги дивертикул қизилўнғачни босиб қўйиши мумкин, шунга кўра кўкракда оғриқ (айниқса овқатдан кейин) пайдо бўлади, бу юрак уриши, нафас қисиши билан ўтади. Бу симптомлар дивертикул бўшалгандан кейин йўқолади.

Дивертикуллар рентгенологик жиҳатидан осон аниқланади. Бевосита диафрагма устида қизилўнғач деворининг турли ўлчамдаги бўртиб чиққан юмалоқ ёки тухумсимон контурлари аниқланади. Касаллик жуда секин кечади. Кўп ҳолларда дивертикул ўлчами аста-секин катталашади.

Эпифренал дивертикулларни диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраларидан фарқ қилиш лозим. Камдан-кам ҳолларда унчалик катта бўлмаган дивертикулларни қизилўнғач ярасидан фарқ қилишда қийинчилик вужудга келади. Дивертикул билан мегаэзофагус (кардия ахалазияси) белгиларининг бирмунча ўхшашликлари бор.

Халқум-қизилўнгач дивертикулларига даво қилиш - консерватив. Даволаш парҳезга қатъий риоя қилиш, дивертикулни дренажлаш, ювишдан иборат ва операция қилиб даволашга монелик бўлгандагина қўлланилади. Операция қилмасдан даволашда ўлим, дивертикулдаги турли хил асоратларга боғлиқ ва 33% ни ташкил этади. Операция қилиб даволаш дивертикулни кесиш ёки инвагинация қилишдан иборат. Дивертикулдаги яллиғланиш ҳодисаларини тўхта-тишга қаратилган консерватив даволаш энг зарур тадбир ҳисобланади (қаттиқ парҳез, 7—10 кунгача яллиғланишга қарши воситалар ва антибиотиклар ишлатиш).

Тўш-ўмров-сўргичсимон мушакнинг олдинги чети бўйлаб кесилади, қалқонсимон без чап бўлагини юқорига ва ўнгга сурилади. Олдин қуйи қалқонсимон артерияни боғлаб *m. omohyoideus* ни юқорига сурилади. Шундан кейин жароҳатда қизилўнгач ва дивертикул кўриниб туради. Дивертикулни ҳамма томондан бўйни-гача ажратилади, чоклар билан тикилади ва кесиб олиб ташланади Т. А. Суворова УКЛ-40 аппарати ёрдамида механик чокдан фойдаланишни тавсия этади. Дивертикул олиб ташлангандан кейин мушаклар ва фасцияларга чоклар солинади. Жароҳатни пишиқ қилиб тикилади. Овқат ейиш ва суюқлик ичишга 3—4 суткаларнинг охирига келиб рухсат берилади.

Дивертикул инвагинацияси (Girard) - дивертикулни қизилўнгач бўшлиғига жойлашдан иборат. Бундай операцияни унчалик катта бўлмаган дивертикуллардагина қўлланилади. Ҳозирги вақтда қизилўнгач дивертикулларини операция йўли билан даволашдаги хавф-хатар бирмунча юқори. Шунинг учун дивертикулларни тахминан 10-15% беморларда операция қилинади, холос. Яхши бўшала-майдиған, кўпинча яллиғланиб турадиған ва рўйи рост клиник белгилари бўлған ўлчами катта дивертикул хирургик даволаш учун кўрсатма ҳисобланади.

Парабронхиал дивертикулларни ўнг томонлама торакотомия билан 6 қовурғалар орасида, эпифренал дивертикулларни чап томонлама торакотомия билан 7—8 қовурғалар орасида операция қилган маъқулроқ. Плевра бўшлиғи очилгандан кейин медиастинал плевра қирқилади, қизилўнгач топилади. Қизилўнгачга бурун орқали зонд киритилади ва уни ҳаво билан кенгайтирилади. Бу дивертикулни топиш ва ажратишни бирмунча осонлаштиради. Дивертикулни оёқча-сигача ажратилади. Диаметри 2 см гача бўлған дивертикуллар жим-жимадор чоклар билан тикилиши мумкин. Ўлчами 2 см дан катта дивертикуллар эса олиб ташланади. Дивертикул бўйнини узлуксиз ёки бошқача чок билан тикилади, катта дивертикулларда механик чок қўлланилади. Чокларнинг иккинчи қаторини қизилўнгачнинг мушак пардасига қўйилади. Чокларнинг чизигини париетал плевра (Депк), ўпка тўқимаси (Nissen), диафрагма лахтаги (Б. В. Петровский, Т. А. Суворова), капрон девор (А.А. Вишневский) ва шу каби-

лар билан маҳкамланади. Бу тадбирлар чокларнинг ситилиб кетмаслиги учун қилинади.

Операциядан кейинги асоратлар қаторига яна зотилжам ва қизилўнғач торайишини киритиш мумкин.

### ҚИЗИЛЎНГАЧ ЎСМАЛАРИ

Қизилўнғач ўсмалари: хавфсиз ва хавфли ўсмаларга бўлинади. қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмалари камдан-кам учрайди. Palmer маълумотларига биноан адабиётда қизилўнғач хавфсиз ўсмаларининг қарийб 350 ҳодисаси тасвирланган. Қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмалари кўпроқ, эркакларда учрайди. Юртимиз адабиётларида, қизилўнғач хавфсиз ўсмаларининг 63 нафар беморда учрагани тасвирланган. Ўсмалар аксарият қизилўнғачнинг юқори учдан бир ва ўрта қисмида жойлашади. Морфологик тузилиши жиҳатидан бу ўсмалар эпителиал ўсмалар қаторига киради. Буларга қизилўнғач полиплари, бириктирувчи тўқимадан ташкил топган ўсмалар (фиброма, фибролипома), томир тўқимасидан келиб чиққан ўсмалар (гемангиома), нерв тўқимасидан пайдо бўлган ўсмалар (нейрофиброма), мушак тўқимасидан ҳосил бўлган ўсмалар (лейомиома) киради. Қизилўнғачда аксарият лейомиомалар (70% ҳолларда) ривожланади.

**Этиологияси ва патогенези.** Қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмалари пайдо бўлиши, умуман ўсмаларнинг пайдо бўлиши сингари, етарлича ўрганиб чиқилмаган. Бу ўринда жуда иссиқ, қаттиқ ва аччиқ овқатлар истеъмол қилиш натижасида қизилўнғач шиллиқ пардасининг сурункали тарзда таъсирланиб туришининг аҳамиятини қайд қилиб ўтиш лозим.

**Патологик анатомияси.** Қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмалари якка ва кўп сонли бўлиши мумкин. Бўшлиқ ичидаги (интрамурал, шиллиқ пардадан ташқаридаги) хавфсиз ўсмалар фарқ қилинади. Кўпчилик ҳолларда бўшлиқ ичи ўсмалари учрайди. Уларда оёқча бўлиши ҳам, бўлмаслиги ҳам мумкин. Оёқчали ўсмалар (аксарият фибромалар) одатда қизилўнғачнинг энг проксимал ёки дистал бўлимида жойлашади. Ўсманинг ўлчамлари бирмунча катта. Энг йирик ўсма (лейомиома) ни Кеппер тасвирлаган, унинг оғирлиги 1 кг 420 г бўлган. Лейомиомалар кўп учрайди, улар якка-якка ва кўп сонли тугунлар кўринишида бўлади. Қизилўнғач деворининг бутун мушак қатлами ичига диффуз кирган кўп сонли майда тугунчалар кўринишидаги тарқалган лейомиоматоз ҳам учраб туради.

Лейомиомаларнинг юзаси одатда силлиқ, юмалоқ тузилмалар кўринишида, атрофдаги тўқимадан яхши чегараланган, улар тартибсиз жойлашган мушак толалари ёки уларнинг тутамларидан иборат бўлиб, орасида баъзан некрозга учраган қисмлар, қон қуйилишлар ва оҳакланган қисмлар учрайди.

Липомалар ёғ тўқимадан ташкил топган бўлиб, кучсиз стромаси бор, бўлаксимон тузилган.

**Клиник манзараси.** Қизилўнғачнинг унчалик катта бўлмаган ўсмалари симптомларсиз ўтади ва меъда-ичак йўлини рентгенологик текширишда, операциялар ёки очиш вақтида тасодифан топилади.

Lewis ва Махжиела адабиётда қизилўнғач лейомиомасининг 155 та ҳодисасини йиғиб тасвирлаганлар; улардан 47 таси операция вақтида, қолганлари аутопсия вақтида аниқланган. 96 ҳодисада ўсмалар симптомларсиз ўтган, 46 тасида у ёки бу симптомлар бўлган.

Энг кўп учрайдиган дисфагия симптоми одатда вақти-вақтида юзага чиқади ва кўп йиллар ичида жуда аста-секин орта боради (бу ҳодиса рақда жуда кам учрайди). Тўш орқасидаги оғриқ, босилиш ва тўлиб кетиш сезгиси, диспептик ҳодисалар бундан кейинги ўринда туради. Полиплар ва гемангиомалардан баъзан профуз қон кетиши эҳтимоли бор. Қизилўнғачнинг проксимал бўлимида жойлашадиган узун оёқчали полиплар қайт қилишда оғиз бўшлиғига, ҳалқум ва ҳиқилдоққа чиқиб қолиши мумкин. Полип ҳалқум ёки ҳиқилдоққа тушганда қаттиқ йўтал хуружи, асфиксия, баъзида ўлим юз бериши мумкин.

Қизилўнғачнинг катта хавфсиз ўсмалари трахео-бронхиал шохни босиб қўйиши ва ўпканинг яллиғланиш касалликларига, ателектазлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Трахея, бронхлар, нервлар, юрак ва кўкс оралиғидаги бошқа аъзоларнинг қизилўнғач деворидан ташқарида ўсаётган ўсмадан босилиши натижасида нафас қисиши, йўтал, юрак уриши, юрак соҳасида оғриқ ва бошқа бузилишлар пайдо бўлиши мумкин. Қатор ҳолларда ўсма устидаги шиллиқ пардада некроз, яллиғланиш ва яралар ҳосил бўлиши кузатилади.

Қизилўнғач хавфсиз ўсмаларининг хавfli ўзгаришга ўтиши имконияти ҳам эҳтимолдан холи эмас.

Баъзи бир муаллифларнинг маълумотларига кўра, қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмалари кўпинча унинг перистальтикаси бузилишлари билан ўтиб, диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурралари вужудга келиши учун шарт-шароитлар ҳозирлаб беради.

Рентгенологик текшириш. Қизилўнғач полипозидан қизилўнғачнинг варикоз кенгайган веналари рентгенологик манзарасини эслатиши мумкин. Полипнинг рентгенологик белгилари қуйидагилар:

- 1) унчалик катта бўлмаган юмалоқ ёки овал тўлиш нуқсониди;
- 2) оёқчаси бўлганда бу нуқсоннинг муайян чегараларда силжиши;
- 3) қизилўнғач перистальтикаси бузилмаган;
- 4) қизилўнғач деворларининг қайишқоқлиги сақланиб қолган;

5) қизилўнғач бўшлиғининг полип сатҳида дуксимон кенгайганлиги;

6) кўкрак оралиғи соясининг кенгайганлиги.

Қизилўнғачнинг шиллиқ парда остидаги қаватида жойлашган жуда кичкина липомалар (0,2—0,3 см) рентгенологик жиҳатдан аниқланадиган ўзгаришлар ҳосил қилмаслиги мумкин.

Катта ўлчамдаги липомалар типик тўлиш нуқсони билан қизилўнғач бўшлиғининг бекилиб қолишига сабаб бўлади. Эзофагоскопияда ўсма одатда осонликча аниқланади. Шиллиқ парда ўзгармаган, бироқ унинг овқат бўлагидан шикастланиб туриши сабабли яллиғланиш ва яра-чақалардан асарлар қолиши мумкин.

**Диагнози.** Қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмаларига рентгенологик ва эзофагоскопик текшириш асосида, шунингдек касалликнинг клиник манзарасига суяниб диагноз қўйилади.

Қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмасини рақдан фарқ қилиш аксарият қийин бўлади. Бундай ҳолларда дисфагиянинг қанча вақтдан буён борлиги, беморнинг умумий ҳолатига (тобора ориқлаб кетиш-кетмаслиги, иштаҳа айниши —



6-расм. Қизилўнғач-меъда соҳасидаги карцинома (эндоскопик сонография).

гўштдан воз кечиш, қонда ўзгаришлар — РОЭ тезлашуви), ўмров устидаги лимфатик безларнинг ҳолатига аҳамият бериш ва рентген суратларни қунт билан таҳлил қилиш зарур. Хавфсиз ўсмалар силлиқ контурга, қатор ҳолларда узун оёқчага эга.

Улар атрофидаги шиллиқ парда қайишқоқлигини ва ўзига хос тасвирини сақлаб қолади. Бироқ фақат рентгенологик текширишлар маълумотларига асосланиб рақ борлигини ёки йўқлигини ҳамиша ҳам билиб бўлмайди, чунки хавfli ўсмалар кам оёқчада жойлашган ва етарлича силлиқ контурларга эга бўлиши мумкин. Бирмунча йшончли маълумотлар эзофагоскопияда олиниши мумкин. Шубҳали ҳолларда биопсия қилинади, ўсманнинг хавфсиз характерига шубҳа қилинганда биопсияни ниҳоятда эҳтиётлик билан ўтказиш лозим, чунки гемангиомаларда кучли қон оқишлар юз бериши ҳэҳтимол.

Ўсманнинг айниши ёки бошқа асоратлар пайдо бўлишининг олдини олиш (қон оқиши, яллиғланиш ва х.к.) учун хирургик даво (ҳатто ўсманнинг ўлчамлари кичик ва симптомлари кам бўлса-да) қилинади. Оёқчали ўсмани эзофагоскоп ёрдамида олиб ташлаш

мумкин. Бундай операцияни биринчи марта 1907 йилда Jackson бажарган.

Қизилўнгач кўкрак бўлимнинг интрамурал ўсмаларида тора-котомия талаб этилади. Ўсманинг характери, ўлчамлари ва жойла-шувига кўра унинг энуклеацияси ёки қизилўнгач резекцияси опе-рацияси ўтказилади. Қизилўнгач деворидаги катта нуқсонлар ўрни-ни тўлдириш учун аллопластика (Э. Н. Ванцян) ёки диафрагма лах-таги билан пластика қилинади (Т. А. Суворова). Lewis маълумотла-рига кўра операциядан ўлим ҳоллари 9,3% га етади. Қизилўнгач хавфсиз ўсмаларини олиб ташлаш операциясидан кейинги давр одат-да асоратларсиз ўтади.

Кейинчалик ўсманинг қайталаниш ҳоллари қайд қилинмаган. Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, қизилўнгачнинг хавфсиз ўсма-ларини диагностика қилишда клиник маълумотларга оқилона баҳо бериш билан бирга замонавий текшириш усулларини қўлланиши-нинг аҳамияти катта. Ўсмаларнинг хавfli айнишга учраш имкони-ятини бартараф қилиш учун уларни иложи борича эрта олиб таш-лаш зарур.



## ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички аъзоларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Қорин пардаси билан қопланмаган ички аъзоларнинг табиий тешиклар орқали чиқишига тушиш (prolapsus) дейилади.

Қорин чурраларидан фарқли равишда эвентерацияда ички аъзоларнинг париетал қорин пардасисиз шикастланган қорин девори орқали тери остига (тери ости эвентерацияси) ёки ташқарига (ташқи эвентерация) чиқиши содир бўлади.

Қорин чурралари ташқи ва ички бўлади.

Ташқи чурраларда ички аъзолар қориннинг олдинги деворидаги, чаноқ, бел ёки думба соҳасидаги тешик орқали ташқарига чиқади.

Қориннинг ички чурраси қориндаги ички аъзоларнинг қорин пардаларига ва қорин бўшлиғидаги ичак халталарига (bursa omentalis, foramen Winslow, recessus subcolicalis ilieocolis, intersigmoidsus), шунингдек диафрагманинг табиий ёки орттирилган тешикларига чиқишидан иборат.

Қориннинг ташқи чурралари — кўп учрайдиган хасталик, чурра билан ҳамма аҳолининг 3-4 фоизи оғриydi. Энг кўп чов чурралари (75%), сўнгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги чурралар (14%) кузатилади, чурраларнинг қолган формалари 1 фоизни ташқил қилади. Эрақларда кўпроқ чов чурралари, аёлларда сон ва киндик чурралари бўлади.

Қорин ташқи чурралари классификацияси

А. Келиб чиқишига кўра:

1. Туғма чурралар.

II. Орттирилган чурралар.

1. Зўриқишдан бўладиган чурралар.

2. Дармонсизликдан бўладиган чурралар.

3. Операциядан кейинги чурралар.

4. Травматик чурралар.

5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: чов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсиқ чурралари, қориннинг ён чурралари, бел, куймич, ёпқич тешик, оралиқ чурралари.

В. Клиник кечишига кўра:

1. Асоратланмаган (тўғриланадиган) чурралар.

2. Асоратланган чурралар (тўғриланмайдиган, қисилган, копростаз, чурра яллиғланиши).

Г. Ривожланиш босқичлари бўйича:

1. Нотўлиқ (бошланғич, канал, уруғ тизимчаси чурраси).

2. Тўлиқ.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиги, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ бойлами, томир-нерв дасталари ва ҳ. к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал чурраларда ёриқ кўринишида ёки катта ўлчамли бўлиши мумкин. Дарвозаларининг ўлчамларига кўра чурра дарвозаси кичик (диаметрда 2 см гача), дарвозаси ўртача (2 дан 4 см гача) ва чурра дарвозаси катта чурралар (4 см дан кўп) фарқ қилинади.

Чурра қопчаси — қорин пардасининг чурра дарвозалари орқали чиқадиган ички аъзоларни қоплаб турадиган париетал варағидир. Туғма чов чурраларида қорин пардасининг ўсиб етилмаган қин ўсимтаси (processus vaginalis peritonei) чурра қопчаси бўлиб ҳисобланади.

Чурра қопчасида: оғзи, бўйинчаси, танаси ва туби фарқ қилинади. Чурра халтачаси турли ўлчамда ва шаклда бўлиши мумкин.

Халтача қорин бўшлиғи билан туташадиган жой — оғзи дейилади. Бўйинчаси — чурра халтачасининг оғзи билан туташадиган энг тор участкадир. Бўйинчада аксарият чурра қисилиши рўй беради.

Асоратланмаган чурраларда халтача девори қорин пардасининг силлиқ юпқа варағидан иборат бўлади, унинг юзасида ёғ қатламлари бўлиши эҳтимол. Асоратланган чуррада халтача девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалин тортади, бириктирувчи тўқима ривожланиши ва халтача ичида битишмалар борлиги ҳисобига дағал бўлиб қолади. Чурра қопчаси ички юзаси халтача ичидаги нарса билан ёки деворларининг бир-бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Чурра халтачасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «қум соат» кўринишини олади, унинг деворида кисталар пайдо бўлмайди.

Чурра халтачаси эмбрионал киндик чурраларида бўлмаслиги мумкин, улардаги тушган ички аъзолар амнион билан қопланган. «Сирпанувчи» чурраларда ҳам халтачаси қисман бўлмайди. Бу қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган аъзо (кўричак, қовуқ) чиққанда ва қорин пардаси ёрилган сохта травматик чурраларда кузатилади. Н. В. Антелава маълумотларига кўра сирпанувчан чурралар 4,6% ҳолларда учрайди.

Парда чурралари чурра билан бирга чиқадиган ва чурра халтачасини қоплаб оладиган қорин деворининг ҳамма қатламларини ҳосил қилади. Уларга қорин пардаси олдидаги клетчатка, фасция пластинкалари, мускул толалари (масалан, m. cremaster), уруғ тизимчаси элементлари киради.

Чурра халтачасида қорин бўшлиғидаги аъзолардан ҳар қайсиси бўлиши мумкин. Ички аъзолардан айримлари қуйидаги тартибда учрайди:

а) ингичка ичак қовузоғи; б) чарви; в) ичак тутқичи билан таъминланган йўғон ичак бўлимлари; г) чувалчангсимон ўсимта ва йўғон ичакнинг ёғ қўшимчалари; д) бачадон найчалари ва тухумдон, баъзан бачадон; е) ичак тутқич; ж) қорин пардаси билан қопланган аъзолар (сийдик пуфаги, чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими, кўричак); з) қорин пардаси ортида жойлашган аъзолар (буйрак, сийдик йўли, меъда ости бези, простата бези функцияси бузилганда); и) меъда, талоқ, ўт пуфаги, Меккель дивертикули.

Бўртиб чиқадиган халтача чурра ичидаги аъзо ва чурра дарвозалари вазияти ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиш амалий жиҳатдан аҳамиятлидир. Халтача қорин деворининг юқорисига кирган, бироқ унинг қатламлари орасига сурилиб улгурмаган бошланғич чурра; канал чурраси ва тери остига ўтган тўлиқ чурра фарқ қилинади.

Баъзан чурра халтачаси айрим мускул ва фасциал қатламлар орасидан оралиқ ёки интерстициал чурра кўринишида йўл солади, тери остидан эмас, балки мускул ёки апоневроз остидан чиқади.

**Қорин чурралари этиологияси ва патогенези.** Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, мойил қиладиган ва келтириб чиқарадиган турларга бўлинади.

Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига чурра энг кўп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради. Бу кучсиз жойлар ёки «чурра нуқталари» қуйидагилардир: а) чов канали соҳаси; б) сондаги овал чуқурча соҳаси; в) қорин оқ чизиги апоневрозининг киндик устидаги ва киндик олдидаги бўлими; г) Спигели чизиги соҳаси; д) Пти учбурчаги соҳаси; е) Грюнфельд—Лесгафт тўртбурчаги соҳаси; ж) ёпқич тешик соҳаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёлларда ва эркакларда турли хил чурраларнинг тақсимланишига ҳам таъсир кўрсатади. Сон чурраларининг кўп учраши аёлларда чаноқ ҳалқаси энининг сербарлиги билан боғлиқ. Эркакларда чов чурраларининг кўп учраши уларда чов ҳалқасининг бирмунча кенглиги билан изоҳланади. Эмбрион даврида у орқали тухум ёрғоққа тушади ва уруғ каналчаси (тизимчаси)дан ўтади, шунингдек чов ёриги тузилишининг ҳам ўзига хос хусусияти (учбурчак) бор. Аёлларда чов оралари ёриқсимон шаклга эга.

Умумий мойиллик қиладиган омилларга: ирсият, ёш (умрининг биринчи ёшидаги болаларда кўкрак девори кучсиз, кексаларда қорин девори тўқималари атрофияга учраган бўлади), жинс (аёлларда чанок ва сон ҳалқасининг тузилиш хусусиятлари, эркакларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориқлик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги чандиқлар, қорин девори нервлари фалажини киритадилар.

Бу умумий омиллар қорин деворининг маҳаллий заифланиб қолишига олиб келади.

**Келтириб чиқарадиган омиллар.** Бу қорин ичида босимни оширадиган омиллардир, чунончи: оғир жисмоний меҳнат, туғруқнинг қийин ўтиши, жуда оғир юкларни кўтариш ёки оғир нарсани тутиб туриш учун кўп куч сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Чурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган чурра» дейилади.

Қорин девори мускуллари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «ҳолсизликдан пайдо бўладиган чурра» дейилади (масалан, умуртқа поғонаси, орқа мия ва нервлар шикастлангандан кейин тўқималар трофикаси пасайганда, тез ориқлаб кетишда).

Чурралар келиб чиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан муסיқа асбобларини чалгандаги зўриқиш, эмфизема ва ўпка сили, кўкйўталдаги йўталиш, қабзият ва уретра стриктурасидаги, простата беzi аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, асцит ва бошқаларни эслатиб ўтиш мумкин.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ ҳолда (туғма ёки орттирилган) ҳар хил бўлади.

Туғма чуррада чурра дарвозалари ва чурра халтачаси аввал шаклланади, сўнгра жисмоний зўриқиш натижасида ички аъзолар чурра халтачасига киради. Орттирилган чурраларда эса қорин ичидаги босим ошганда ички органлар қорин девори қатламларини суриб, париятал қорин пардасини чўзиб юборади ва чурра халтачаси шаклланади.

### **Қорин чурраларини аниқлаш симптомлари**

Симптомлари бўйича асоратланмаган чурралар (тўғриланадиган, жойига солинадиган), хроник асоратланган (тўғриланмайдиган) ва ўткир асоратланган чурраларни фарқ қилиш лозим.

Асоратланмаган ташқи чурралар субъектив турли-туман намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайди. Аксарият беморлар чурра соҳасида жойлашган симиллаган, қаттиқ оғриқдан нолийдилар. Оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғич чов чуррасида — мойкка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал вазиятда кучаяди. Дис-

пептик шикоятлар: кекириш, жиғилдон қайнаши, кўнгил айнаши, баъзан қусиш, дизурия, қабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал ҳолатда) текширилади.

Асоратланмаган ташқи чурраларнинг асосий объектив белгилари:

а) чурра жойлашуви учун хос зонадаги бир оз шиш;

б) чурра ичидагини қорин бўшлиғига киритишга боғлиқ бўлган шиш кўриниши ва ҳажмининг тез ва осон ўзгарувчанлиги;

в) қорин бўшлиғига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб чиқиш нуқсони — «чурра дарвозаси» борлиги;

г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғриладан кейин, эҳтимол, пайпаслаш ёрдамида чурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлчамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, чурра дарвозасининг чурра пардаси ва чурра халтачаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

- чуррада ичак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпанит пайдо бўлишидан аниқланади;

- чуррада кўп ичак қисми борлиги (айниқса сирпанувчан чурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўғон ичакни рентгенография қилишда аниқланади;

- чуррадаги қовуқ, деворини (сирпанувчан чурра) дизурия борлигидан ва қовуқни цистоскопия ёки рентгенография қилиш ёрдамида (сергозин) аниқлашга муваффақ, бўлинади;

- чуррада аёл ички аъзолари борлигини баъзан ҳайз кўриш даврида бўртманинг шишиб чиқишидан билса бўлади.

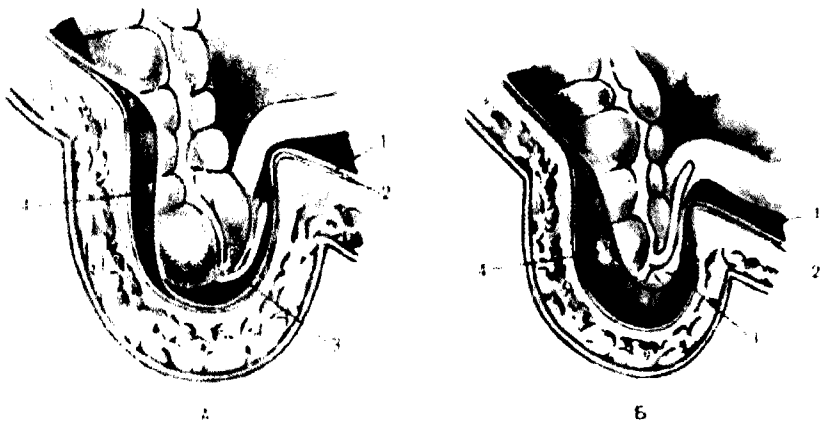
**Сирпанувчан чурралар.** Бу чурра халтчасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам ҳолларда батамом бўлмайди.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият қийшиқ чов чурраларида, қовуқники эса — тўғри чов чурраларида бўлади. Сирпанувчан чурралар ҳамма чов чурраларининг 1—1,5 фоизини ташқил қилади. Улар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чуррасининг патогномоник симптомлари бўлмайди. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Диагностикасига йўғон ичакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовуқнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чиқариш бузилади ёки сийдик икки бўлиб чиқарилади (аввалига бемор қовуғини бўшади, кейин чурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик чиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди).



1-расм. Кўричак сирпанувчи чурраси:

1 - peritoneum; 2 - fascia transversalis; 3 - чурра қопчаси; 4 - кўричак девори.

Қовуқнинг сирпанувчан чуррасига шубҳа қилинганда қовуқни катетерлаш ва цистография қилиш зарур.

**Асоратланмаган чурраларни даволаш.** Чурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси:

- а) чурра халтачасини чурра пардаларидан ажратиш;
- б) халтачани очиш, битишмадан чурра ичидаги аъзони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш;
- в) чурра халтачасини тортиб олиш, уни оғзи сатҳида — бўйнидан тикиш ва қирқиб ташлаш;
- г) чурра дарвозаларини чоклар билан ёпишдан иборат.

Чурра деворларини маҳаллий бир хил турдаги тўқималар тикиш йўли билан ёпиш усуллари лозим бўлган.

Операциядан кейинги даврда йўтал, бронхит, зотилжам, қорин дам бўлишининг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга — нафас гимнастикаси, эрта ўриндан туриш (2—4 — кун), 2—3 ҳафта мобайнида дам олиш, 2—3 ҳафта мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган ҳоллар: юрак ва нафас етишмовчилиги бўлган жуда кексалик, қон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуқсони, III босқичдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Асоратланмаган чурраларни консерватив даволаш бандаж тақиш-ни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш чурра ичида чандиқлар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички аъзоларни чиқиб қолишдан ва чуррани қисилишдан ҳамиша ҳам сақлаб қола олмайди.



2-расм. Сирпанувчи чуррада кисет чок қўйиш жараёни.

Қорин чурралари профилактикаси қуйидагича ўтказилади:

1) қорин девори мускуллари мустаҳкамланади, бунинг учун гимнастика машғулоти, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилади;

2) ишда чуррага сабаб бўладиган ортиқча жисмоний зўриқишлардан сақланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза қилиш, ишчиларни жисмоний ишларга тўғри танлаш лозим;

3) ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг охири ойларида белбоғ-бандаж тақиб юришлари керак, туғруқдан кейин эса қоринни массаж қилиш ва қорин мускулларини мустаҳкамлаш учун махсус машқлар тавсия этилади;

4) болаларнинг гигиена, овқатланиш қоидаларига риоя қилиши, уларда ичак фаолияти, нафас аъзолари ва сийдик чиқаришнинг нормал ўтишини кузатиб бориш, қорин деворидаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида уларни кунт билан синчиклаб текшириш, борди-ю, чурра аниқланса, болаликда операция усулида олиб ташлаш;

5) ёғ босишга ва айниқса ундан кейин қаттиқ ориқлаб кетишга қарши курашиш;

6) операциядан кейин чурраларнинг профилактикаси жароҳат йирингланишининг профилактикасидан иборат, бунинг учун қорин жароҳати тампонада қилинади, лапаротомияни бошдан кечирган шахсларга 2—4 ҳафта муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини чиниқтириш зарур.

## Чов чурралари (*hernia inguinalis*)

**Чов соҳаси анатомияси.** Чов (ёнбош-чов) соҳаси пастдан - пупарт бойлами, юқоридан — иккала *Spinae iliaca anteriores superiores* ни туташтирадиган горизонтал чизиқ билан, медиал томондан - қорин тўғри мушагининг ташқи чети билан чегараланган. Чов соҳасининг пастки бўлими чов учбурчаги дейилади. Унинг юқори томони чов бойламининг ташқи ва учдан бир ўрта қисми билан тўғри мушакнинг латерал чеккаси ўртасидаги нуқтани туташтириб турадиган горизонтал чизиқ ҳисобланади, пастки томони — чов бойлами, медиал томони — қорин тўғри мускулининг ташқи чеккасидир. Чов учбурчагида чов канали ва чов чурралари чиқадиган жой бўлади.

Чов учбурчагининг пастки бурчагига чов орқали проекцияланади — бу юқоридан қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккаси, пастдан — пупарт бойлами, медиал томондан — қорин тўғри мускулининг ташқи чеккаси ва *m. cremaster* толалари билан чегараланган бўшлиқдир.

Чов оралиғи шаклига кўра учбурчак, юмалоқ, овал ва ёриқсимон бўлиши мумкин. Аёлларда чов оралиғи ўлчамлари кичикроқ, А. П. Кримов таърифига кўра, аёлларда чов соҳасининг мускул девори «эркакларникидан бирмунча мукамал», шунинг учун ҳам чов чурралари кўпроқ эркакларда учрайди.

Чов канали (*canalis inguinalis*) узунлиги 4—5 см, қуйидаги деворлари бор:

юқоридан — ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккаси, пастдан — пупарт бойлами, орқадан — кўндаланг фасция ва олдиндан — ташқи қийшиқ мускул апоневрози.

Чов каналининг ички тешиги олдинги қорин деворининг орқа юзасидаги чуқурчага (ўймага) мувофиқ келади, у *plica epigastrica* дан ва уруғ тизимчасидан латерал жойлашган латерал чов чуқурчаси дейилади.

Чов каналининг ташқи тешиги ташқи қийшиқ мускул апоневрози толаларининг *cnus superior* ва *cnus inferior* га бўлиниб кетишидан ҳосил бўлган ва соғлом эркакларда кўрсаткич бармоқнинг учини ўтказди. Кўндаланг жойлашган толалар *fibrae intercostalis* апоневрози мустаҳкам қилади. Эркакларда чов канали орқали уруғ тизимчаси, аёлларда эса юмалоқ бачадон бойлами ўтади, чурра бўлмаганда чов канали кўринмайди.

Қийшиқ, тўғри ва интрапариетал чов чурралари фарқ қилинади. Латерал чуқурча орқали чиқадиган ва чов каналининг ички тешиги ҳисобланган чов чурралари қийшиқ чов чурралари деб аталади: чурра *plica epigastrica* дан ва уруғ тизимчасидан медиалроқ жойлашган медиал чов чуқурчаси орқали чиққанда тўғри чов чурраси вужудга келади. Чурра тўғри йўл солади, унинг номи шундан келиб чиққан. Тўғри чурраларнинг қовуқ усти чуқурчаси орқали чиқиши ҳам мумкин.





3-расм. Қорин олди деворининг ички томонидан кўриниши:

1 - m. rectus abdominis; 2 - lig. interfoveolare; 3 - anulus inguinalis profundus; 4 - lig. inguinale; 5 - a. et v. epigastrica inferior; 6 - лимфатические узлы; 7 - lig. lacunare; 8 - a. et v. iliaca externa; 9 - foramen obturatorium; 10 - n. obturatorius; 11 - a. et v. obturatoria; 12 - ureter dexter; 13 - ductus deferens; 14 - vesica urinaria; 15 - peritoneum; 16 - fossa supravescicalis; 17 - fossa inguinalis medialis; 18 - lig. inguinale; 19 - fossa inguinalis lateralis; 20 - plica umbilicalis media; 21 - plica umbilicalis medialis; 22 - plica umbilicalis lateralis.

Интрапариетал чурралар қийшиқ чов чурраларининг кўриниши бўлиб, уларда чурра халтачаси қорин девори қатламлари орасида жойлашади ва чурра унинг устидан мутлақо чиқиб турмаслиги мумкин.

Эмбрионал даврида чов канали орқали processus vaginalis peritonei ўтади. Шу processus vaginalis peritonei ўсиб етилмаганда туғма чов чурраси ҳосил бўлиши мумкин. Туғма чов чурраларида ичида мойги бўлган сероз бўшлиқ чурра халтачаси бўшлиғи ва қорин бўшлиғи билан туташади. Туғма чов чуррасига қин ўсимтасининг ўрта қисми облитерациясида вужудга келадиган чуррани ҳам киритиш лозим, чунки унинг проксимал қисми кенгайган бўлади ва чурра халтачаси ҳисобланади.

Ривожланиш босқичлари бўйича бошланғич, канал ва тўлиқ чов чурраси фарқ қилинади. Тўлиқ қийшиқ чов чурралари катталашиб, ёрғоққа тушади (чов-ёрғоқ чурралари дейиладиган чурралар).

Тўғри чов чурралари олат илдизи олдида тери остидан бўртиб чиқиб туради ва ҳатто ўлчами каттагина бўлганда ҳам ёрғоққа камдан-кам тушади.

**Чурра ривожланишида аҳамияти бўлган чов учбурчагининг тузилиш хусусиятлари:**

1) чов оралиғининг шакли ва баландлиги. Чов оралиғи учбурчак, юмалоқ шаклларда ва баланд (5,5 см гача) бўлганда бундай

чов «кучсиз» (юмшоқ, майин) дейилади ва чурра кўпроқ пайдо бўлади (эркакларда).

2) агар ташқи чов ҳалқа соҳасида *fibrae intercruralis* кучсиз ривожланган бўлса ёки бўлмаса, бу ҳолда чов ҳалқаси қорин ичидаги босимга кам қаршилик кўрсатади ва чурра ривожланади.

3) Н. И. Кукуджанов ишларига биноан соғлом одамларда чов канали девори қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози билан бирга ички қийшиқ мускул толасидан, юқори девори эса фақат кўндаланг мускул чеккасидан ҳосил бўлган. Агар ички қийшиқ мускул уруғ тизимчасини олд томондан ёпиб турмаса, бу ҳолда чов канали деворларининг сустлиги ва чов чурралари ҳосил бўлишига мойиллик вужудга келади.

4) чов каналининг орқа девори кўндаланг фасциядан иборат, у чов бойлами олдида ва қорин тўғри мускулининг ташқи чеккасида *lig. Henle* ҳисобига зичлашади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик тола-лар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

**Симптомлари.** Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалоқ;

2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра ҳалтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада - латерал пайпаслаб кўрилади;

3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;

4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда - қийшиқ;

5) ёш - тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;

6) тўғри чурраларда а. epigastrica inferior пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;

7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали ков орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов уч-бурчаги латерал бўлимнинг мускул-апоневротик элементлари ҳалақит беради;

8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «куч-сизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;

9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

**Чов чурраларини даволаш.** Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Операциянинг асосий босқичлари:

1) Пупарт бойламига параллел ҳолда қийшиқ чов кесмаси очилади, тери, тери ости клетчаткаси, иккита юза фасция, жумладан Томпсон ва қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози тилинади;

2) чурра халтачасини ажратиш;

3) чурра халтачасини очиш ва ичидаги аъзони киритиш (тўғрилаш);

4) чурра халтачасининг бўйнини иккала томондан тикиш, боғлаш ва халтачасини қирқиш. Катта чурраларда чурра халтачаси ажратилмай, бўйни олдидан кўндалангига кесилади ва кисет чок билан ичидан тикилади, боғланади, халтача периферик қисмини эса ёрғоқда қолдирилади (В. И. Разумовский бўйича);

5) чурра дарвозалари пластикаси.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёқчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёқчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Ҳалқадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларнинг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустақамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Чемпионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади.

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларини енгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалоқланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан пупарт бойлами апоневрози)ни кўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

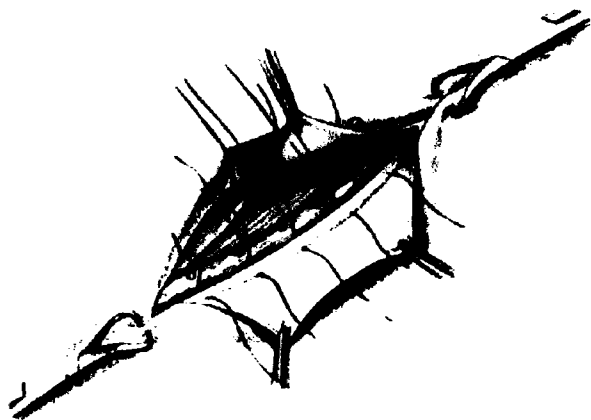
Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустақамлайдиган усуллар қўлланилади.

**Бассини усули** — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

**Кукуджанов усули** (содалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг

пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри мушак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет ҳолида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иглар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дупликатура ҳосил қилинади.



4-расм. Чов каналини Жирар-Спасокукоцкий Кимбаровский чоклари билан пластика қилиш.



5-расм. Чов каналини Бассини усулида пластика қилиш.

**Постемский усули** — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дупликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

Бу методикага биноан уруғ тизимчаси бевосита тери остида бўлади.

Ҳозирги вақтда чов каналининг ҳам орқа, ҳам олдинги деворини мустаҳкамлаш учун биологик (сон, тери фасцияларидан, озиқландиган оёқчадаги мускуллардан аутолахтаклар) ва синтетик (капрон, нейлон, поролон, полиэтилен ва б.) материаллар қўлланиляпти.

Туғма чов чурраларидаги операциялар чурра халтачасига ишлов бериш ва чурра дарвозаларини пластика қилиш билан фарқ қилади.

Чурра халтачаси уруғ тизимчаси элементларидан ажратилмаганда халтача олдинги девори бўйлаб очилади ва бўйни олдида қирқилади. Проксимал қисми ичидан кисет чок билан тикилади ва қорин бўшлиғига киритилади. Халтачанинг дистал қисми узунасига тилинади ва қисман кесилади. Қолган қисми сероз қоплами билан ташқарига ағдарилади ва Винкельман усулида тикилади ёки бошидан-охиригача узунасига тилинади (Бергман операцияси). Бу моёк истисқосидан сақлаб қолади. Гўдаклик ёшида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун Черни, Оппель усуллари қўлланилади, катта ёшдаги болаларда ва катталарда чов канали олдинги деворини мустақамлаш усулларидадан фойдаланилади.

Сирпанувчан чов чурраларида чурра халтачасини эҳтиётлик билан очилгандан кейин қорин пардаси аъзоси ўтадиган жойдан 1—1,5 см ташлаб, чурра халтачаси ичида чок солинади. Кисет чокдан дистал томонда чурра халтачаси қирқиб олинади ва сирпанган аъзо қорин бўшлиғига солинади ва чов канали олдинги деворининг пластикаси бажарилади.

Ҳозирга пайтда чов чурраларида жарроҳлик амалиёти лапароскопик усулда бажарилиши кенг қўлланилмоқда.

### Сон чурраси (*hernia femoralis*)

Камроқ учрайди ва Пупарт бойламидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

**Сон канали анатомияси.** Чов бойлами, ёнбош ва сон суяклари (*arcus femoralis*) ўртасида жойлашган бўшлиқ ёнбош фасцияси (*arcus iliopectoralis*) тармоқлари воситасида 2 қисмга (*lacuna musculorum* ва *lacuna vasorum*) бўлинади.

Мускул лакунаси орқали *m. iliopsoas* ва *n. Femoralis*, томир лакунаси орқали *a. v. femoralis* ўтади, қов суяги горизонтал тармоғи периодидан *m. pectineus* билан қопланган *fascia pectinea* чиқади. *Fascia pectinea* ва Пупарт бойлами ўртасидаги бурчак бириктирувчи тўқима пластикаси - *lig. lacunare Gimbernati* билан тўлган. Жимбернат бойлами билан сон венаси ўртасидаги бўшлиқ, ёғ клетчаткаси ва Пирогов-Розенмюллер чуқур чов лимфа тугуни билан тўлган ва сон ҳалқаси (*anulus femoralis*) дейилади. Олдинги томондан у чов бойлами, орқадан эса тароқсимон бойлам ва шу номли фасция билан чегараланган. Чурра очиб борадиган йўл нормада бўлмайдиган сон канали деб аталади.

Каналнинг ички тешиги бўлиб сон ҳалқаси хизмат қилади, у қорин бўшлиғи томонидан кўндаланг қорин фасцияси билан ёпилган, бу соҳада у лимфатик томирлар ҳисобига равоқланган бўлади. Сон каналининг ташқи ҳалқаси *hiatus saphenus* ҳисобланади.

Каналнинг ўзи уч қиррали шаклга эга: унинг олдинги девори сон сербар фасциясининг ўроқсимон чеккаси, латерал девори - сон венаси, орқа медиал девори — ёнбош тароқсимон фасциядан ташкил топган. Сон канали узунлиги 1—3 см.

Сон чуррасини жойлашувига кўра томир-лакунар, жимбернат-бойлам ва мускул-лакунар турларга бўлиш мумкин.

Сон чуррасининг энг кўп учрайдиган, яъни типик тури томир-лакунар тур ҳисобланади. Сон чурралари аксарият чурра ҳосил бўлишига анатомик мойиллик туғдирадиган омиллари бўлган аёлларда кузатилади, чунки уларнинг чаноғи катта, алоҳида қияликка эга, сон ҳалқаси ўлчамлари катта (*anulus femoralis* эни аёлларда 1,8 см, эркакларда эса 1,2 см), овал тешик катта ва унинг юқори шоҳи катталашган.

Унутмаслик керакки, 28,5% ҳолларда *a. obturatoria a. epigastrica inferior* дан аномал узоқлашади ва бундай ҳолларда сон каналининг ички ҳалқаси учала томондан томирлар (*v. femoralis, a. epigastrica inf., a. obturatoria*) билан ўралган бўлади.

Бундай жойлашув «ажал тожи» (*corona mortis*) деган ном олган, чунки қисадиган ҳалқани кесиш вақтида *a. obturatoria* шикастланганда ўлимга сабаб бўладиган қон оқиши рўй бериши эҳтимол.

**Диагностикаси.** Сон чурраси Пупарт бойлампидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов дўмбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёроғқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойлампининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлампидан муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca ante rior superior c tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усуллари икки турга ажратиш мумкин:

- 1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар;
- 2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойлампидан суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

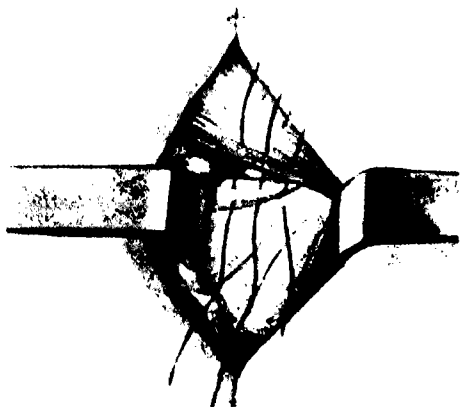
Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи ҳалқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олди-дан тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд-Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобиба бажарилади (6-расм).



6-расм. Локвуд-Бассини усулида сон ҳалқасини пластикаси.

Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон ҳалқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон ҳалқаси орқали тароқсимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Уотсон-Чейне усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароқсимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтак Пупарт бойламига ташқаридан тикиб қўйилади. Трансплантатни томир қинига ва тароқсимон мускулга қўшимча маҳкамланади.

### Киндик чурралари

Киндик ҳалқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини таш-



кил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Анатомия маълумотлар. Қорин олдинги девори структурасида киндик соҳасини бўш жой деб ҳисоблаш мумкин. Эмбрионал даврда киндикнинг шаклланиши мураккаб жараёнدير. Нормада антинатал даврининг 6-ойидаёқ киндик ҳалқаси ҳосил бўлади, унинг ўлчами аста-секин кичрайиб боради ва туғилишдан бир неча кун ўтгач тушган киндик ўрнида ичига ботган ямоқча ҳолида узил-кесил бекилиб қолади. Бу соҳада аксарият қорин олдинги деворининг туғма ривожланиш нуқсонлари, шунингдек катта ёшдаги одамларда чурралар кузатилади.

Ҳатто нормал шароитларда киндик соҳаси бир мунча беқарор структуралар — тери, киндик фасцияси ва қорин пардаси билан бекилган бўлади.

Киндик ҳалқаси сербар ва фасцияси суст ривожланган бўлганда чурралар пайдо бўлиши учун шарт-шароитлар вужудга келади. Киндик ҳалқасининг мускул пардаси бўлмаган фақат киндик венаси ўтадиган юқори бўлими пастки бўлимидан кучсиз бўлади. Киндик фасциясининг тўртта бириктирувчи тўқима тортмалари билан маҳкамланганлигини эслатиб ўтиш лозим: битиб кетган киндик венаси, киндик артериялари ва облитерацияланган сийдик йўли. Бироқ фасция яхши ривожланган қорин тўғри мускуллари ва унинг киндик ҳалқаси диаметрини торайтирадиган қин апоневрозлари бўлгандагина пишиқ бўлади. Шунинг учун киндик чурраси, одатда, тўғри қорин мускуллари суст ривожланган аёлларда (80%) ва болаларда кузатилади.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocele) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов лиқилдоғи ва бирламчи оддий қорин пардасидан ташкил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда Глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача — 10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Чурра пардалари ҳолатига кўра: асоратланган (пардаларининг йиртилиши, уларнинг йирингли парчаланиши, ичак оқмалари), асоратланмаган пардалари (ўзгармаган).

Киндик тизимчаларининг чурралари бўлган болаларнинг тахминан 65 фоизда ривожланиш нуқсонлари (юрак, меъда-ичак йўли, сийдик-таносил системасининг) бирга учрайди.

Туғилишдан кейин дастлабки соатларда чурра халтачасини ҳосил қиладиган киндик пардалари ялтироқ, тиниқ, оқимтир рангли бўлади. Бироқ биринчи сутка охирида улар қурийди, лойқа тортади, сўнгра инфекцияланади ва фибрин қатламлари билан қопланади. Пардалар юпқалашганда ва йиртилганда эвентерация юз беради.

Даволаш операция усулида ва консерватив бўлади.

Операцияга мутлоқ монелик қиладиган ҳолларга туғма юрак нуқсони, боланинг ой-куни анча тўлмасдан туғилиши ва оғир калла суяги-мия шикасти киради.

Диаметри 5—7 см ли чурраларда қорин оралиғи девори қатлам-қатлам қилиб тикилади.

Диаметри 7—9 см ли чурраларда фақат терини тикилади.

Катта ўлчамли чурралар қорин ичи босимининг ҳаёт учун хавфли ошиб кетиши сабабли операцияга нисбий монелик қиладиган ҳол ҳисобланади. Бундай ҳолларда чуррага стерил боғлам қўйилади ва қорин деворини ёпишқоқ пластир тилишлари билан тортиб қўйилади. Бундай чақалоқларнинг талайгина қисми перитонит ва сепсисдан нобуд бўлади.

Агар бу касаллар ойи-куни тўлиб ва қўшилиб келадиган оғир ривожланиш нуқсонларисиз туғилган бўлсалар Гросс бўйича 2 босқичли операция қилиш ёки нуқсонни аллопластик материал билан ёпиш мумкин.

Гўдакларда киндик чурралари ҳаётининг дастлабки ойларида ривожланади ёки кейинчалик ҳосил бўлади. Болаларда киндик чурралари улар йиғлаганда, қаттиқ йўталганда ва фимозда доимий кучанганда, ориқлаб кетганда вужудга келади. Болаларда киндик чурралари одатда катта ўлчамли бўлмайди ва осон жойига тушади. қисилиб қолиш ҳоллари камдан-кам учрайди.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чақалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;

2) қорин прессини ривожлантириш ва мустақкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;

3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;

4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

**Катта одамлардаги киндик чурралари.** Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп туққан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Чурра тешигининг ўлчамлари хар хил — жуда тор тешикдан сербар тешиккача. Катта тешиклар кўндаланг йўналишга эга. Чурра халтачаси нотўғри шаклда ва тўсиқлар ҳамда дивертикуллар ҳосил қилади.

Киндик чурралари аранг билинадиган бўртмачалардан тортиб, катта ҳажмли ўсмаларгача бўлиши мумкин. Киндик чурралари кўпинча жойига тушмайдиган бўлади, копростаз ва қисилиб қолиш билан асоратланади.

Чурралар оғир юк кўтарганда, шунингдек чурра ўзича чиққанда оғриқ, беради. Аксарият киндик чурралари терининг бичилиши ёки кийим-кечак юпқа тортган бадан терисини босиб туриши натижа-сида яллиғланишга учрайди.

Шундай қайта яллиғланишлар натижасида чурра халтачаси ичи-да битишмалар ҳосил бўлади ва чурра жойига тушмайдиган, яъни тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Киндик чурралари операция қилиб даволанади. Киндик чурра-ларида киндик чурра халтачаси билан бирга кесиб ташланади. Чур-ра ичидаги аъзолар чурра халтачаси билан битишмалари ажратил-гандан кейин қорин бўшлиғига киритилади.

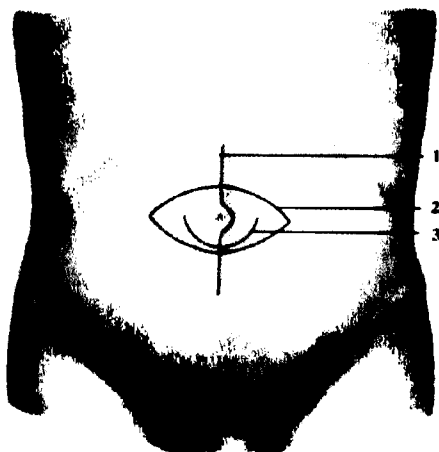
Чурра халтачасининг ичида шишиб қалинлашган чарвиси бўлган тўғриланмайдиган киндик чурраларида чарвини резекция қилиш керак. Чурра халтачаси дарвозалари олдида узлуксиз чок билан тикилади.

Болалардаги кичик чурраларда чурра дарвозалари пластикаси Лексер бўйича ўтказилади: тешик атрофига апоневрозга ипак ип билан кисет чоки солинади, у тортилгандан кейин халкани бекита-ди. Кейинчалик апоневрозга кўндаланг йўналишда тугунли ипак чоклар солинади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта кин-дик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апонев-рознинг пастки чеккасини бир неча П-симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дубликатура ҳолида маҳкам-ланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида фақат тугунчали чоклар со-линади.



7-расм. Киндик чурраларида операция кес-малари:

1-Сапезжо усули; 2-Лексер усули;  
3 -Мейо усули.

бири билан кесишади ва айрим кишиларда бирмунча катталашиб кетадиган ва чурра чиқадиган жой бўлиб хизмат қиладиган ёғли клетчатка билан тўлган ёриқсимон бўшлиқлар ҳосил қилади.

Қорин тўғри мускуллари киндикдан пастда деярли тегиб туради. Бундай жойлашган чурраларнинг ниҳоятда кам учраши шу билан изоҳланади.

Қорин усти соҳаси анатомик структурасида (epigastrium) ҳам чурра бўртмалари ҳосил бўлишига шарт-шароитлар мавжуд. Бу соҳада қорин тўғри мускуллари дасталари орасидаги ёриқларни назарда тутиш лозим. Бу дасталарнинг бир қисми V—VII қовурғаларга, бошқалари эса ханжарсимон ўсимтага ёпишади.

Мускул-апоневротик тузилмалар тонуси бузилганда ва қорин ичидаги босим ошганда бу ёриқларга қорин пардаси олдидаги ёғ, шунингдек қорин пардаси кириб қолиши мумкин: меъда касаллиги буларнинг қисилиб қолишига сабаб бўлиши эҳтимол.

Оқ чизик чурралари жойлашувига кўра киндикдан юқорида жойлашган қорин усти чурралари (herniae epigastricae), киндик олдида жойлашган киндик олдидаги (hernia paraumbilicalis) ва киндик пастда жойлашган қорин пастдаги (herniae hypogastricae) чурраларга бўлинади.

Қорин ичидаги босимнинг талайгина кўтарилиши таъсири остида апоневроздаги ёриқ орқали (нормада ундан томирлар, нервлар ўтади) аввалига қорин пардаси олдидаги ёғ бўртиб чиқади, у баъзан қорин девори мускуллари таранглаштирилганда юмалоқ зичлашма (қорин пардаси олдидаги липома деб аталадиган) кўринишида пайпасланади. Кейинчалик липомадан кейин қорин пардаси ҳам бўртиб чиқади ва ҳақиқий чурра ҳосил бўлади.

Оқ чизик чурралари (hernia liniae alba) ёши улгайган ва кекса одамларда кўпроқ учрайди.

**Анатомияси.** қориннинг оқ чизиги ўрта чизик бўйлаб ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар апоневрозларининг бириктирувчи тўқима толаларидан ҳосил бўлади.

Киндикдан юқоридаги оқ чизик киндик олдида эни 2—3 см га етадиган сербар бириктирувчи тўқима пластикадан иборат.

Қорин тўғри мускуллари қинини ҳосил қиладиган апоневрозлар оқ чизикқа ўтаётганда қия йўналиб, бир

**Симптомлари.** Беморлар жисмоний ҳаракат пайтида ва қисилиш бўлганда бўртма соҳасида оғриқ сезадилар. Ётишда одатда оғриқ бўлмайди. Чурра қисилганда беморнинг кўнгли айнийди ва кусади.

**Меъда касалликлари** — гастрит, яра, рак билан дифференциал диагностика ўтказилади. Меъда патологиясида оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ, ваҳоланки чуррада оғриқ жисмоний ҳаракат қилинганда пайдо бўлади. Беморларда эпигастрийда оғриқ бўлган ҳамма ҳолларда меъда ва ўн икки бармоқ ичакни қўшимча рентгенологик текшириш зарур.

**Даволаш** — операция усулида.

Чурра халтачаси ажратилгандан ва ишлов берилганда уни олиб ташлангандан кейин ёриқни апоневрозда тугунли чоклар, кисет чок билан тикилади ёки Сапежко бўйича ёки Сапежко — Дьяконов бўйича пластика қилинади. Иккинчи усул биринчисидан биринчи қаторда П- симон чоклар солиш билан фарқ қилади.

**Қориннинг ёнбош чурралари.** Кам учрайди, улар шикастлардан, кесилган абсцесслардан кейин, маҳаллий мускул фалажи заминида ҳосил бўлиши мумкин ва одатда қорин кўндаланг мускулининг мускул қисми апоневрозга ўтаётганда спигелий чизигида ҳосил бўлади. Апоневроз тўғри мускуллар қини деворлари таркибига ўтаётганда ўйиқ (чуқурча) ҳосил бўлади. Бу ерда апоневроз толалари иккига бўлинади ва қинга қон томирлар ва нервлар киради. Бу жойлар чурра чиқадиган бўш жойлар ҳисобланади. Чурра кўпинча кесилган ҳолда аниқланади. Операция чурра тешигини очиш, чурра ичидагини қорин бўшлиғига солиш ва қорин деворини қатлам-қатлам қилиб тикишдан иборат. Мартынов бўйича пластика Сапежко усулидан кесманинг ўнг қорин тўғри мускули чеккаси бўйлаб жойлашуви билангина фарқ қилади.

## ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЧУРРАЛАР

Кўпинча қоринни кесиб очиладиган турли операциялардан кейин учрайди.

Операциядан кейинги чурралар асосан қорин бўшлиғини тампонада қилиш ва дренажлаш, жароҳат йиринглаб кетиши ва операция жароҳатнинг иккиламчи тортилиб битиши билан ўтадиган операциялардан кейин вужудга келади.

Чурра пайдо бўлишининг сабабларидан бири операция вақтида мускул нервлари ва томирларининг қирқилиб кетиши ҳисобланади.

Операциядан кейинги чурраларнинг пайдо бўлиш сабабларини фақат тикилган тўқималарнинг суст регенерациясидан эмас, балки операция техникасининг нотўғрилигидан ва операциядан кейин битмаган ямоқни етарлича эҳтиёт қилмасликдан излаш керак. Операциядан кейинги чурралар баъзан жуда катталашиб кетиб, қорин аъзоларининг талай миқдордаги эвентрацияси билан ўтади.

Операциядан кейинги ямоқли чурралар чурра халтачасига эга бўлиши, қатор ҳолларда эса ундан маҳрум бўлиши мумкин ва операциядан кейинги тери ости чандиқли эвентрациясидан иборат бўлади.

**Симптомлари** — қоринда оғриқ, оғирлик ва жисмоний меҳнат билан шуғулланишга имкон йўқлиги, баъзан қабзият ва қорин дам бўлиши беморларнинг асосий шикоятларидан ҳисобланади.

Объектив текширувда қорин деворида ямоқли ўзгарган юпқалашган тери билан қопланган бўртмача аниқланиб, унинг остида қорин аъзолари пайпаслаб кўрилади.

Уларни жойига солингандан кейин чурра тешигининг ўткир чеккаларини пайпаслаб кўриш мумкин, бу тешик операцион ямоқнинг бошдан-охиригача катта ўлчамларгача етиши мумкин.

Чурра халтачаси ичидаги аъзолар (чарви, ингичка ва йўғон ичак қовузлоқлари) кўпинча бўртиб чиққан жой соҳасида ямоқли ўзгарган тери билан қўшилиб кетган бўлади. Тушган ички аъзоларнинг чурра халтачаси билан битишмалар ҳосил қилганлиги, шунингдек кўп сонли ички аъзоларнинг чурра халтачасига сурилиши натижасида операциядан кейинги чурралар кўпинча тўғрилаб бўлмайдиган бўлиб қолади.

**Даволаш.** Операциядан кейинги чурраларни консерватив даволаш қоринни маҳкам тутиб турадиган белбоғ-бандаж тайинлашдан иборат. Даволашнинг бу усули баъзан катта эвентрацияли семиз беморларни даволашнинг бирдан бир йўли ҳисобланади, чунки юрак фаолиятида бузилишлар бўлган бу беморларни операция йўли билан даволаш катта хавф туғдиради.

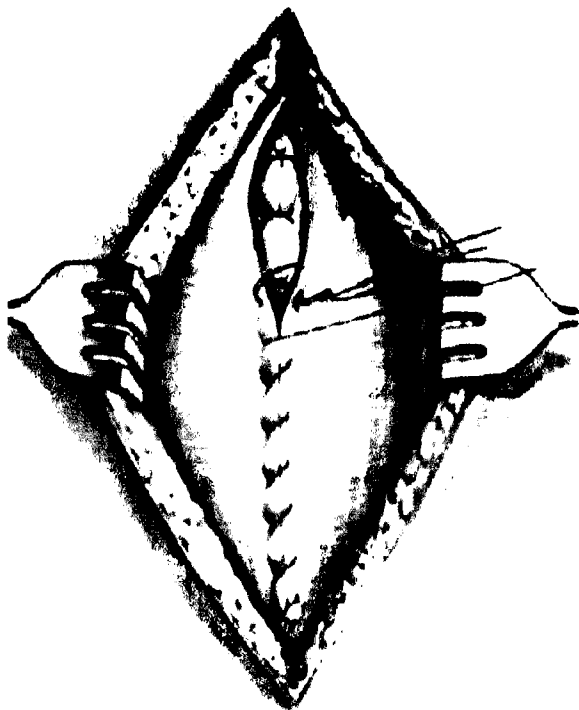
Эвентрацияси кўп беморларни операцияга 1—2 ҳафта мобайнида тайёрланади, у ўринда ётиши керак, чунки акс ҳолда операция вақтида ички аъзоларни тўғрилаш ва уларнинг устидаги қисқарган қорин деворларини тортиш қийин. Операция қилиб даволаш чурра халтачасини ажратишдан, юпқалашган тери ямоғи ва унга ёпишган чурра ичидаги аъзолар ўртасидаги битишмаларни ажратишдан иборат, шундан кейин ажралиб кетган қорин девори апоневрозини ажратиш ва уларга чоклар солиш зарур.

Ўртада жойлашган чурра операцияларидан кейин чурра тешигини икки марта кўпайтириш принципи бўйича, апоневрознинг бир чеккасини иккинчисига қўйиб ёпилади. Ён томонлама операциялардан кейинги чурраларда девор нуқсони одатда мускулларни қатлам-қатлам қилиб тикиб ёпилади.

**Вреден усули** — қорин девори нуқсони бўлган жойда чўзилган ямоқ тўқималари ва апоневрозидан қўшалок ҳосил қилишдан иборат.

**С. П. Шиловцев усули** — апоневроздаги нуқсонни ямоқли тери лахтаги билан унинг эпидермал қатламини олдиндан электр коагуляция қилиб пластик бекитишдан иборат. Чандиқли тўқима ва катта нуқсонларда cutis- subcutis дан фойдаланилади, шунингдек қўшни мускуллардан олинган оёқчадаги пластинка, сон сербар фасциясидан олинган эркин фасциал тўқима ёки аллопластика ҳам қўлланилади. Чурра тешикларини поливинилалкоголь, поролон, полиэтилен каби матолар билан пластика қилишда ҳам яхши натижалар олинган.

Амалиётдан кейинги гигант чурраларида, осилган қорин билан бўлган беморларда жарроҳлик амалиёти чурра дарвозасини Возне-



8-расм. Амалиётдан кейинги чурраларда Вознесенский усулида пластика қилиш.

сенский усулида пластика қилиш ва осилган қоринни Золтон усулида бартараф этиш тавсия қилинади.

### ИЧКИ ЧУРРАЛАР ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР

Ички ёки интраабдоминал чурраларга қорин чўнтаклари чурралари ва диафрагмал чурралар, шунингдек жойлашувига кўра кам учрайдиган: қориннинг ёнбош чурралари (спигелий чизигининг), Пти учбурчагининг бел чурралари ва Лёсгафт-Грюнфельд тўртбурчаги чурралари: ёпқич, қуймич ва оралиқ чурралари киради.

**Анатомик маълумотлар.** Қориннинг ички чурралари ички аъзолар қорин бўшлиғи аъзоларининг тешикларидан бирига (foramen epiploica Winslovi), бойлам ёки қорин чўнтаклари recessus iliococalis, intersigmoideus; flexura duodenojejunalis дан бирига ёки диафрагма тешикларига кирганда вужудга келади.

Маълумки, диафрагма мускул ва пай қисмлардан ташкил топган. Кўкрак бўшлиғи томонидан у париетал плевра билан, қорин бўшлиғи томонидан париетал қорин пардаси билан қопланган. Диафрагманинг мускул қисмида 3 бўлим: partes sternalis, aortalis, lumbalis фарқ қилинади. Диафрагманинг бел қисми ҳар қайси томондан 3 та оёқча: меди-

ал, ўрта ва латерал оёқча ҳосил қилади. Диафрагма бел қисмининг медиал оёқчалари (ўнг ва чап) 8 рақами кўринишидаги кесишма ҳосил қилиб, иккита тешик hiatus aorticus hiatus oesophagus ни чегаралаб туради. Кейингиси адашган нервлар билан қизилўнгачни ўтказди. Қизилўнгачни ўраб турган мускул толалари қизилўнгач сфинктери m. sphincter oesophagi ни ҳосил қилади. Сфинктер борлигига қарамай, қизилўнгач тешиги орқа кўкс оралиғи диафрагмал чурралар чиқадиган жой бўлиб хизмат қилиши мумкин, чурра ичида одатда меъданинг кардиал қисми бўлади. Диафрагмада мускул толалари бўлмайдиган ва кўкрак ичи ва қорин ичи фасциялари тегиб турадиган участкалар бўлади. Диафрагманинг бу «кучсиз участкалари» баъзан диафрагмал чурралар чиқадиган жойлар бўлиб хизмат қилади. Диафрагманинг тўш ва қовурга қисми орасида, ханжарсимон ўсимтадан чапда учбурчак оралиқ trigonum sternocostalis бўлади, уни яна Ларрей нишони ҳам деб аталади (шу жойда перикардни Ларрей усулида тешилади).

Ораликда клетчатка билан ўралган vasa thoracica interna бўлади, ханжарсимон ўсимтанинг ўнг томонидаги худди шундай оралик Маъзоёи ёриғи дейилади. Диафрагманинг қовурга қисми ва бел қисмининг ташқи оёқчаси ўртасида trigonum lumbocostalis бўлади, уларни Бохдалек ёриқлари деб аталади.

Бел соҳасида кам жойлашадиган чурралар Пти учбурчаги ёки Лесгафт-Грюнфельд ромбасимон бўшлиғи орқали чиқади:

1) орқанинг сербар мускули чеккасининг ёнбош қирраси ва қорин ташқи қийшиқ мускули яқинида тарқалади ва учбурчак шаклидаги бўшлиқ, trigonum lumbale (Пти учбурчаги) ҳосил қилади. Баъзан шу жойдан бел чурралари чиқади;

2) бел бўшлиғи — spatium lumbale Лесгафт-Грюнфельд учбурчаги ёки ромбаси.

Учбурчак томонлари қуйидагилар: юқоридан — пастки тишсимон мускулнинг пастки чеккаси, пастдан — ички қийшиқ мускулнинг орқа (эркин) чеккаси, медиал — орқа ёзувчи мускулнинг латерал чеккаси. Баъзан унинг ҳосил бўлишида юқоридан XII қовурга қатнашади, бу ҳолда бўшлиқ тўртбурчак шаклида бўлади. Бу ораликнинг туби қорин кўндаланг мускули апоневрозидан ҳосил бўлади. Устки томонидан фақат орқанинг сербар мускули билан ёпилган ва шунга кўра қорин орқа деворининг энг юмшоқ соҳаси саналади.

Баъзан Лесгафт-Грюнфельд учбурчаги бел чурралари чиқадиган жой бўлиб хизмат қилади.

**Симптоматикаси ва даволаш.** Ички чурраларнинг шундай хусусияти борки, улар қисилмаган вақтда, диафрагмал чурраларни истисно қилганда муайян клиник симптомларга эга бўлмайди ва аниқланмайди. Улар қисилганда хроник (қисилишгача) ёки ўткир странгуляцион ичак тутилиб қолиши симптомлари билан намоён бўлади. Шўнинг учун ички чурра диагнози фақат операция вақтида қўйилади.



Бел чурралари камдан-кам, кекса ҳолсизланган аёлларда учрайди ва кўпинча катта ўлчамли бўлади. Катта бел чурраларида чурра тешиги қорин ташқи қийшиқ мускулидан олинган оёқчадаги лахтак билан ёпилади ёки аллопластика қилинади.

Ёпқич чурра ёпқич канали орқали шу номдаги нервлар ва томирлар билан бирга чиқиб каналдан ўтади ва т. *reelneum* остида жойлашади. Шунинг учун чурра ўсмаси деярли контурланмайди (кўринмайди) ва яхши пайпасланмайди. Камдан кам, фақат катталарда, деярли фақат аёлларда, асосан ёши улғайган (60-70 ёшдаги) одамларда учрайди.

**Диагностикаси** қийинчилик туғдиради. Ховшип-Ромберг симптоми характерли. Унда неврологик характердаги кучли санчиқли оғриқ бўлиб, у ёпқич нерв йўли бўйлаб, соннинг медиал юзаси бўйича тизза бўғимигача тарқалади ва парестезия бўлади.

Бемор оёғини букиб ва ён томонига буриб ўтиради. Қин ёки тўғри ичаги орқали киритилган бармоқ билан баъзан чаноқ олдинги деворидаги тортмани пайпаслаб кўрилса бўлади. Даволаш операция усулида, чунки аксарият қисилиш манзарасида операция қилишга тўғри келади. Лапаротомия ёки сон кесмаси йўли билан, баъзан комбинация қилиб — лапаротомия ва сон кесмаси кўринишида (*Trelat*) операция қилинади.

Куймич чурралари: а) ноксимон мускул устидан; б) ноксимон мускул остидан (*foramen intrapagiforme*) орқали чиқиши мумкин.

Кекса аёлларда учрайди. Куймич чурралари кўп ҳолларда ноксимон мускул остидан ўтади ва думбанинг катта мускули остига ётади. Шунинг учун ўлчами катта бўлмаган чурралар қийинлик билан аниқланади. Баъзан куймич соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва у юриш вақтида кучаяди. Қисилганда босимдан маҳаллий оғриқлар ва ишиас симптомлари аниқ ифодаланган бўлади, ичак тутилиши манзараси пайдо бўлади.

**Даволаш** — фақат операция усулида, аксарият у қисилиш вақтида ўтказилади. Кўпчилик хирурглар қорин орқали қилинадиган усулдан фойдаланадилар.

Чурра дарвозалари фасция ёки мускул билан тўлдирлади.

Оралик чурраси тери остига чаноқ тубининг мускул қисми орқали т. *levator ani*, т. *coesugeus* ёки т. *levator ani* толалари орасидаги бўшлиққа чиқади. У чаноқ фасциясини бўрттириб, ишсоректал чуқургача киради ва оралик ёки тўғри ичак олдинги девори, қин девори ёки катта лаб пастки қисми терисини бўрттиради. Аксарият тўғри ичакнинг тушиши билан бирга келади. Кўпинча аёлларда, тўғри ичак операциясидан кейин учрайди. Унинг ичида қовуқ ёки унинг дивертикули, аёл таносил аъзолари, ичак, чарви бўлиши мумкин.

Жойлашувига кўра ўрта, ён томонлама, оралик чурралар фарқ қилинади. Чурра ўсмасининг ҳаракатчанлиги, унинг йўталиш ва кучаниш вақтида катталашуви, шунингдек қулдираб жойига кириши характерли.

**Даволаш** қорин бўшлиғини кесиш йўли билан ёки оралиқ орқали операция усулида бўлади.

Жойига киритиб бўлмайдиган ён томонлама оралиқ, чурраларида операцияга рухсат этилмайди.

Қорин чурралари асоратлари — яллиғланиш, чуррани жойига киритиб бўлмаслик, копростаз, қисилиш.

**Чурраларнинг ўткир асоратлари.** Буларга: чуррада нажас туриб қолиши (копростаз), чурра ичидаги аъзолар яллиғланиши ва чурра қисилиши киради.

Копростаз асосан ёши улғайган одамларда, аксарият аёлларда содир бўлади. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг ҳажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ пайдо бўлади, лоҳаслик ва интоксикация, кекириш, кўнгил айнаши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки ёрдамнинг асосий ва зифаси қорин прессининг перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш ва шу тариқа нажас туриб қолишига барҳам бериш учун чурра ичидагини қорин бўшлиғига репозиция қилиш (ўтказиш) ҳисобланади. Чурра бўртмасини массаж қилиш ёки оз-моз босиб турадиган боғлам боғлаш маълум даражада ёрдам беради.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйиш ёки бўртган жой терисига хлорэтил оқимини таъсир эттириш шу мақсад учун хизмат қилади. Улар таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаяди, уларда қисқа вақтга спазм вужудга келади, ичак репозицияга осон берилади, унинг перистальтикаси кучаяди.

**Чурранинг ўткир яллиғланиши.** Чурранинг ўткир яллиғланиши камроқ учрайди. Ичак девори соҳаси чуррани яллиғлантирадиган манба ҳисобланади. Бунда чуррада, кўпинча гипогастрал соҳасида ўртача оғриқ сезгилари, қориннинг чуқур жойлашган қисмида тўлиқлик ҳисси пайдо бўлади, қорин девори зонаси таранглашиши эҳтимол.

Бундай яллиғланишларни даволаш уларнинг ичидаги нарсани қорин бўшлиғига албатта репозиция қилиш, кейин ўринда ётиш режимини сақлаш, ичак ва қовуқ функцияси устида назорат қилишдан иборат. Бунда чурранинг қисилишига йўл қўймаслик учун чурра ҳолатини тез-тез назорат қилиб туриш зарур. Одатда шундан кейин чурра яллиғланиши камайиб боради ва йўқолади. Чурра патоген микроблар иштирокида яллиғланганда сероз ва сероз-фибриноз экссудат тезда йирингли ва ҳатто йирингли-чириган бўлиб қолади. Чурра ҳалтачасидаги инфекция реффлектор қусишга, бутун қорин бўйлаб қорин пардаси яллиғланишига, қорин оғриши, ичаклар парези, перитонит манзарасига сабаб бўлади. Шунинг учун бундай ҳолларда қорин деворининг ўзгармаган тўқималари чегарасига яқин жойда ревизион лапаротомия операциясини бошлаш ва агар қорин бўшлиғида ҳамма нарса жойида бўлса, бу жароҳатни ёпиш ва шундан кейингина яллиғланган чурра тўқималарини кесишга ўтиш керак.

**Чурра қисилиши.** Чурра қисилиши, одатда, чурра ичидагининг чурра дарвозаларида ёки чурра халтачаси бўйни оғзида, ёки чурра халтачасидаги битишмалар орасида тўсатдан қисилиб қолишидан иборат. Бунда чурра ичидаги аъзолар тўқималарида қон таъминоти, иннервацияси бинобарин улар трофикаси ва озикланишининг бузилишлари рўй беради. Чурранинг қисилиш сабаблари турли туман бўлиши мумкин.

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

Нажас билан қисилишда ичак ичидаги нарса кўп миқдорда йиғилиб, чурра халтачасининг тўлишини анча оширади ва шу тариқа чурра ҳалқасидаги босимни кучайтиради, бунинг оқибатида ичак тутилиб қолиши вужудга келади.

Чурранинг қисилиш турларидан бири Рихтер чурраси бўлиб, уни ўз вақтида диагностика қилиш ниҳоятда мушкул. Чурранинг бу турида чурра халтачасида ичак деворининг фақат бир қисми қисилади. Операцияда чурра халтасини очиш бирмунча қийинчилик туғдиради, чунки девор олдидаги қисилган участка бевосита чурра халтачаси тубига тақалган бўлади ва шу сабабли ичак тасодифан кесиб қўйилиши эҳтимол.

Ретроград ёки тескари қисилиш — қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак қовузлоқларининг жонсизланиши қисилган ҳалқадан юқорида бошланади. Ичак қовузлоқлари 2—14 соат ичида жонсизланади.

**Чурра қисилишининг клиник манзараси.** Хар қандай чурра қисилишининг классик клиник белгилари одатда учта симптом ҳисобланади:

а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки умуман қоринда тўсатдан оғриқ бошланиши;

б) чурра бўртмаси ҳажмининг тез катталашуви;

в) чуррани тўғрилаш имкониятининг бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси ҳар хил бўлади.

**Даволаш.** Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилиш операцияси. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлақ монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно. Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлаш зарур. Бунинг учун тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган ҳалқа кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади. Ичакнинг яшаб кетиш мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляция эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва ичак перистальтикаси сақланиб

қолган. Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30—40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15—20 см ни резекция қилиш керак.

Ҳазм йўллари узлуксизлигини тикланади ва чурра дарвозаларини энг оддий усуллар билан пластика қилинади. Қари ёшдаги ва ҳамроҳ оғир касалликлари бўлган беморларга қисилган чурраларда чурра кесиш амалиёти бажариш жараёнида чурра дарвозаси пластикаси бажарилмайди, жароҳат қаватма-қават тикилади.

Чурра халтачаси флегмонаси билан асоратланган қисилган чуррада операцияни ўрта лапаротомиядан бошланади, ичакни яшашга лаёқатли тўқималар чегарасида резекция қилинади. Ичакларнинг учларини тикилади, олиб келадиган ва олиб кетадиган қовузлоқлар орасига анастомоз қўйилади. Операциянинг қорин ичидаги босқичи тугаллангандан кейингина чурра флегмонасига хирургик ишлов берилади (обработка), қисилган ичакни ва чурра халтачасини олиб ташланади. Чурра дарвозалари пластикаси қилинмайди. Операцияни ёрдамчи чоклар солиш ва жароҳатни дренажлаш билан тугалланади.

Беморда қисилган чурра ўзича жойига тушган ҳолларда хирург тактикаси, ўтган фурсатдан қатъи назар, шошилиш операция қилишдан иборат, чунки тўғриланган аъзоларнинг ҳолати қандайлиги номаълум бўлади.

Қорин бўшлиғининг қатор ўткир касалликлари қорин деворида чурралар бўлганда гўё қисилиш борлигидан хабар берадиган симптомлар билан ўтади. Асоратларнинг бу тури адабиётда «Брок сохта қисилиши» номи билан маълум. Озод қорин бўшлиғи билан туташмаси бўлган чурра халтачасида чурра халтачаси бўшлиғига яллиғли экссудат тушиши билан боғлиқ, иккиламчи ўзгаришлар содир бўлади. Илгари тўғриланадиган чурра энди тўғриланмайдиган бўлиб қолади, оғриқ сезгилари пайдо бўлади. Сохта қисилишнинг бу симптомлари меъда яраси тешилганда, холециститда, аппендицит ва бошқаларда ривожланиши мумкин. Биргаликда ривожланадиган бу жараёнларнинг диагностикаси қийин ва беморни кунт билан синчиклаб текшириш, анамнезни пухта йиғишни талаб этади.

Жойига солинадиган чуррада (сурункали асоратланган) илгари тўғриланадиган чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади, бироқ бунда оғриқ ҳам бўлмайди. Тўғриланмайдиган чурраларнинг кўп қисми ҳаётда орттирилган битишмалар борлиги билан боғлиқ.

**Тўғриланмайдиган чурра симптоматикаси.** Тўғриланадиган чурраникидан одатда яққолроқ ифодаланган. Диспептик бузилишлар, қабзиятлар кўп учраб туради.

Тўғриланмайдиган чурра кўпинча ичакнинг механик тутилиб қолиши (битиб кетиш, буралиш, стриктура), чурра пардаларининг яллиғланиши ва қисилиши билан асоратланади.

## МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик - физиологик маълумотлар

Меъда чап қовурғалар остида ва қориннинг чап ярмида жойлашган, унинг чиқиш қисмигина ўрта чизикдан ўнга ўтади. Меъда тўлганда унинг катта эгрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Меъдада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарқ қилинади. Пилорик қисқич меъда билан 12-бармоқли ичак ўртасидаги чегара ҳисобланади.

12-бармоқли ичак меъда ости беши бошчасини тақа кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоеюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ичакда 4 қисм қайд қилинади: юқори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт йўли ва меъда ости беши йўли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меъда танаси билан антрал бўлим ўртасида бурчак кемтигига мувофиқ келадиган оралиқ эгат чегара бўлиб ҳисобланади. Меъдани шу тарзда бўлиш меъданинг гистологик тузилишига ва физиологик хусусиятларига мувофиқ, келади.

Меъда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таъминланади. Томирларнинг аъзолар ичидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таъминотининг мўллигини келтириб чиқаради. Бу ҳол эрозиялардан ва яралардан қон оққанда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меъда веналари артерияларга мос келади ва қопқа вена тармоғи ҳисобланади. Меъда кардиал бўлимининг шиллиқ пардаси остидаги қаватда веноз чигаллар портал системани юқори ковак вена системаси билан туташтиради.

Бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда фоят муҳим.

Меъдадан лимфа оқиб кетадиган йўллар меъдада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга эга. Асосан томирлар йўли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та:

1) чап меъда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Бу учала асосий артериялар тармоқлари бўйлаб жойлашган тугунлар биринчи тартибдаги лимфатик тугунлар, бу артерияларнинг ўз тутами бўйлаб жойлашгани — иккинчи тартибдаги тугунлар, қорин артерияси бўйлаб жойлашгани эса учинчи тартибдаги лимфатик тугунлар деб аталади. Меъдани интрамурал нерв чигаллари, адашган нервлар ва қуёш чигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимча тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан чиқадиган ва қизилўнғач-

нинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қўшимча тармоғи муҳим аҳамиятга эга. Бу қўшимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади, унинг охириги 2—4 тармоқлари эса мотор функциясини бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меъда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро таъсир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазани таъминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг меъдадан 12-бармоқли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охириги маълумотларга кўра овқат ейилгандан кейин меъдани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантириши 1905 йил Эдкинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал бўлими шиллиқ пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90%гача), 12- бармоқли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меъда ости безидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-хужайралар оқсими овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг ўзи ички омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости беги ферментлари секрециясини рағбатлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради.

Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юқори бўлимларида меъда секрециясини рағбатлантирадиган энтерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингичка ичакда оқсил парчаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секрецияни фақат қўзғатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсирига ҳам эга. Бироқ, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Меъдада 3 та секретор безсимон соҳалар фарқланади:

1. Кардиал — овқат луқмаси учун қулай шароит яратадиган шиллиқ ажратади.

2. Фундал безлар, хужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош хужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) хужайралар хлорид кислота ва Кастл ички омилни ажратади; қўшимча хужайралар буфер хоссаларга эга шиллиқ ишлаб чиқара-

ди; дифференциацияланмаган хужайралар - улардан қолган хужайралар ривожланади.

3. Антрал безлар хужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли эрийдиган шиллиқ ва гастрин гормони ажратади.

Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллиқ пардаси шиллиқ пардани ўз-ўзини ҳазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллиқ ажратади.

12-бармоқли ичак шиллиқ пардасида эндокрин хужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чиқарадиган С-хужайралар, S-хужайралар — секретин, J — хужайралар — панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ичакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал бўлими функцияси таъминлаб туради.

### Диагностик текшириш усуллари

**Меъда шираси анализи.** Текширув наҳорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита хулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллиқ парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

$$\text{НСI дебити} = \frac{\text{меъда шираси ҳажми(мл)} \times \text{НСI титр бирлиги}}{1000}$$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги нормативлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши — соатига 180—220 мл; кислотанинг базал ишланиши — соатига 18—20 ммоль; ёши улгайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст — соатига 15—20 ммоль. Нормада базал секреция кўрсаткичлари: соатлик ажралиши — соатига 50—100 мл; кислотанинг базал ишланиши — соатига 4,5—5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12-бармоқли ичак ярасида — гиперацид (соатига 40—45 ммоль-гача), секрециянинг бирмунча юқори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер — Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йигилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улғайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

**Радиотелеметрия ва рН-метрия.** Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула — радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизиқ кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улғайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилиш хирургияда текширишнинг рентгенологик усуллари — обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай миқдордаги суоқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ миқдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллиқ парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бош-



ланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;

2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолати билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш — бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараённи ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилинч ҳолларда зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллиқ пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллиқ пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

### **МЕЪДА ВА 12- БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ**

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги — ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20—40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшликда

унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2-ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль ўйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал ҳужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касб-корга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, куйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пайсиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди бези, гипофиз, буйрак усти бези аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра дефекти ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва ҳимоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, қонсерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

**Патологик анатомияси.** Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг дефекти (нуқсон) яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши — юза ярадан (шиллиқ парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3—5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда — унинг пиёзча қисмида, камроқ — постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан

кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандиқ қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига — стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (бахор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жигилдон қайнашига хос бўлади. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда — оғриқ бошланади, овқат ейилганда — энгиллашади, очликда — яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенентрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча энгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдидан овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида ҳам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги — гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер — Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин микдорини текшириш керак.

### МЕЪДАНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ярасининг 3 тури фарқ қилинади (Jonson, 1965):

I тури - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II тури - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари;

III тури - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида рўй бера-

диган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллиқ пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тескари диффузияси эса шиллиқ парданинг бевосита жароҳатига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлашадиган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота миқдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тескари диффузланиши, қоплама ҳужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III тури) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20—30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси — овқат ейилгандан кейин 30—60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1—1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг миқдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат — оғриқ, тинч шароит — енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талоқ ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III тури) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2—3% ҳолларда).

Ёши улгайган ва кекса одамларда яралар атурик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошланади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби — атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган — кучли оғриқ, бўлмайти (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), циклилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12-бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

### **Меъда ва 12-бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари Яра пенетрацияси**

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади:

I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси,

II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи;

III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости беши, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак тутқичи, диафрагма, талоққа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости бешига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости беши бошчасига пенетрация бўлганда сариқлик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқалади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

## Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандиқланиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1—3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касаллигининг одатдаги симптомлари фониде меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртгача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағда бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиқсимон оғриқ, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у энгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ейилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустрлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6—12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағда бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин кўзғатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик энгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп миқдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюқлашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашма-си пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъда-нинг пастки қутби тароқсимон чизиқдан 6—10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перис-тальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахек-сия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алка-лоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер кўли» — Труссо симптоми).

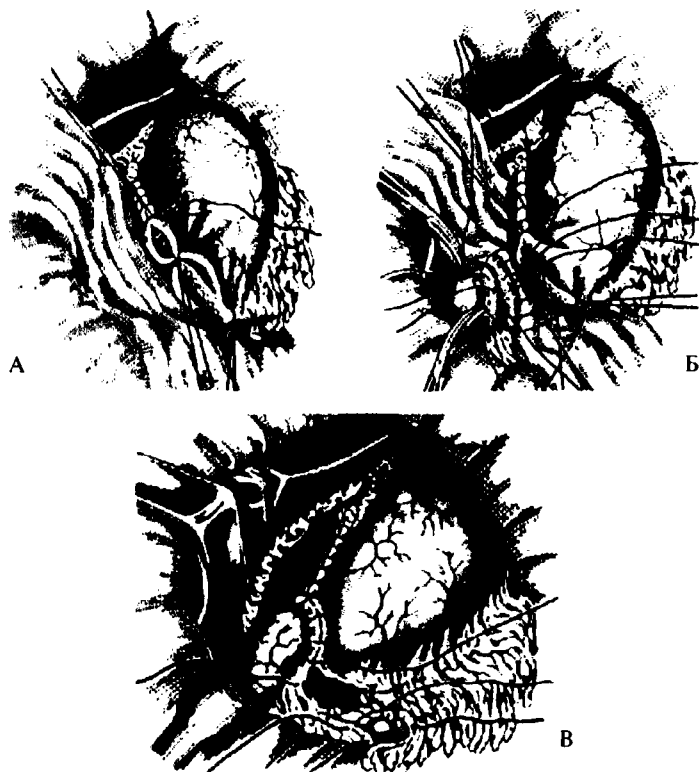
Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни кунт би-лан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақазо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал соҳа стенозларини даволашнинг кўп сонли усулларидан асосан 3 тури қўлланилади: I- радикал операциялар — декомпенсацияланган сте-нозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоана-стомоз Бильрот- I (1,2,3-расм) ёки гастроэнтеро- анастомоз Биль-рот- II (4,5,6-расм) усулида бажарилади (12-бармоқли ичакнинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг кўшилиб келиши; дуодено-стаз бўлганда ҳам), икки томонлама тутам ваготомияси билан антрумэктомия (ўша кўрсатмалар бўлганда ва кислоталиликнинг юқори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренаж-лашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоа-настомоз, пилоропластика). Бироқ операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, ҳолсизланган ва кекса бемор-лардагина қўлланилиши мумкин, чунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўли-шига олиб келади; III-аъзони сақлаб қоладиган операциялар ваго-томиянинг турли вариантлари (тутам, селектив, селектив прокси-мал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтка-зиладиган меъдани дренажловчи операциялар.

### **Тешилган гастродуоденал яралар**

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси — яра касал-лигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифлар-нинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллигланиш жараёни кўзийди, симптомлар комп-лекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.



1-расм. (А, Б, В). Меъдани Бильрот- I усулида резекцияси.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20—50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фониди пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

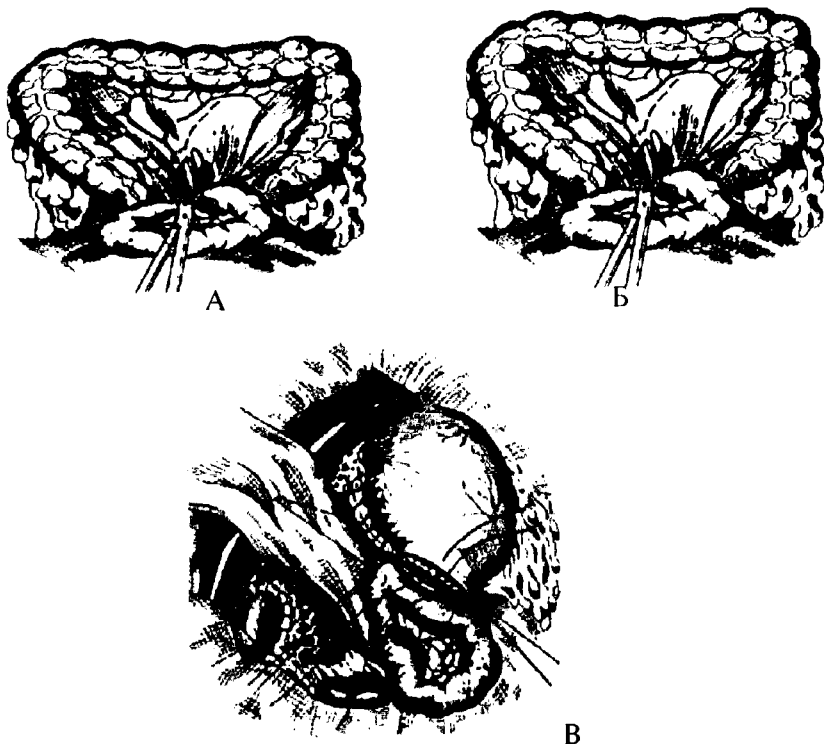
Беморларнинг 80—85 фоизиди 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимнинг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Касаллик патогенезида меъда ва дуоденал суюқликнинг озод қорин бўшлиғига доимий оқиб туриши катта аҳамиятга эга, у аввалига шокка олиб келади.

Кичкина тешикнинг фибрин, чарви, яқинда жойлашган аъзолар, қаттиқ овқат бўлакчаларидан бекилиб қолиши жараённи чеғаралайди: бу ҳолда усти ёпиқ перфорация юз бериши эҳтимол. Яра қорин бўшлиғи орқасига, кичик чарвига, кўкс оралиғига тешилганда камдан-кам юзага келадиган атурик клиника пайдо бўлади.

Тешилган яралар ўткир ёки сурункали характерга эга, яқка ёки кўп сонли бўлади.





2-расм. (А, Б, В). Меъдани Бильрот II усулида резекцияси.

### Яра перфорацияси (тешилиши)

Классификацияси. Кейинги йилларда Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев томонидан таклиф этилган классификация кенг қўлланилмоқда. Қуйида ушбу классификацияни келтирамиз:

I. Этиологияси бўйича: ярали ва гормонал.

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида; б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, антрал орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атурик тешилиши.

Тешилган гастродуоденал яраларнинг клиник манзараси. Тешилган гастродуоденал яраларнинг классик клиник манзараси тарихий ривожланишга учрамаган. Тешилишнинг асосий симптоматикаси (Г. Мондор триадаси): «ханжар» билан урилгандек тўсатдан пайдо бўлган оғриқ, қорин мускулларининг қаттиқ таранглашуви, яра анамнездан иборат.

Дарҳақиқат, кучли оғриқларнинг тўсатдан пайдо бўлиши бирорта касалликда ҳам перфорациядаги каби яққол юзага чиққан бўлмайди. Бундай беморлар оғриққа чидаб бўлмайдиган даражадаги шикоят қайд қиладилар. «Катта ёшдаги забардаст» одамнинг юз қиёфасидаги ғам-ғусса у тортаётган чексиз азоб-уқубатларни ифодалаб туради» (Г. Мондор).

Оғриқ аввалига эпигастрийда, бунда 12-бармоқли ичакда кўпроқ, ўнг томонда жойлашади, сўнгра қориннинг бутун ўнг ярми бўйлаб тарқалиб, ўнг ёнбош соҳани, кейин бутун қоринни қамраб олади. Оғриқнинг елкага ёки ўнг куракка, кичик чаноққа тарқалиши характерли. Қусиш камдан-кам перитонит ривожлангандагина кузатилади. Стенозловчи яралар тешилганда яра тешилишидан олдин бемор қайт қилади.

Бемор, одатда, чалқанча ёки ёнбоши билан оёқларини қорнига тортиб ётади, ранги оқариб кетган, кўрқув остида, совуқ, тер чиқиши мумкин. Тез-тез, юза нафас олади, қон томир уриши аввалига сийрак, артериал босими пасайиши мумкин.

Тили дастлабки соатларда нам, кейин қуруқлашади, караш билан қопланади. Оғриқ, билан бир вақтда бошқа симптом - қорин олди девори мушакларининг таранглашуви пайдо бўлади («тахтасимон», қайиқсимон ичига тортилган қорин), таранглиниш аввал эпигастрийда, сўнгра бутун қорин бўйлаб жойлашади.

Касалликнинг дастлабки соатларида ректал текширувда чаноқ қорин пардасида кескин оғриқ борлигини аниқлаш мумкин. Париетал қорин пардаси нерв охирилари сезувчанлиги бузила борган сайин оғриқ аста-секин босилади, бироқ бемор аввалгидай ҳаракатсиз ётади. Умумий ҳолати яхшиланади, олдинги қорин девори қаттиқлашиши камаяди, кам оғрийди, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ камаяди, яъни «сохта тузалиш» даври бошланади (II давр). Яра тешилиш вақтидан кечикиб 6—12 соат ўтгач операция қилиш кейинги давр ривожланишига — перитонитга олиб келади. Перитонит унинг ҳамма клиник манзараси — қон томир уриши тезлашуви, тил қуруқлиги, интоксикация сабабли умумий аҳволнинг оғирлиги, қорин дам бўлиши, ел чиқмаслиги, ич келмаслиги, кўп мартаб қайт қилиш юзага келади. Бу даврда диагноз ҳам, хирургик ёрдам ҳам одатда кечиккан бўлади.

Яра тешилиши учун характерли симптом қорин бўшлиғида озод газ борлиги ҳисобланади, у диафрагманинг ўнг гумбази остида йиғилади. Рентгенологик текширишда бир ёки иккала гумбазлар остида йўл-йўл ёруғ чизик кузатилади.

Усти ёпиқ тешилиш. Тешилган яранинг тўсатдан пайдо бўлган турик клиникаси 1—2 соатдан кейин сўнади, оғриқ камаяди, мушакларнинг таранглашуви бардам топади, оз-моз оғриқ, бўлади ва мушаклар таранглиги эпигастрийда кузатилади, холос. Беморларнинг аҳволи шунчалик яхшиланадими, улар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар.

Диагнози ва дифференциал диагнози. Тешилган гастродуоденал яранинг диагностикаси аввало анамнезга, бемордан синчиклаб сўраб-суриштиришга, физикал текшириш маълумотларига асосланади ва рентгенологик ҳамда лаборатория маълумотлари билан тўлдирилади.

Перфорация узоқ вақтгача яра касаллиги билан оғриб юрган беморларда (рентгенологик тасдиқланган); яра касаллиги белгилари бўлган (нордон кекирадиган, оч қоринга ёки овқатдан кейин оғриқ пайдо бўладиган, мунтазам сода ичиб турадиган), бироқ ҳеч қачон текширишлардан ўтмаган ва яра борлиги тўғрисида шубҳа қилинмаган шахсларда юз бериши эҳтимол. Учинчи гуруҳга «диспептик ўтмиши» бўлган, бироқ уни унутиб юборган ва ҳозирги касаллигини аввалги ҳазм бузилишлари билан боғлиқ деб ўйламаган шахсларни киритиш мумкин. Тўртинчи гуруҳга «соқов» яраси тешилган беморлар киритилади.

Беморда продромал давр борлигига — жараённинг кучайиши ёки қўзиши — эпигастрийда оғриқ, кўнгил айниши, субфебрил ҳарорат, қусишга аҳамият бериш зарур.

Диагностика учун касалликнинг ўткир бошланиши, беморнинг ўзига хос ҳолати, ташқи кўриниши, қон томир уриши ва қон босими маълумотлари катта аҳамиятга эга. Қоринни текширишда перфорациядан кейин ўтган фурсат ҳақида унутмаслик керак: дастлабки соатларда ифодаланган «тахтасимон» таранглашув кейинроқ, перитонит авж олгандан кейин қорин дам бўлиши кузатилиши мумкин. Ҳар хил ёшдаги беморларда — кексалар, аёллар ва бошқаларда қорин деворининг бўшашган бўлишини назарда тутиш лозим.

Перкуссияда озод газ борлиги 50—60 фоиз беморлардагина, рентгенологик текширувда эса 75—80 фоиз беморларда аниқланади. Бемор тик турганда ёки чап ёнбоши билан ётганида рентгенодиагностика қилиш - беморни текширишнинг асосий диагностик усули бўлиб, диафрагма гумбази устида озод газни аниқлашга (ўнгда ёки чапда) қаратилади.

Ноаниқ ҳолларда беморга 1—2 култум сувда эрувчан контраст модда беришга тўғри келади, рентген текширувида унинг меъда контурлари ташқарисига чиқиши перфорациянинг абсолют белгиси ҳисобланади. Баъзан пневмогастрография ўтказиб (меъдага ҳаво юбориш) такрор рентгенография қилишдан фойдаланилади. Диагностика қилиш мушкул бўлган ҳолларда гастрофибродуоденоскопия ёки лапароскопия қилиш керак бўлади.

Лаборатория текширувида қон ва сийдик томонидан бирор специфик бузилишларни аниқлашга муваффақ, бўлинмайди, бироқ, перитонит ривожланганда лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ифодаланган бўлади.

Тешилган ярани яра касаллигининг қўзишидан фарқ қилиш зарур, бунда оғриқ характери унчалик кучли эмас, рўй-рост таранглашиш, озод газ йўқ.

Ўткир холецистит билан аксарият ёши ўтган семиз аёллар касалланадилар, уларнинг анамнезида ўнг қовурғалар остида ёғлиқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлган қайталанадиган оғриқ бўлади. Оғриқ ўнг қовурғалар остида жойлашади. Орқага, елкага, куракка берилди, доимий бўлади. Кўп марта қусиш билан ўтади. Мускуллар таранглиги кам ифодаланган, ўт пуфаги пайпасланади, лейкоцитоз ифодаланган.

Ўткир панкреатит учун ўткир кескин доимий оғриқлар хос, бироқ улар ўраб оладиган характерга эга ва парҳез бузилиши билан боғлиқ (ёғлиқ ёки кучли овқат ейиш, ичкилик ичиш). Бемор бир неча марталаб қайт қилади, у яра тешилганидаги каби ҳаракатсиз эмас, мускул таранглашуви одатда бўлмайди, Мейо - Робсон симптоми яхши ифодаланган, қонда амилаза миқдорининг кўрсаткичлари ошган бўлади.

Ўткир аппендицит билан дифференциал диагностикаси энг қийин, чунки ҳар иккала ҳолда ҳам касаллик эпигастрийда оғриқ пайдо бўлишидан бошланиб, кейинроқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади. Бироқ ўткир аппендицитда бу оғриқлар сустроқ, эпигастрийда мускуллар таранглашмаган, ўнг ёнбош соҳада симптоматика бирмунча юзага чиққан. Касаллик кучайиб кетган ҳолларда ривожланиб бўлган перитонит фониди дарднинг сабаби аксарият ўрта лапаротомияда аниқланади.

Миокард инфаркти (гастралгик формаси), стенокардиянинг бошланғич босқичларидаги ўткир бошланиш перфоратив яра клиникасига ўхшаб кетиши мумкин. Бемор ёшининг улуғлиги, анамнезда тез-тез стенокардия борлиги, тез аритмик қон томир уришида бемор ҳолатининг оғирлиги, артериал босимнинг пасайганлиги, юрак тонларининг бўғиқлиги, электрокардиографик ўзгаришлар, жигар тўмтоқлигининг сақланиб қолиши юрак патологиясидан далолат беради.

Базал зотилжам ва плеврит учун ҳам ўткир бошланиш, қориннинг юқори қисмида муайян жойлашган ўрни бўлмаган оғриқ хос бўлади. Беморнинг актив ҳатти-ҳаракати, юза нафас олиш, бурун қанотларининг ҳаракати, ҳарорат, ўпка томонидан олинадиган маълумотлар, қорин томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги — буларнинг жами рентгенологик текширув ёрдамида аниқланадиган тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал диагностикани касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки соатларда ўтказиш мумкин; у бирмунча қийин ва анчагина вақт ўтгач ва туташ перитонит клиникаси юзага чиққандан кейин ўрта лапаротомиядагина ўтказилиши мумкин.

Даволаш. Касалхонага ётқизилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилинч равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган воситаларни сира юбориб бўлмайди.

Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Консерватив даволаш тешилиш вақтидан 2 сутка ўтгач ўтказилиши мумкин, бунда тешик усти бекилган, беморнинг умумий аҳволи қониқорли, тешик яхши чегараланган бўлади, чунки инфилтрат бўлган шароитларда операция қилиш асоссиз шикастланиб қолишга сабаб бўлиши мумкин.

Вангенстин ва Тейлорнинг тешилган яраларни даволаш учун меъда суюқлигини доимий аспирация қилиш усули (консерватив усул) ўз вақтида танқид қилинган эди. Бироқ бемор операциядан қатъиян бош тортганда ёки унинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлган аҳён-аҳён ҳолларда бу усул қўлланилиши мумкин.

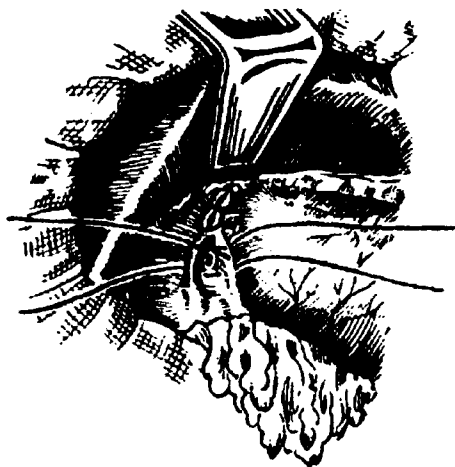
Операциядан олдинги тайёргарлик имкон борича қисқа бўлиши ва шокни даволаш, дезинтоксикацион тадбирлар, меъдага зонд қўйишни ўз ичига олиши керак.

Операция характери ҳар кимнинг ўзига хос бўлиши ва беморнинг аҳволига, ярадаги ўзгаришлар характериға, шунингдек хирург ва ёрдамчи хизматларнинг техник имкониятларига боғлиқ.

Тешилган ярани чарви билан пластика қилиб тикиш бошқа операциялар ўтказишга кўрсатмалар бўлмаганда, туташ перитонитда, ёш беморларда ёки, аксинча, кекса ёшдаги беморларда, зарур инструментарий, аппаратура йўқлигида, хирург малакаси етарлича бўлмаганда қўлланилади.

Тешилган ярани тикиш (7-расм) беморни перитонитдан қутқариб, яра касаллигиға бардам бера олмайди ва кейинчалик беморларнинг 40—50 фоизи бу касалликнинг турли асоратлари сабабли такрорий операция қилинишга мажбур бўладилар.

Тешилган ярани бекитишнинг бошқа кўпгина пластик усуллари ҳам паллиатив операциялар гуруҳиға киради ва уларни қўлланишнинг кейинги натижалари шунча қониқарсиз оқибатлар процентини беради.



7-расм. Тешилган ярани тикиш жарроҳлик амалиёти.

Қорин бўшлиғи микрофлора ҳолати ва унинг характерини яра этиологияли перитонит ва бошқа этиологияли перитонитлар билан таққослаб ўрганиш шунини кўрсатдики, меъда-ичак тизими дистал йўналиши бўйлаб анаэроб микроорганизмлар кўпайиб бориши кузатилади (8-расм). Шунга мос равишда бактериялар концентрацияси ҳам ўзгаради (9-расм). Гастродуоденал перитонитларда қорин бўшлиғининг нисбатан кам миқдорда микроблар билан ифлосланиши кузатилади. Ўтказилган микробиологик текширувлар бундай ҳолатларда радикал жарроҳлик амалиётларини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини асослаб берди.

1928 йилда С. С. Юдин жорий қилган тешилган яраларда меъдани бирламчи резекция қилиш бизнинг мамлакатимизда ҳам, чет элда ҳам талайгина олимларнинг диққат-эътиборини қозонди. Яра касаллигини даволаш учун ўтказилиши мумкин бўлган радикал жарроҳлик амалиётларининг кўрсатмаларини аниқлашда қорин бўшлиғи микрофлора ҳолатини ўрганишдан ташқари қуйидаги омиллар бўлиши зарурдир: меъда резекция учун мутлақ, кўрсатмалар борлиги (стеноз, профуз қон кетиши, малигнизацияга шубҳа бўлиши); нисбий кўрсатмалар борлиги: яра пенетрацияси, унинг каллэз характери, антрал бўлим ва катта эгриликдаги яралар, яра анамнезининг давомлилиги, илгари қайталаниб турган қон кетишлар борлиги (перфорация вақтидан операциягача ўтган вақт 6 соатдан ошмаган тақдирда, тажрибали хирург ва техник жиҳозланган операция хонаси, оғриқсизлантириш учун зарур шароитлар борлиги).

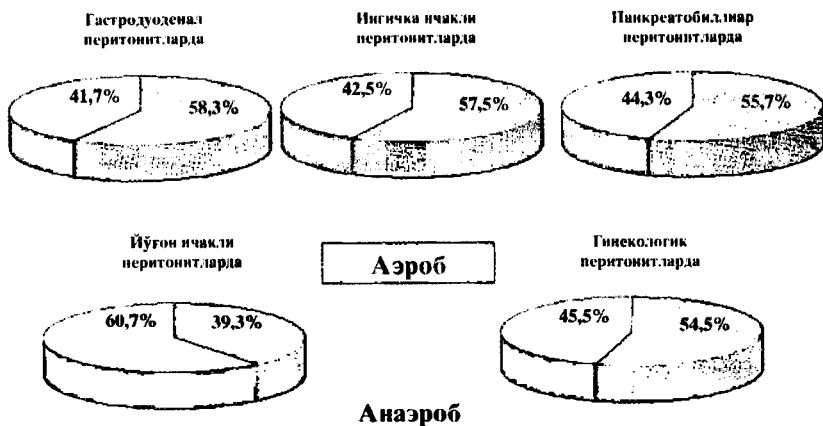
Тешилган яраларда меъдани резекциясини бажариш натижалари тешилган ярани тикиб қўйишдан афзалдир, бироқ уни ўтказиш учун кўп сонли шароитларнинг зарурлиги бирламчи резекциялар сонини бирмунча камайтиради.

Кейинги ҳол тешилган яралар шошилинич хирургиясига аъзони сақлаб қоладиган ва ваготомия билан бирга қилинадиган операцияларнинг турли вариантлари кенг жорий қилиниши билан боғлиқ. Ярани кесиб қилинадиган тутам ваготомияси ва пилоропластика энг маъқул усул саналади.

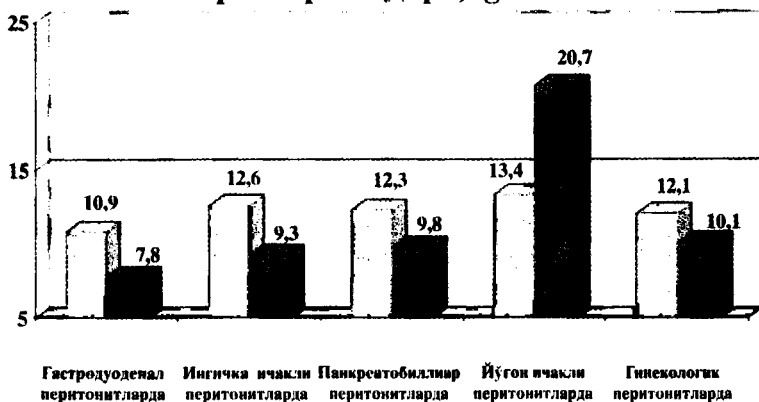
Радикаллиги нуқтаи назаридан бу операция меъдани бирламчи резекция қилишга тенглаштирилиши мумкин. Айни вақтда камроқ шикастлантириши ва ўлимнинг бирмунча пастлиги, уни хирурглар томонидан одатдаги шароитларда қўлланиш мумкинлиги бу операцияни истиқболли қилади.

Тешилган яраларда операциянинг энг муҳим томони операция пайтида қорин бўшлиғининг тўлиқ санацияси ҳисобланади. У нечоғлик пухта ўтказилган бўлса, операциядан кейинги давр шунчалик осон ўтади ва йирингликлар ҳосил бўлиши учун имкониятлар камаяди.

## Ҳар хил формали перитонитларда қорин бўшлиғи аэроб ва анаэроб микрофлорасининг нисбати



## Турли хил перитонитларда қорин бўшлиғидаги микроблар миқдори, lg КОЕ/мл



Аэроб

8,9-расм. Турли хил перитонитларда қорин бўшлиғи микрофлора ҳолати.

## Ярадан қон кетиши

Ярадан қон кетиш яширин ва очиқдан-очиқ бўлади. Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профузу қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги қўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадиион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15—20 фоизни ташкил этади.

Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари — умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллиқ пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Гастродуоденал қон кетишининг бош белгиларидан бири «кофе қуйқаси» туридаги ёки қирмизи қон рангли қон аралаш қайт қилиш (гематемезис) ҳисобланади. Қусуқ массаларининг характери бўйича аксарият қон кетиш манбаи тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Қирмизи қизил қон ёки олча ранг ивинди манбаи меъдада бўлган қон кетиши учун, «кофе қуйқасига» ўхшаш қон манбаи 12-бармоқли ичакдан қон кетиши учун хос. Мўл қон кетишларда ҳатто дуоденал ярадан қон аралаш қусиш кузатилиши эҳтимол. Меъдадан қон кетишининг бошқа патогномик симптоми қатронсимон ахлат (мелена), айрим ҳолларда олча ранг ахлат бўлиши мумкин. Қон рангининг ўзгариши меъдада гематин хлорид (яра касаллигида кислоталилик нормал ёки ошган) ҳосил бўлиши билан, қатронсимон ахлат — ичакда гемоглобинлар темир сульфат ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Мўл қон кетиши меъданинг тез бўшалишига, перистальтикаси кучайишига ва қора рангли ёки кам ўзгарган қон аралаш бадбўй мўл суюқ ич келишига сабаб бўлиши мумкин.



Қон кетиш бошланган вақтдан 2—3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етиш-мовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (Гх) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади:

I даражаси — кам қон йўқотади, гемодинамиканинг бузилишлари кам бўлади. Қон томир уриши оз-моз тезлашади, артериал босим нормал. МВБ танқислиги керагидан 5 фоизгача, гемоглобин 100 г/л дан юқори.

II даражаси — кўпроқ қон йўқотади. Беморнинг аҳволи ўртача оғирликда, бўшашган, тери қопламлари рангпар. Қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуниси ҳисобида 80 мм гача. Гемоглобин 80 г/л.

III даражаси — беморнинг умумий аҳволи оғир, ранги кескин бўзарган, уни совуқ тер босган, қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуниси ҳисобида 60 мм гача пасайган. МВБ танқислиги керагидан 30 фоизгача, гемоглобин 50 г/л.

IV даражаси — мўл қон йўқотиб, бемор узоқ вақтгача ҳушидан кетади, бу ҳолат ягона ҳолатга яқин бўлади. Қон томир уриши ва босим амалда аниқланмайди. МВБ танқислиги 30 фоиздан юқори. Бундай кўп қон йўқотишлар бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради ва зудлик билан глобуляр ҳажм танқислигини, қоннинг плазма ҳажмини қон қуйиш, эритроцитар масса қуйиш, изотоник эритмалар юбориш билан тўлдиришни талаб этади.

Трансфузион терапия қон йўқотилишига боғлиқ: чунончи, МВБнинг 10 фоизга танқислиги деярли коррекцион терапияни талаб этмайди, МВБ танқислиги 20 фоиз атрофида бўлса, қон ўрнини босадиган суюқликлар (плазма, альбумин, протеин ва б.) қуйилиши шарт. 25—35 фоиз МВБ атрофида қон йўқотилиши эритроцитар масса (1/2 г ҳажм) ва кейинчалик қон ўрнини босадиган суюқликлар (юқори молекуляр декстранлар, кристаллоид препаратлар) билан тўлдирилади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрса-

тадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетерлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилинч эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади: 1) қуруқ ва натив плазмани 20—30 мл дан ҳар 4 соатда бўлиб-бўлиб юбориш; 2) 1% ли викасол эритмасини суткасига 6—8 мл гача мушак тўқимасига юбориш; 3) вена ичига 1% ли кальций хлорид эритмаси юбориш (унинг 10% ли эритмасини юборишдан сақланиш керак, чунки у қайта қустириб қон кетишини кучайтиради); 4) желатинол, поливинолни вена ичига юбориш; 5) эпсилонаминокапрон кислота 5% ли эритмасини 100—200 мл дан ҳар 5—6 соатда юбориш; 6) қон ивиш системасини яхшилашга ёрдам берадиган дицинон, питуитрин ва бошқа препаратларнинг эритмаларини вена ичига юбориш; 7) меъдани локал гипотермия қилиш — музли халтача қўйиш, муз бўлакчаларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш; 8) эндоскопик тўхтатиш (диатермокоагуляция, лазер таъсири).

Волемик бузилишлар МВБ, умумий статусни қатъий назорат қилиб турган ҳолда торқетган қилиниши (изга солиниши) керак. Беморга қон кетиши тўхтагандан кейин ҳам 10—12 кунгача ўринда ётиш тавсия этилади.

Шошилинч операцияга кўрсатмалар бўлмаганда кейинги тактика ва операция усулини танлаш аниқланмаган ўзгаришларга, беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Дастлабки 12—24 соат ичида массив қон кетиши фонида рўйроқ геморрагик шокда шошилинч операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилинч операция (дастлабки 24—48 соатда) кўп қон кетганда анчагина миқдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлилигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилинч операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, чунки бу тамоилдаги беморларда каллёз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда — ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика билан ўтказилади.

Кўпинча пенетрация қиладиган дуоденал яраларда қонаб турган ярани пилоропластика ва ваготомия (яخشиси, тутам ваготомияси) билан тикиш энг маъқул операция ҳисобланади. Қўшилиб келган яраларда тутам ваготомияси ва антрумэктомия ёки меъданинг бирламчи резекциясини қилиш керак.

### Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15—20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими соҳасида жойлашган яраларга тааллуқли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4—6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Эҳтимол малигнизация диагностикаси унга шубҳа туғдирган дастлабки белгилардаёқ ўтказилади (меъда яраси бўлган беморлар ҳар 3—6 ойда мунтазам текширилиб туришлари лозим). Рентгенологик белгилар одамда кеч пайдо бўлади (тўлиш нуқсони, четлари ўйиклиги, инфильтрация ва бошқалар). Асосий текшириш усули гастропиброскопия қилиб, яранинг бир неча соҳасидан биопсия олиш ҳисобланади. Манфий гистологик жавоб малигнизация йўқ, деган маънони билдирмайди, чунки биопсия соҳасига малигнизация бўлган қисм тушмай қолиши мумкин. Ҳар қандай шубҳалар бўлганда такрорий текширув ўтказилиши лозим. Айни вақтда малигнизацияга шубҳа бўлганда беморни операция қилиш керак. Меъда резекцияси асосий операция тури ҳисобланади. Бунда гастроэнтеро-ёки гастродуоденоанастомоз қўлланилади. Унинг сабаби меъданинг секрет чиқарадиган қисмини олиб ташлаш ва пилорик қисм механизмини тугатиш, шунингдек дуоденал пассажни йўқотиш бўлиши мумкин.

Демпинг-синдром пайдо бўлишида психоневрологик ўзгаришларга, вегетатив нерв системаси бузилишларига катта аҳамият берилади.

Клиник жиҳатдан демпинг-синдром бўшашиш, иссиқлаб кетиш, совуқ тер чиқиши, бош айланиши, юрак уриши, тахикардия, кўкракда оғриқ ва қисилиш сезгиси, ҳатто хушдан кетиш ҳолати билан юзага чиқади. Касаллик клиникаси ва симптомларининг нечоғлик юзага чиққанлиги демпинг-синдромнинг оғир-енгиллигига ва овқат, хусусан ширин, сутли овқатлар ейиш билан боғлиқ.

Жараён диагностикаси анамнестик, клиник жиҳатдан қийинчилик туғдирмайди. Рентгенологик текширишда контрастнинг тезлашган эвакуацияси қайд қилинади.

Демпинг-синдромни даволаш парҳезга риоя қилиш, рациондан демпингга сабаб бўладиган таомларни чиқаришдан иборат, тез-тез мунтазам овқатланиш ва имкон борича дағал овқат: гўшт, балиқ, сабзавот, тузланган карам кабиларни истеъмол қилиш керак. Консерватив даво ёрдам бермаганда ва демпинг-синдромнинг оғир ҳолларида операция қилинади. Бу дуоденал пассажни тиклашга қаратилган асосан реконструктив операциялар ҳисобланади (Бильрот II ва Бильрот I).

Келтирувчи қовузлоқ синдроми - операция техникасидаги камчилик, битишма жараёни ёки дуоденал ўтказувчанлик бузилишлари ривожланиши натижаси ҳисобланади. Патология аксарият операциядан кейин биринчи йилиёқ пайдо бўлади.

Клиник жиҳатдан касаллик кўпроқ ўнг қовурга ости соҳасида оғирлик ва оғриқ билан ўтади, вақти-вақтида ўт аралаш ёки овқат билан ўт аралаш қайт қилинади, шундан сўнг бемор сезиларли энгилик ҳис қилади.

Овқатни қайтариш, кекириш, жиғилдон қайнаши, тўш орқасида оғриқлар бўлиши эҳтимол.

Келтирувчи қовузлоқ синдроми патогенези мураккаб ва кўп қиррали: 1) келтирувчи қовузлоқнинг гастроэнтероанастомоз орқасида қисилиши; 2) келтирувчи қовузлоқ ротацияси ёки буралиб қолиши; 3) келтирувчи қовузлоқнинг ичаклар орасидаги туташган жой инвагинацияси (кириб қолиши); 4) келтирувчи қовузлоқ шиллиқ пардасининг меъда-ичак анастомозига тушиши; 5) унинг битишмалардан босилиши; 6) ўсмадан босилиши, чандиқли торайиши; 7) техник хатоликлар ва бошқалар.

Диагностика рўй-рост клиник манзара асосида ўтказилади. Рентгенологик текширувда контраст модданинг келтирувчи қовузлоққа тушиши қайд қилинади, бироқ бу келтирувчи қовузлоқ синдроми манзараси бўлмаган беморларда ҳам рўй бериши эҳтимол.

Даволаш демпинг-синдромдаги каби консерватив, витаминлар билан даволаш - оқсилли препаратлар, аминокислоталар юборилади, санаторий-курортда даво қилинади. Келтирувчи қовузлоқ синдромининг оғир даражасида, механик тўсиқлар пайдо бўлганда яхши натижа берадиган операция усулини қўлланиш тавсия этилади.

Анастомознинг пептик яраси асосан сақланиб қолган меъда секрециясида ҳосил бўлади. Кислоталилик жуда ошган бўлса, улар тез-тез учраб туради, паст бўлса, кам учрайди, ахилияда сира учрамайди. Бу резекциядан кейин юз берадиган энг оғир асорат ва операция қилинган беморларнинг 0,5—2,5 фоизиди одатда дастлабки 3 йил ичида ва асосан эркакларда учрайди. Бироқ, аёлларда, ёши улғайган ва кекса ёшдаги кишиларда ҳам бўлиши мумкин.

Пептик яра жойлашуви ҳар хил — келтирувчи қовузлоқда ҳам, анастомоз соҳасида ҳам бўлади, кўпинча ичак тутқич, кўндаланг чамбар ичак, меъда ости беzi, ичакка пенетрациялайди.

Пептик яранинг бош симптоми қаттиқ ва азоб берадиган оғриқ ҳисобланади. У операциядан олдинги оғриқдан кучли. Оғриқсиз дамлар тобора камайиб боради, оғриқ доимий, орқага, кўкрак қафасига берилади (иррадиация), жигилдон қайнаши, қусиш характерли. Бемор озиб кетади, доимо грелка қўлланилиши сабабли эпигастрий соҳасида пигментация пайдо бўлади.

Операциядан кейинги пептик яра бир қанча асоратлар — қон кетиши, перфорация, пенетрация бериши, оғирлашган ҳолларда ҳатто оқма яра ривожланиши эҳтимол (ташқи ёки меъда чамбар оқма яра).

Анастомоз пептик яраларини ва асоратларини даволашнинг асосий усули операция ҳисобланади.

### **ЎТКИР ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР**

Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардасининг ўткир емирилиши турли хил факторлар ҳисобига келиб чиқиши мумкин. Гастроудоденал яралар келиб чиқиш сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин:

1. Ўткир яралар ҳар хил стресс ҳолатларидан кейин келиб чиқиши мумкин.

2. Эрозиялар ҳар хил дори-дармонлар таъсирида юзага келиши мумкин.

3. Ўткир яралар ҳар хил касалликларда бирга кузатилиши мумкин ( жигар цирроз, юрак касалликлари, нафас олиш ва қон айланиш системаси етишмовчиликларида, ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилигида).

Ўткир стресс эрозиялар ва яралар. Одатда ўткир яралар гастроудоденал соҳада қон кетиши билан кузатилади. Меъда-ичак тизими юқори қисмидан қон кетиши сабаблари геморрагик гастрит (17% ҳолатда) ва ўткир яралар (5% ҳолатда) бўлиши мумкин.

Диагностика: Геморрагик гастрит ва ўткир яралар диагностикасида эзофагогастроуденоскопия муҳим ўрин тутди. Дифференциал диагноз алкоголь эрозив гастрит ва иккиламчи медицинаментоз эрозив гастрит билан ўтказилади.

Даволаш: 1. Гемостатик терапия. 2. Волемик бузилишлар корекцияси. Массив қон кетиш билан кузатилган ўткир яраларда консерватив чора-тадбирлар ёрдам бермаса, жарроҳлик йўли билан қон кетиш тўхтатилади.

Стресс-яралар. Стресс-яралар қуйидаги ҳолатларда келиб чиқиши мумкин: Шок ҳолати, оғир жароҳатлар ёки жарроҳлик амалиётлар (узоқ муддат давом этганда), руҳий зўриқишлар, бош мия жароҳати, миокард инфаркти, сепсис, нур энергияларнинг таъсири, оғир жисмоний меҳнат, кескин атроф муҳит ҳароратининг ўзгаришлари. Стресс-яраларнинг келиб чиқиш асосида гастроуденал соҳадаги шиллиқ парданинг қон билан таъминланишининг бузилиши, ҳамда умумий метоболик ва трофик бузилишлар бўлиши мумкин.

Клиника ва диагностикаси: Стресс яраларда асосан клиник белгилардан бири турли хил қон кетиш билан кузатилади. Қон қусиш ва ичининг қора келиши гемодинамикага 2—3 кунлари таъсир қилиши мумкин. Эзофагогастроуденоскопияда меъда проксимал қисми шиллиқ пардасида кўплаб қон кетаётган шиллиқ парда емирилиш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Стресс-яралар профилактикаси ва давоси худди меъда ва 12-бармоқли ичак яра касаллигини даволашда қўлланиладиган чора-тадбирлардан иборат (антихолинергик препаратлар, гистамин  $H_2$  - рецептори блокаторлари, антацидлар, седатив терапия).

Дори-дармонлар таъсирида келиб чиқадиган ўткир яралар асосан стероид препаратлар таъсири остида келиб чиқиши мумкин (аспирин, бутадион, индометацин, атофан ва бошқалар).

Ульцероген эндокрин касалликлар. Меъда ва 12-бармоқли ичакда пептик яраларнинг келиб чиқиши сабабларидан бири ҳар хил эндокрин аъзолари касалликларидан кейин кузатилиши мумкин. 2 хил эндокрин аденоматоз тафовут қилинади: Биринчи тури — гипофиз, қалқонсимон беши олди ва меъда ости беши касалликлари. Иккинчи тури — буйрак усти беши ва қалқонсимон беши касалликлари. Диагностикасида махсус клиник инструментал текширишлар қўлланилади (қондаги кальций миқдори, радиоиммунохимик текширишлар ёрдамида қон миқдоридаги гармонларни ўрганиш, ультратовушли сканерлаш, компьютер томографияси, ангиографик текширишлар). Меъда ости беши касалликлари туфайли Золлингер-Эллисон синдроми келиб чиқиши мумкин.

Даволашда меъда резекцияси ва гастрэктомия жарроҳлик амалиётлари қўлланилади.

## МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЁСМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Меъда ва 12-бармоқли ичак ёсма касалликлари келиб чиқишига кўра эпителиал ва нозпителиал турларига бўлинади. Уларнинг ҳар бири ўз навбатида хавфли ва хавфсиз турларга бўлинади. Хавфли ўсмалардан энг кўп учрайдигани - меъда саратони ҳисобланади (98%).

**Меъда ўсмалари.** Меъда саратони – меъда шиллиқ қавати эпителий хужайраларидан келиб чиққан хавфли ўсмадир. Беморларнинг кўп қисми 50 ёшдан ошган беморлар гуруҳига киради. Эркаклар аёлларга нисбатан кўпроқ касалланади. Жарроҳлик усулида даволаш самарадорлиги касалликни кеч аниқланиши сабабли пастлигича қолмоқда. Касалликни эрта босқичларида радикал жарроҳлик амалиёти ўтказиш тўлиқ соғайишга олиб келиши мумкин. Жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш ўсма касалликларини эрта аниқлаш орқали амалга оширилади.

Меъда саратони эрта турларини 3 босқичи тафовут қилинади: саратон *in situ*, юзаки саратон, инвазив саратон. Инвазив саратон шиллиқ ости қаватига ўсиб киради. Саратон *in situ* ёки интраэпителиал саратон инфилтратив ўсиш йўқлиги билан тавсифланади. Саратон *in situ* асосан меъда сурункали яраси, пролиферацияланувчи аденоматоз полип соҳасида, гиперпластик гастрит фонида келиб чиқади.

Юзаки саратон инвазив ҳисобланади, аммо меъда шиллиқ қавати чегарасида тарқалади ва *tunica muscularis mucosae* соҳасида шиллиқ ости қаватга тарқалмайди. Саратон меъда ярасидан келиб чиққанда макроскопик полипдан келиб чиққан эрта саратон полип кўринишидек бўлгандек оддий сурункали яра кўринишида бўлади. Юзаки саратон мультицентрик ривожланади.

Саратоннинг эрта инвазив тури - эрта саратон ривожланишининг III босқичи ҳисобланади. Ёсма элементларини меъда шиллиқ ости қаватига ўсиб кириши, аммо мушак қаватига тарқалмаслиги билан тавсифланади. Саратоннинг эрта тури клиник белгилари улар қайси касаллик фонида келиб чиққанлигига боғлиқ бўлади.

Меъда саратонининг эрта турларини аниқлашда гастроскопик текширувнинг аҳамияти жуда катта. Гастроскопия бир нечта жойдан гастробиопсия ва биоптатларни цитологик ва гистологик текширувлари билан биргаликда олиб борилиши шарт. Меъда саратонини келиб чиқишига ёсма олди касалликлари сабаб бўлади. Шифокор вазифаси - ёсма олди ҳолатларини аниқлаш ва онкологик касаллик келиб чиқиш эҳтимоли юқори бўлган хавфли гуруҳга кирувчи беморларни актив кузатиш. Меъда саратони билан касалланган беморлар орасида сурункали гастрит фонида (50%) ва сурункали яра (46%), камдан-кам ҳолатда меъда полипи фонида (4%) саратон касаллиги келиб чиққанлигини кузатиш мумкин.

**Клиника ва диагностикаси.** Полиплар бирор бир белгиларсиз ёки атрофик гастрит белгилари билан кечади, агар унинг фонида келиб

чиққан бўлса, касаллик аста-секин бошланади, анамнези бир неча ойдан бир неча йилгача бўлиши мумкин. Эпигастрал соҳадаги оғриқ асосан овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлиб, оғриқ симилловчи характерда овқат қабул қилгандан сўнг эрта даврда ёки 0,5—2 соатдан сўнг бошланади. Оғриқ айрим вақтда 2—3 соат давом этиб сўнг ўтиб кетади. Иштаҳа пасайган ёки умуман бўлмайди. Кекириш, кўнгил айниши, қайт қилиш, метеоризм ва ич келиши нотурғунлиги кузатилади. Ҳолсизлик, бош айланишига ахилия ва полип ярасидан сурункали қон кетиши натижасида келиб чиққан анемия сабаб бўлади. Яширин қон кетиш шиллиқ қават энгил жароҳатланиши ва полип яраланиши билан боғлиқ. Қон қайт қилиш кўп миқдорда қон кетганда кузатилади. Привратник яқинида жойлашган полип ўлчамлари катталашганда меъдадан эвакуация бузилиши белгилари аста-секин ортиб боради.

Меъда суюқлигини текширишда ахилия аниқланади, бироқ айрим вақтда меъда суюқлиги кислота кўрсаткичлари нормада бўлиши мумкин.

Рентгенологик текширувда юмалоқ ёки овал шаклдаги, аниқ ва текис контурли «тўлиш нуқсони»ни аниқлаш мумкин. «Тўлиш нуқсони»ни сурилиши полип оёқчаси борлигида кузатилади ва у «тўлиш нуқсони» томонга йўналган ёруғланиш ипи сифатида кўринади.

Полипларни малигнизацияланиши рентгенологик белгилари: тишсимон ва ноаниқ контурли нотўғри шаклдаги «тўлиш нуқсони»; шиллиқ ости қавати ва мушак қавати инфильтрация натижасида полип соҳасида перистальтиканинг сусайиши; беморни қайта текширганда полип ўлчамларининг катталашиши.

Гастробиопсия билан биргаликда олиб борилган гастроскопия полипларни, уларни малигнизацияланиши, меъда саратонининг полипсимон шаклларида дифференциал диагностикасида жуда катта маълумот беради.

**Даволаш.** Безли полипни (аденома) жойлашган жойи ва ўлчамларидан қатъи назар эндоскопик электроэксцизия йўли билан олиб ташланади. Агар олиб ташланган полип гистологик текширувида унинг малигнизациялашганлиги аниқланса, меъда саратонидаги каби меъда резекцияси ёки ҳамма онкологик радикализм қонунларига риоя қилган ҳолда гастрорэктомиа амалиёти кўрсатилган.

Клиника ва диагностикаси: Меъда саратони эрта тури учун хос бўлган клиник белгилар йўқ. У белгиларсиз ёки қайси касаллик фониди келиб чиққан бўлса, шу касаллик белгилари билан кечиши мумкин.

Меъда саратони билан касалланиш онкологик касаллик хавфи юқори бўлган беморларда эҳтимоли юқори. Онкологик хавф юқори бўлган омилларга меъда ўсма олди касалликлари (сурункали гастрит, меъда сурункали яраси, меъда полиплари); ноонкологик касаллик туфайли меъда резекцияси бажарилганлигига 5 йил ва ун-



дан ортиқ вақт ўтган беморларда меъда чўлтоғи сурункали гастрити; оиласида саратон билан касалланган беморлар бўлганлиги; ахилик гастрити бўлган беморларда қон гуруҳи А (II) бўлиши; зарarli омиллар таъсири (кимёвий саноат) киради. Меъда саратони клиник кўриниши хилма-хилдир. Улар ўсма келиб чиққан патологик фон, яъни ўсма олди касалликлари, ўсма локализацияси, шакли ва ўсиш турига, гистологик структурасига, тарқалиш босқичига ва асоратларига боғлиқ. Бир қатор беморларда сурункали гастрит, сурункали меъда яраси кўп йиллик анамнези, қолганларида эса касалликнинг кам ифодаланган белгилари анамнези давомийлиги бир неча ойни ташкил этади.

Беморларни сўраб суриштирганда аниқланган белгиларни шартли равишда касалликни маҳаллий ва умумий белгиларига бўлиш мумкин.

Маҳаллий белгиларга «меъда дискомфорти» белгилари: физиологик тўйиш ҳиссини йўқлиги, тўмтоқ босувчи характердаги оғриқ, эпигастрал соҳадаги тўлиш ва тортишиш ҳисси, иштаҳанинг пайсиши ёки умуман бўлмаслиги, баъзи озиқ-овқат маҳсулотларидан бош тортиш (гўшт, балиқ).

Меъда саратонининг умумий белгилари: ҳолсизлик, тана вазнини камайиши, адинамия, одатий ишдан тез чарчаш, депрессия. Буларнинг ҳаммаси ўсма интоксикацияси сабабли кузатилади. Кўп ҳолларда анемия кузатилади. Баъзида анемия касалликнинг биринчи белгиси бўлиб ҳисобланади. Ахилия натижасида темир моддасини сўрилиши бузилиши ва ўсмадан сурункали қон кетиши натижасида темир танқисли анемия кузатилади. Тана ҳароратини субфебрил ва юқори даражаларгача кўтарилиши ўсма касаллигининг ўтказиб юборилган турларида учрайди. Тана ҳароратини кўтарилишининг сабаблари: ўсмадан оқсил алмашинуви моддаларини сўрилиши, ўсмани яллиғланиши, меъдадан ташқаридаги метастазлар соҳасида яллиғланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши. Касаллик эрта босқичларида беморларнинг ташқи кўриниши ўзгармайди. Анемия ривожланганда тери ва кўриниб турган шиллиқ қаватларнинг рангпарлиги кузатилади. Тери қуриши, унинг бурмасимон кўринишда бўлиши, тери ости ёғ қаватининг йўқолиши сув алмашинувининг жиддий бузилиши, сезиларли озишдан дарак беради. Қоринни кўздан кечирганда уни юқори қисмида нотекис шишганлиги, меъдадан чиқиш жойи стенозида меъдани перистальтик қисқаришларини кўриш мумкин. Қорин ўлчамларининг катталаниши қорин бўшлиғининг бўш қисмларида суюқлик тўпланишида (асцит) кузатилади. қоринни юзаки пайпаслаганда қорин девори мушакларининг таранглашуви ва оғриқлиги ўсмани меъдадан ташқарига тарқалганлиги, қорин бўшлиғи карциноматозидан далолат беради.

**Лаборатор текширув усуллари.** Қон анализларида гемоглобин миқдори ва эритроцитлар сонининг камайиши, эритроцитларнинг

чўкиш тезлигининг ортиши кузатилади. Меъда секрециясини текширганда кўпинча ахлоргидрия аниқланади, аммо меъданинг кислота ҳосил қилиш функцияси сақланиб қолиши ҳам мумкин ва эркин хлорид кислота кўрсаткичлари бироз пасайган ёки нормада бўлади.

Меъда саратонини аниқлашда рентгендиагностика ҳозирги пайтгача муҳим ўрин тутаети. Меъда саратонининг эрта турларини аниқлашда шиллиқ қават рельефи, меъдани контраст билан тўлдириб рентгенологик текшириш лозим. Меъда саратони ривожланганлигининг асосий рентгенологик белгилари: тўлиш нуқсони, тўлиш нуқсониде токча белгиси, чегараларининг деформацияси, аъзо бўшлигининг қисқариши, жароҳатланган соҳада деворлар таранглашуви ва перисталтиканинг йўқлиги, шиллиқ қават рельефининг парчаланиши. Тўлиш нуқсони саратонининг экзофит ўсиш турига хос бўлган белги ҳисобланади. Меъда бўшлигининг деформацияси ва қисқариши ўсмани эндофит ўсиш турида, бунда меъда девориде ўсма инфильтрацияси кузатилади. Шиллиқ қават рельефи жароҳатланган соҳада бурмаларини йўқотаети, шаклсиз бўлиб қолади (хавфли рельеф), бурмалар парчаланганда «узилиш» белги аниқланади.

Биопсия олиш билан амалга ошириладиган гастроскопия саратонининг эрта турларини аниқлашда ва ўсмани морфологик турини аниқлашда муҳим роль ўйнайди. Меъда саратони диагнози қўйилгандан сўнг беморни жарроҳлик усулда даволаш ҳақидаги муаммони ҳал этиш лозим. Беморларни умум клиник текширганда узоқ метастазлар бор ёки йўқлиги аниқланади. Узоқ метастазлар тўғрисида аниқ маълумотлар бўлмаса, меъда саратонининг қўшни аъзоларга ўтганлигини, жигардаги метастазларни, қорин бўшлиғи канцероматозини аниқлаш мақсадида биопсия билан лапароскопия, жигар, меъда ости безини ультратовуш сканерлаш ва компьютер томографик текширувлари ўтказилади.

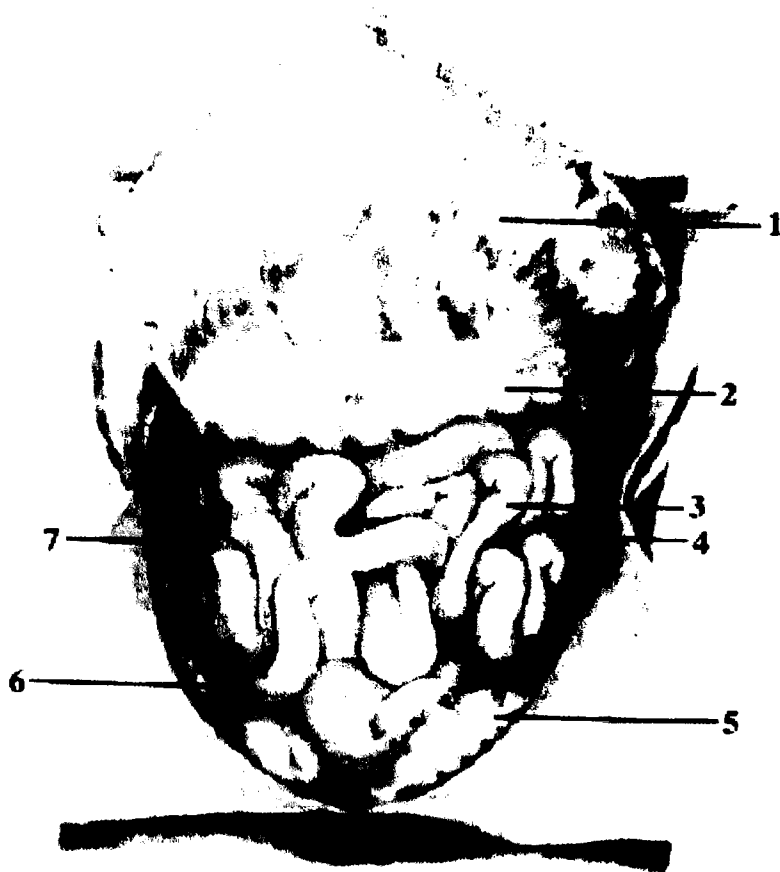
Даволаш жарроҳлик усулида: меъда саратони жарроҳлик амалиётига абсолют кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Меъда резекцияси ёки гастрэктомия радикал усул ҳисобланади. Жарроҳлик амалиётининг радикаллиги қуйидагиларда намоён бўлади: 1) меъдани, 12-бармоқли ичакни ва қизилўнгачни соғлом тўқима соҳасида кесиш; 2) саратон жойлашган соҳа ва метастазлар бўлиши мумкин бўлган соҳадаги лимфа тугунларини (1 ва 2 тартибли) биргаликда олиб ташлаш. Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар онкологик ва умумий бўлиши мумкин. Жигарда, ўпкада, ўмров усти соҳаси лимфа тугунларида узоқ метастазлар борлиги, катта асцит борлиги, Шницлер ва Крукенберг метастазлари борлиги, 3- ва 4- тартибли, яъни меъда билан биргаликда олиб бўлмайдиган лимфа тугунларида гистологик тасдиқланган метастазлар борлиги жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Умумий характердаги қарши кўрсатмаларга қахексия, оғир ҳамроҳ касалликлар кираети.

Радикал жарроҳлик амалиётларининг асосий турлари: 1) меъдани дистал субтотал резекцияси, 2) гастрэктомия, 3) меъдани проксимал субтотал резекцияси. Меъдани дистал субтотал резекцияси пилороантрал соҳаси экзофит ўсмаси проксимал йўналишда меъда бурчагидан юқорига тарқалмаганда бажарилади. Меъда билан биргаликда катта ва кичик чарви, иккала эгриликлар бўйича, пилорис атрофида ва чап меъда артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлари олиб ташланади. Амалиёт гастро-энтероанастомоз қўйиш билан тугалланади. Кўпинча Бильрот-II усули қўлланилади. Экзофит ўсма меъда танасида жойлашганида, тотал жароҳатланганда ва жойлашган соҳасидан қатъи назар инфильтратив ўсмаларда гастрэктомия амалиёти бажарилади. Меъда билан биргаликда деярли бутун катта ва кичик чарви, меъда-талоқ боғлами, паракардиал ва параэзофагеал ёғ тўқималари ҳам олиб ташланиши шарт. Ўсманинг экзофит турида қизилўнғач ўсма пайпасланган жой юқори чегарасидан 3 см, инфильтратив турида 5—6 см юқорида кесилиши шарт. Амалиёт қизилўнғач ва меъда анастомоз қўйиш билан тугалланади. Ўсма кўшни аъзоларга ўсиб кирганда ва узоқ метастазлар бўлмаганда кўшма жарроҳлик амалиётлари, яъни меъдани субтотал резекцияси ёки аъзони бутунлай ёки бир қисми резекцияси билан биргаликда қилинадиган гастрэктомия амалиётлари бажарилади. Паллиатив жарроҳлик амалиётларини уларнинг хавфи кам бўлган амалга оширилади. Меъданинг паллиатив ёки антрал қисми резекцияси меъдадан чиқиш қисми ўсмасида, парчаланувчи ва қонаётган ўсманни қон кетиш манбаи сифатида бемор ҳаётига хавф солганда бажарилади. Паллиатив жарроҳлик амалиёти бажариш мумкин бўлмаган ҳолатларда, меъдадан чиқиш қисми стенозланувчи саратонида гастроеноанастомоз ёки еюностома қўйиш амалиёти, меъда проксимал қисми саратонида ва дисфагияда гастростомома ёки еюностома қўйиш амалиёти бажарилади.

## ИНГИЧКА ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Ингичка ичак меъда-ичак системасининг энг узун, тор ва ҳаракатчан қисмидир. У меъданинг пилорик қисқичи соҳасидан бошланади ва кўричакка қуйилиб, илеоцекал бурчак ҳосил қилади. Дистал қисмида ингичка ичакнинг чегараси Баугин тўсиғи бўлиб, у ерда ингичка ичак учи кўричак билан туташган бўлади. Ушбу бўлимда оч ичак ва ёнбош ичакнинг анатомик-физиологик хусусиятлари ва касалликлари ҳақида сўз юритилади. Бу иккала ичакнинг узунлиги умуман олганда 5—7 м га яқин бўлиб, улар ўртасида аниқ чегара бўлмайди (1-расм).



1-расм . Ингичка ва йўгон ичак топографияси:

1 — катта чарви; 2 — кўндаланг чамбар ичак; 3 — ингичка ичак; 4 — пастга тушувчи чамбар ичак; 5 — сигмасимон ичак; 6 — кўричак; 7 — юқорига кўтарилувчи чамбар ичак.

Ингичка ичак асосан мезо-ва гипогастрий соҳасини эгаллаб туради, ўз шакли ва вазиятини доимо ўзгартиради, интраперитонеал жойлашган бўлади, қорин пардасининг иккита варағидан ташкил топган узун ўз ичак тутқичи бўлиб, у ичакни қорин орқа деворига тақаб туради. Ичак тутқич бағрида ёғ клетчаткасида лимфатик ва қон томирлар, нервлар ўтади. Ингичка ичак юқори ичак тутқич артериясининг биринчи ярим доирасидан чиқадиган 16-22 та интестинал тармоқлар орқали қон билан таъминланиб, бу артериялар ўзаро биринчи ва иккинчи тартибдаги артериал равоқларини ҳосил қилади. Кейингиларидан ичак деворига тўғри калта артериялар чиқади. Қон қопка (дарвоза) вена шаклланишида қатнашадиган юқори ичак тутқич венаси системасига қараб оқиб кетади. Иннервацияси юқори ичак тутқич чигалидан чиқадиган симпатик ва парасимпатик нервлар ҳисобига амалга оширилади.

Ингичка ичак функцияси мураккаб — бу секретор, мотор, эндокрин, шира ажратиш ва сўриш фаолиятларидир. Ингичка ичак девори учта қаватдан иборат бўлиб: сероз, мушак ва шиллиқ қаватларни ташкил этади. Шиллиқ ва мушак қаватлар орасида ровоқ бириктирувчи тўқима бўлади. Шиллиқ парда бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қопланган ва қўшимча равишда бириктирувчи пластинка ва мушак қатламидан иборат. Шиллиқ парданинг бошидан охиригача кўп сонли доирасимон ўзига хос кўриниш берадиган бурмалари бўлади. Шиллиқ парданинг бутун юзаси баландлиги 0,5 дан 1,5 мм гача бўлган (сони 4 млн дан ортиқ) тукчалар билан қопланган. Тукчалар орасида ичак шираси ажратадиган ичак криптлари бўлади. Ичак шиллиқ пардасининг сўрадиган юзаси 10 м<sup>2</sup> дан ортиқ бўлади ва инсон танасининг юзасидан бир неча баравар ошади.

Ингичка ичакнинг шилиқ пардаси бир кеча-кундузда турлитуман ферментларни сақлайдиган 2 л гача шира ишлаб чиқаради. Булар: овқат химусини моносахаридлар, ёғ кислоталар ва аминокислоталаргача парчалайдиган энтерокиназа, ишқорий фосфатаза, нуклеаза, пепсинлар, липаза, сахарозалар бўлиб, ичак шиллиқ пардасидан парчаланган овқат таркибида яна сўрилади. Ингичка ичак сув, электролитларнинг сўрилиш жараёнида муҳим аҳамиятга эга ва унинг бу фаолияти гомеостазни қувватлаб туришда жиддий аҳамиятга эга. Бу функцияларни турли патологик ҳолатларда (яллиғланиш, тутилиб қолиш, ичак оқмалари, катта резекциялар ва ҳазм қилишда айрим қисмларнинг чиқиб қолиши ва ҳоказо) бузилишлари сув-электролит баланси, метаболизмнинг жиддий издан чиқишига олиб келади.

## Ривожланиш нуқсонлари (туғма касалликлари)

Туғма патологиянинг мазкур гуруҳига эмбриогенезнинг туғма бузилишлари натижасида пайдо бўлган жараёнларни — туғма торайишлар, стенозлар ёки атрезиялар, эмбрионал даврда ичак айланиши аномалияси, ўт йўлининг битмай қолиши кабиларни кириштириш мумкин.

Ичак стенозида унинг бўшлиғи бир ёки бир неча жойларида, ҳатто анчагина масофада торайган бўлиши мумкин, бироқ ҳамisha бўшлиқнинг бир қисми қолади ва касаллик аксарият операцияларда ёки текшириш вақтида тасодифий топилма сифатида аниқланади. Ичак атрезиясида каттароқ, ёки кичикроқ масофада стеноз бўлмайди, ичакнинг ўзи эса тортма кўринишида бўлади. Бунда ингичка ичакнинг бошидан охиригача шундай соҳалардан бир нечаси бўлиши мумкин. Бундай туғма касаллик чақалоқларда дастлабки кунлардаёқ ичак тутилиши ҳодисалари билан бирга учрайди, ўз вақтида диагностика ва операция қилишни талаб этади.

Айланиш аномалияси (бурилиш бузилиши: тугалланмаган бурилиш, ичак мальротацияси) ичакнинг эмбрионал даврда нормал бурилиши жараёнининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, бурилиш тўлиқ тугалланмайди ёки тескари йўналишда ёнгики нотўғри ўтади. Бу ҳол, ичак турли қисмларининг эмбрионал тортмалардан аномал фиксацияда бўлиши билан боғлиқ бўлади.

Ичакнинг тугалланмаган бурилиши, кўричакнинг юқори жойлашуви (жигар остида ёки эпигастрийда) билан боғлиқ бўлиб, ичак тутулиб қолиши, баъзан эса ичак тутқичи қон томирлари тромбози ривожланиши билан кечади. 12 бармоқли ичак бурилиши сурункали дуоденал тутулиш (дуоденостаз) билан бирга ўтиши мумкин. Аксарият ҳолларда, ҳаракатчан кўр ичак (*сесум мобиле*) борлиги қайд қилинади. Бу клиник жиҳатдан ўткир ёки сурункали ичак тутулиши белгилари, баъзан эса қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа патологияси белгилари билан ўтади. Бош диагностик усул рентгенологик усул ҳисобланади.

Боланинг она қорнидаги ривожланиш даврида, ичак найчасини ўт пуфаги билан туташтириб турадиган ўт йўлининг ўсиб етилмаганлиги эмбриогенез бузилишлари натижасида шунга олиб келадикки, бу йўл бошидан охиригача очик қолади ва бу ҳолда ичак билан киндик ўртасида муайян соҳада оқма бўлади, бу эса ўз навбатида ёпиқ бўшлиқ ҳосил бўлишига олиб келади.

Ингичка ичак девори олдида жойлашган ўт йўлининг бир қисмигина ўсиб етилмаган ҳолларда (қолган ҳамма жойда тўлиқ облитерация бўлганда) дивертикул ҳосил бўлади. Уни тасвирлаб берган муаллиф Меккель (1811) шарафига, Меккель дивертикули деб юритилади. Одатда бу дивертикул илеоцекал бурчакдан 1—1,5 м масофада жойлашади, унинг диаметри 0,5—1 см, узун-

лиги 1 дан 12 см гача этади ва бу ҳолат аҳолининг 2% да қайд қилинади. Уларнинг 95% да эса дивертикулнинг яллиғланиши, яралар пайдо бўлиши ёки унинг перфорацияси, қон оқиши каби асоратларда ўзини намойн қилмайди. Дивертикулнинг ўткир яллиғланиши (дивертикулит) катарал, флегмоноз, гангреноз (перфорацияли ёки перфорациясиз) бўлиши мумкин. Бунда қоринда оғриқ, кўнгил айниши, тана ҳароратининг кўтарилиши, эт жунжикиши, перитонеал симптомлар бўлиши кузатилади. Объектив текширганда — мушак таранглиги ва ўткир аппендицитга хос бошқа белгилар кузатилади. Диагностик хатоларга кўпинча шу сабабли йўл қўйилади.

Дивертикул шиллиқ пардасининг яраси, яллиғланиш натижаси сифатида ёки меъда шиллиқ пардасининг эктопирланган соҳаси ажратадиган хлорид кислотасининг таъсири остида пайдо бўлади. Клиник белгилари — ўртача оғриқлар, аксарият қон кетиш, ҳатто, профуз қон кетиш билан кузатилади.

Дивертикул перфорацияси (яллиғланиш, яра, гангрена, ахлат ёки ўт суюқлиги тошидан ёки ёт жисмдан ётоқ яра натижаси) сабабли амалда ҳеч қачон операцияга қадар аниқланмайдиган перитонит билан ўтади.

Меккель сурункали дивертикули қорин бўшлиғида битишма жараёни авж олишига, ичак тутилиб қолиши ҳодисаларига олиб келади (ичак буралиши, инвагинацияси). Қон кетиши, перфорация, яллиғланиш, ичак тутилиб қолиши сабабли қилинадиган операция вақтида тасодифан топилган дивертикулни даволаш дивертикулни кесиб, кейин тешикни икки қаторли чоклар билан тиқидан иборат.

**Крон касаллиги** (терминал илеит, гранулематоз энтерит). Бу сурункали носпецифик касаллик бўлиб, овқат ҳазм қилиш найчасининг ҳар қайси қисмини зарарлантира олади (қизилўнгачдан то тўғри ичаккача). 1932 йилда Крон ёнбош ичакнинг терминал қисмидаги шундай яллиғланишни биринчи бор тасвирлаб, уни терминал илеит деб атаган. Касаллик одатда 20—40 ёшдаги эркакларда ҳам, аёлларда ҳам бир хилда учрайди. Касалликнинг учраши 0,004—0,006% ни ташкил этади.

Касалликнинг пайдо бўлиш сабаби бугунги кунгача унчалик аниқ эмас: таклиф этилган инфекцион-аллергик, аутоиммун назариялари исботланган эмас. Бу касалликнинг келиб чиқишида вируслар муайян аҳамиятга эга деб ҳисоблашади, бироқ минералокортикоидлар билан даволашнинг мусбат натижа бериши иммун системасининг алоқадорлигидан далолат беради. Патогенетик жиҳатдан касаллик лимфатик системанинг зарарланиши, кейинчалик эса ичак деворининг зарарланиши, гранулематоз яллиғланиш авж олиши билан боғланади.

Патологоанатомик жиҳатдан ичак деворларининг зарарланиши — лимфоид инфильтрация оқибатида шишиши, қалинлашуви (баъзан ўткир ичак тутилишигача сабаб бўлади), яралар пайдо бўлиши (баъзан қон кетиш билан), ҳамда чандиқли ўзгаришлар қайд қилинади. Гранулематоз яллиғланиш ичакнинг кўп қисмларини эгаллаб, кўп сегментар ёки тарқалган турларда бўлиши мумкин. Ичак деворининг ҳамма қатламларнинг зарарланиши интрамурал абсцесслар, битишмалар жараёни, ички оқмалар, қовузлоқаро йирингликнинг шаклланишига олиб келиши мумкин.

Диагноз қуйидаги клиник манзараларга: диспептик ҳодисалар, қоринда тўсатдан пайдо бўлган оғриқ, тана ҳароратининг сабабсиз кўтарилиши, пайпаслаб кўрилганда оғриқ ва инфильтрат борлигини сезиш, қисман ичак тутилиши белгилари, қон кетиши, стеаторрея (ички оқмалар ривожланганда), ташқи оқмалар ҳосил бўлиши каби белгиларга асосланиб қўйилади. Касалликнинг носпецифик белгиларидан полиартрит, тери эритемаси, жигар ёғ дистрофияси, склерозлайдиган холангит, иридоциклитни кўрсатиб ўтиш мумкин. Кўпинча диагноз ўткир қорин касаллиги сабабли қорин бўшлиғи очилганда, яъни операция вақтида тасодифий топилма ҳисобланади. Бунда уни баъзан хавfli лимфома (лимфосаркома), ичак флегмонаси билан дифференциал диагностика қилиш зарур бўлади.

**Даволаш.** Касаллик барвақт топилганда — муолажа (консерватив терапия): парҳез, сульфасалазин қаторидаги препаратлар, стероид гормонлар, иммунодепрессантлар, парентерал овқатланиш ва бошқалардан иборат. Асоратлар юзага келганда ва ингичка ичакнинг бир соҳаси чегараланиб зарарланганда, ўткир ичак тутилиши бўлганда, перфорация ёки оқмалар пайдо бўлганда ичакнинг шу қисми резекция қилиниб, ичаклараро (энтеро-энтероанастомоз) қўйилади.



## ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши — ўткир аппендицит жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит ту-файли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан ортиқ бемор бу касаллик бўйича шифо-хоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомия опера-циясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2—0,3% ни, бизда эса ўрта ҳисобда 0,2% ни таш-кил қилади. Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагнос-тик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йўл қўйил-ган асоратлардир.

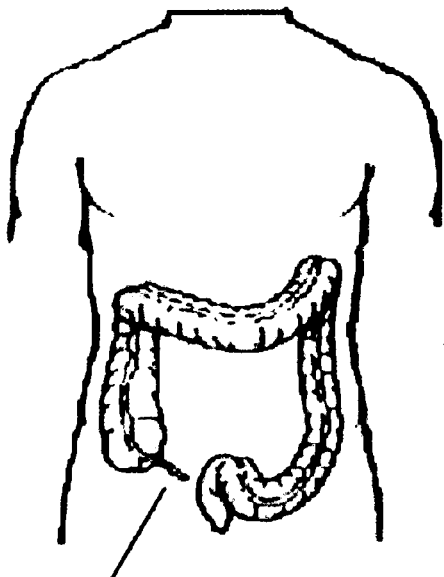
Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14—20) ва 30—40 ёшда кўпроқ учрайди — бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп касаллана-дилар. Улуғ рус жарроҳларидан бири И.И. Греков: “Чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмай кутилмаган ҳолларда кузатилади”, — деб таъриф беради. Аппендэк-томия, жарроҳлик амалиётида энг осон бажариладиган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6—16 см, диаметри эса 5—9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан ме-диал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъ-зан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида — жигар остида, ёки пастда — кичик чаноқ бўшлиғида — жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париятал қорин парда билан ҳар томонлама ўрал-ган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъ-зида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам уч-райди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9—25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади:



### ЧУВАЛЧАНГСИМОН ҶСИМТА

1-Расм. Чувалчангсимон ҷсимтанинг жойлашуви.

- ◆ қорин парда ичида жойлашиши;
- ◆ қорин-девори ичида жойлашиши;
- ◆ қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ҷсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфағигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ҷсимта жигар остида бўлиши мумкин.

Чувалчангсимон ҷсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (a. appendicula-ris) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади.

Чувалчангсимон ҷсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ҷсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ҷсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

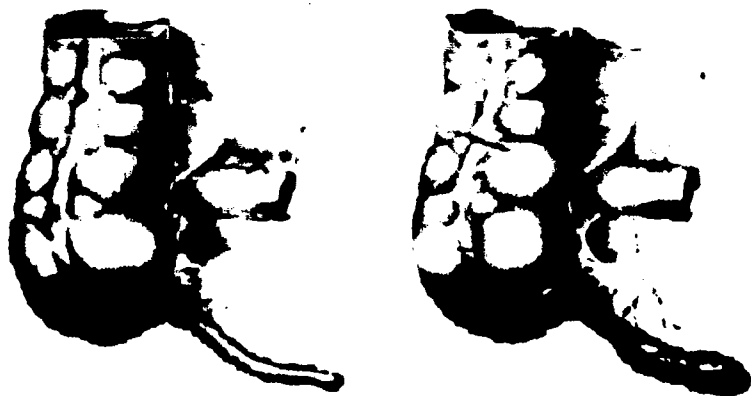
Чувалчангсимон ҷсимта фаолияти:

- ◆ Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- ◆ Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вазифасини бажаради.
- ◆ Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувалчангсимон ҷсимта ҳолати рефлексор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

### Этиология ва патогенези

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғланиши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция қўзғатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.



1-расм. Нормал ҳолдаги ва деструктив ўзгарган чувалчангсимон ўсимта.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекция, кортико-висцерал, аллергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жараёнларига таъсир кўрсатувчи оқсилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ *a. appendicularis* тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми

ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озиқланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

**Таснифи.** Мураккаб ва турлича клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш анчагина мушкул ҳисобланади. Шунинг учун турли хил классификациялар таклиф этилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ичида В.И. Колесов таклиф этган классификация бирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр санчиқ (колика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:
  - а) флегмоноз;
  - б) гангреноз;
  - в) гангреноз-перфоратив.
4. Асоратланган аппендицит:
  - а) аппендикуляр инфильтрат;
  - б) аппендикуляр абсцесс;
  - в) тарқалган йирингли перитонит;
  - г) пилефлебит (ичак тутқич веналари септик тромбофлебити);
  - д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангсимон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30—35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4—6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер — Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айниши ёки 1—2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38—39°С гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг энгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф — чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг қуйидаги еттасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

1. Щеткин — Блюмберг белгиси;
2. Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси;
3. Образцов белгиси;
4. Ситковский белгиси;
5. Бартомье—Михельсон белгиси;
6. Ровзинг белгиси;
7. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашувидан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Щеткин—Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушакларининг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси — бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, бумаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширилганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчанг-

симон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси — чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан энгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ичак-бачадон чуқурчаси (Дуглас кенглиги) соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ерда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қуйидаги ҳолатлардан дарак беради:

- ◆ чувалчангсимон ўсимта кичик чаноқда жойлашувини аниқлаш учун;

- ◆ кичик чаноқ инфильтратларини аниқлаш учун;

- ◆ ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви — юқори лейкоцитоз:  $10 \times 10^9 - 18 \times 10^9$  л ( $10\ 000 - 18\ 000$ ) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, ташхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

**Дифференциал диагностика.** Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит,

ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифо-паратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

2. Кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асоратлари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli ўсмалари ва бошқалар.

3. Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан — буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

4. Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан — ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

5. Юрак ва қон томир касалликлари билан — юрак миокарди инфарктининг абдоминал тури ва бошқалар.

### **Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши**

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг кўричак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин орқасидаги клетчатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чаноқда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чаноқда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфильтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда учрайди ва унинг юзага келишида куйидаги факторлар сабаб бўлади:

- ◆ Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;
- ◆ Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;
- ◆ Овқатланиш хусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа истеъмол қилмайди).

Бироқ, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жаранларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори (39—40°C) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечеди, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиқади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади.

Демак, ёши улуг ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарқ билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтириладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, ҳомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафларга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши



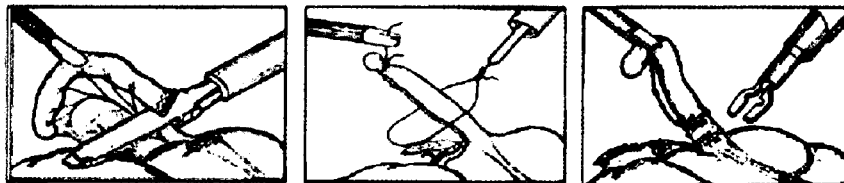
аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жараёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, ҳомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

**Даволаш.** Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфилтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфилтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантиришнинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизиқ 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони барабар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соҳасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кист ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансназал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул ҳамда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жараёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (3-расм).



3-расм. Лапароскопик аппендэктомиянинг турлари (Endo GIA степлерини, Роудер сиртмоғини ва қисқич клипса қўллаш орқали).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO<sub>2</sub> гази юбориш орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мўъжазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

### Ўткир аппендицит асоратлари

Аппендикуляр инфильтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоқлари, катта чарви, йўғон ичакнинг бири-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизда, инсон организмнинг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жараёни пайдо бўлса уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошқа аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жараён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасидан бошлаб, яллиғланган чувал-

чангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфильтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жараён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳаракатсиз, чаноқ клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфильтрат операцияга бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

Шуни аниқлаш мақсадида, ҳар куни беморга ультратовуш ёрдамида текширувлар ўтказиб туриш лозим бўлади. Мақсадга мувофиқ ўтказиладиган антибактериал муолажа (антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари) тайинлангандан кейин, тана ҳарорати аста-секин пасаяди, инфильтрат ўлчами кичраяди, лейкоцитлар миқдори нормага келади. Бошдан кечирилган аппендикуляр инфильтратдан кейин беморларни 3 ойдан кейин сурункали аппендицит бор беморлар сифатида операция қилинади.

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфильтратда яллиғланиш жараёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфильтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечқурунлари юқори бўлади. Инфильтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида ноаниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борица қорин бўшлиғига тарқатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавfli асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқиши мумкин. Бу ҳолатда, қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жараёнида фаол иштирок этмай қўяди.

Перитонитнинг бошланғич даврида мушаклар бутун қорин бўйлаб таранглашади, қорин пардасининг таъсирланиши (Щеткин-Блюмберг симптоми) кескин ифодаланган бўлади. Беморнинг тили ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватлари қурийди, тили оқиш рангда қопланган бўлади. Перкуссияда қориннинг ён каналлари соҳасида тўмтоқ товуш аниқланади (экссудат ҳисобига). Ультратовуш ёрдамида текширув ўтказилганда, қорин бўшлиғида суюқлик борлиги тасдиқланади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кўпинча аниқланмайди. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, унинг формуласини чапга сурилганлиги, ЭЧТ кескин ортиши аниқланади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган перитонитнинг клиник белгилари,

бошқа сабабдан келиб чиққан перитонитлар белгиларидан деярли фарқ қилмайди (специфик перитонитлар бундан мустасно).

Пилефлебит — қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбозифлебити бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталаниши, баъзи ҳолларда сарколизмининг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юқори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўлади.

# ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

## Чамбар ичак

Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1—2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7—8 см га, дистал соҳасида эса 4—5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўнда-ланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак тола-лари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (*teniae*) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (*haustrae coli*) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим ҳол-ларда эса, қисқа ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жой-лашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50—60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви би-риккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чабар ичак ”талок букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан интраперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навбатида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артериясининг тар-моғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериялари қон билан таъминла-са, чап ярмини пастки тутқич артерияси тармоғи — *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чамбар ичак артерияси ўрта чамбар ичак артерияси тармоғи билан анастомоз ҳосил қилиб — Риолан равогини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни кўшимча 2—3 та сигмасимон артериялари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артерияларга ном-дош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Худди шундай, лимфа оқими ҳам артериялар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериялари атрофида жойлашувчи лим-фа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасимпатик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигал-лари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим мо-торика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминларининг алмашинуви амалга оширилади.

#### **Махсус текшириш усуллари.**

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функциясини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

**Ирригоскопия** (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулёз ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

**Колоноскопия** — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгайтирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўлларида турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

#### **Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари**

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (диастопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап яримида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метеоризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг яқка ҳолатда ёки қўплаб жойлашиши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тугилиши белгилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

#### **ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ**

Гиршпрунг касаллиги — чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

**Этиология.** Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шиллиқости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар ҳужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипоганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичак-

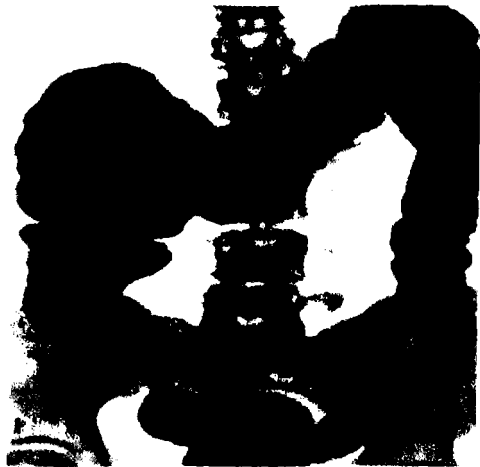
да, болаларда эса сигмасимон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перистальтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга учрайди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

**Кениши.** Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пасса-жининг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари — қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассиметрик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриги, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаҳа йўқлиги пайдо бўлади.

**Диагностикаси.** Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда "тушиб кетиш" ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10—15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (1-расм).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрида 2,5—3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади.



1-расм. Гиршпрунг касаллигидаги ирригограмма.

Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

**Асоратлари.** Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

**Даволаш.** Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил ҳуқналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенсацияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.



# ЙЎҒОН ИЧАКНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

## Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллиқ қаватининг ярали некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик ярали колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзам-хўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Уртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз якунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекция назария ўз аҳамиятини бирмунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутади. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобиди йўғон ичак шиллиқ қаватига қарши махсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик ярали колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳамият касб этади.

**Патогенези.** Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва ауто-иммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллиқ қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

**Патологик анатомияси.** Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилувчан бўлиб, шиллиқ қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфорациясига олиб келади. Шиллиқ қават фибрин парда билан қопланган, баъзида касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллиқ қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллиқ қават атрофияси, шиллиқ ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандиқли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (2-расм).



2-расм. Носпецифик ярали колит (НЯК) - эндоскопик ҳолати.

Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-электролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Қасалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади — массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим қасалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилик (50%) беморларда қасалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида қасалликнинг авж олиш ва ремиссия давлари алмашиниб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Қасалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври ҳудди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шаклланмаган ҳолатда қолади. Айрим ҳолларда қасаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу қасалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35—40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шаклларида анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси ҳос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипо-

альбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмаши-нуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга — қон кетиши (5—6%), перфорация (3—4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2—6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7—10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жарроҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5—7% беморларда, касаллик бошлангандан 10—20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

**Диагностикаси** беморнинг шикоят, анамнези, ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия натижаларига асосланиб ба-жарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

**Даволаш.** Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсибилизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексамета-зон) кўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, про-фуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлук-сиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа берма-ганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеос-томия билан яқунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

## ЧАМБАР ИЧАК ДИВЕРТИКУЛЛАРИ ВА ДИВЕРТИКУЛЁЗИ

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузили-ши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллиқ қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг қўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривож-

ланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивертикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3—5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5—1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. Дивертикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллиқ қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (3-расм).



3-расм. Йўғон ичак дивертикули эндоскопик кўриниши.

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳароратининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ортиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида

кучли оғриқ, мушаклар бироз таранглиги кузатилади.

**Клиник кечиши** ҳудди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2—27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клетчасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3—5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият ҳолларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

**Диагностикаси.** Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъкули ҳисобланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қимматлидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий оҳаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текширувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

**Даволаш.** Консерватив (парҳез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳуқналар). Хирургик давога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тугилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланади. Қон кетиш билан асоратланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қонаётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда леталлик 20% ни ташкил этади.

### Чамбар ичак полиплари

Полиплар ичак эндотелийсидан чиқадиган хавфсиз ўсмалар қаторига кириб, малигнизацияга мойиллиги бўлади. Аксарият ҳолларда, полиплар чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашган (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди) бўлади. Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчамлари 0,5 дан 2,0 см гача бўлади ва улар ичак бўшлиғига осилиб туради (4-расм).

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

**Клиник манзараси** қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшиқ аралаш нажас, қабзийт, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

**Диагностикаси:** клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо-ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни даволаш усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо-ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.



4-расм. Чамбар ичак полипи.

## ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомо-физиологик маълумотлар

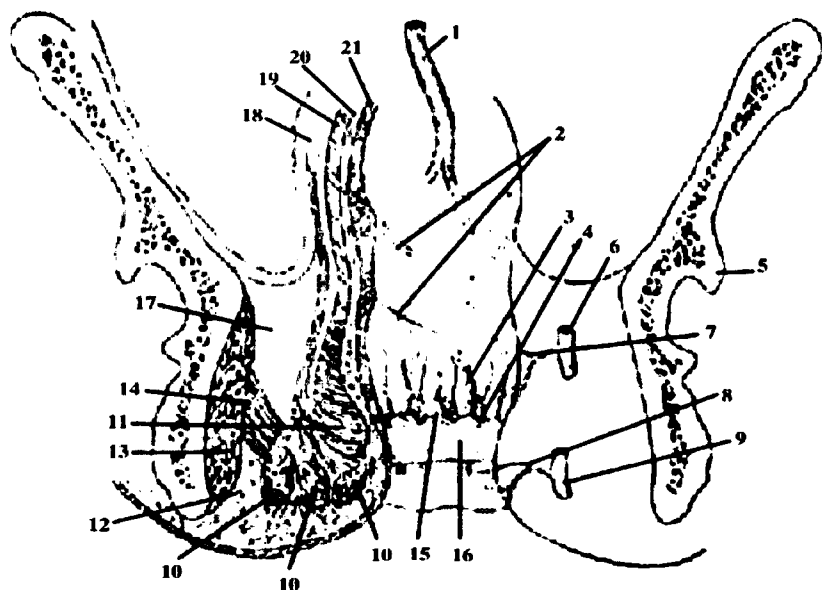
Тўғри ичак тахминан учинчи ( $S_3$ ) думғаза умуртқаси сатҳидан бошланиб, ичакнинг терминал қисми ҳисобланади. У кичик чаноқ соҳаси орқа қисмида жойлашган бўлиб думғаза ва дум эгилмаси бўйлаб тушиб, анал тешиги билан тугайди. Тўғри ичак узунлиги ўрта ҳисобда 12—20 см ни ташкил этиб, у уч қисмга: қорин пардаси билан қопланган ампула усти (ректосигмоид) — 4—5 см, экстраперитонеал ва фасция билан қопланган ампуляр (8—10 см) ва анал канали (2,5—4 см) қисмларига бўлинади. Ампуляр қисми ўз навбатида — юқори ампуляр (3—5 см), ўрта ампуляр (4—6 см) ва пастки ампуляр (3—5 см) қисмларига бўлинади. Пастки ампуляр қисми анал каналига ўтиб, орқа чиқарув тешиги билан тугайди.

Чаноқ қорин пардаси остида тўғри ичакни ёғ клетчаткасидан иборат чаноқ-тўғри ичак ва ўтиргич-тўғри ичак соҳалари ўраб туради. Ўрта ампуляр қисми қорин пардадан бутунлай ҳоли жойлашган бўлиб, унинг юқори чегараси бўлиб қорин парданинг ўтувчи букилмаси ҳисобланади ва у параректал клетчатка билан ўралаган бўлиб, бу айниқса, орқа ва ён томонларида кучли ривожланган. Тўғри ичак йўғон ичакнинг бошқа қисмларидан фарқ қилиб, унинг гаустрациялари бўлмайди, бўйлама мушак қавати тизимча шаклда эмас, балки, ичак айланаси бўйлаб бир тартибда тарқалган. Чаноқ қорин пардаси ўтувчи букилмаси тўғри ичак олдинги ярим айланасида жойлашиб, у анусдан эркакларда 7—9 см ва аёлларда 5—7 см масофада бўлади. Тўғри ичакнинг орқа-ён деворларида қорин парда ўтувчи букилмаси — *plicae rectovesicales* одатда анусдан 12—15 см масофада ётади.

Тўғри ичак шиллиқ қавати цилиндрик эпителий билан қопланган. Пастки ампуляр қисмида тўғри ичак шиллиқ қавати бўйлама букилмалар (Морганьи устунлари) ҳосил қилиб, уларнинг асосида анал крипталар жойлашган. Бу крипталарга шиллиқ ишлаб чиқарувчи анал безларининг чиқарув тешиклари очилади. Анал канали шиллиқ қавати кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Ушбу ясси эпителий билан пастки ампуляр қисм цилиндрик эпителийлари орасидаги чегара — *zигзагсимон анаректал (тишсимон) чизик* дейилади.

Тўғри ичак деворида ташқи томондан узунасига кетган мускул толалари, ички деворида эса доирасимон толалар жойлашган. Тўғри ичакнинг пастки қисмида силлиқ мускул толалари ички сфинктерни ҳосил қилади. Орқа чиқарув йўлини кўтарадиган мускулнинг бир қисми ҳисобланган қов тўғри ичак мускули тўғри ичакни қовузлоқ ҳолида ўраб, ташқи сфинктерни ҳосил қилади.

**Анал канали** — меъда-ичак трактининг охириги қисми бўлиб, аноректал чизикдан бошланиб, анус билан тугайди. Унинг узунлиги 3—4 см ни ташкил этади. Анал канали иккита мушак: ички (чуқур) ва ташқи (юзаки) ҳалқалари билан ўралган. Ички ҳалқа (ички сфинктер) тўғри ичак ички циркуляр мушак қаватининг бевосита давоми ҳисобланади. У силлиқ мушак толаларидан ташкил топиб, автоном иннервацияга эга ва шунинг учун ихтиёрсиз равишда қисқаради. Ташқи мушак ҳалқаси (ташқи сфинктер) эса, инсон ихтиёрига бўйсунди.



5-расм. Тўғри ичак анатомияси:

1- v. rectalis superior; 2 - valvulae rectales; 3 - columnae Morgagni; 4 - cryptae; 5 - os ileum; 6 - v. iliaca interna; 7 - v. rectalis media; 8 - v.v. rectales inferiores; 9 - v. pudenda interna; 10 - sphincter ani externus; 11 - sphincter ani internus; 12 - fossa ischiorectalis; 13 - m. obturator internus; 14- m. levator ani; 15- linea pectinea; 16 - pectin; 17 - fossa pelveorectalis; 18 - m. longiyidunalis; 19 - m. circularis; 20 - submucosa; 21 - mucosa.

**Қон билан таъминланиши.** Тўғри ичак битта тоқ — юқори тўғри ичак артерияси (пастки тутқич артерияси тармоғи) ва иккита жуфт — ўрта ва пастки тўғри ичак артериялари орқали қон билан таъминланади.

Веноз қон оқими юқори ва пастки веналар чигали ёрдамида пастки, ўрта ва юқориги тўғри ичак веналари орқали амалга оширилади.

**Иннервацияси.** Тўғри ичак охириги симпатик чигал думғазга соҳаси тармоқлари, артериялар билан бирга борувчи симпатик нервлар

ва II—IV — думгаза нерв илдизлари тармоқлари орқали иннервацияланади. Ампула усти ва ампуляр соҳалар асосан вегетатив нервлар, анал қисми эса аксарият орқа миёна нервлари орқали идора қилинади. Ампуляр қисмнинг турли хил таъсирларга кам сезувчанлиги ва анал қисмнинг оғриққа юқори сезувчанлиги юқоридаги ҳолат билан ифодаланади.

Тўғри ичак **лимфа** томирлари ва тугунлари юқори тўғри ичак ва пастки тутқич артериялари бўйлаб жойлашиб, лимфа анал канали соҳасидан чов лимфа тугунларига қуйилади.

Тўғри ичак фаолияти — эвакуатор, резервуар ва сўриш каби функциялардан иборат.

**Текшириш усуллари.** Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш энг оддий ва муҳим текширув усули ҳисобланади, уни бемор ёнбоши билан ётганда, тизза-тирсагига тиралиб турган ҳолатида ёки чўккалаб турган ҳолатида бажарган маъқул: тўғри ичакдаги ўсма, ёт жисм, шиллиқ ости парапроктити, геморрой, тўғри ичак оқмалари, Дуглас бўшлиғи чандиқларини пайпаслаб кўриш мумкин. Аноскоп ёрдамида бу патологик ҳодисаларни визуал кўздан кечирса бўлади, ректороманоскопияда эса йўғон ичакнинг юқорида жойлашган бўлимларини ва ҳатто сигмасимон ичакдаги патологияни ҳам кўриш мумкин.

#### ТУҒМА АНОМАЛИЯЛАРИ

Тўғри ичакнинг туғма аномалиялари ичакнинг тўлиқ атрезияси (ёпиқлиги) ёки оқмали ичак атрезияси белгилари билан кечади. Тўлиқ атрезияларда беморда ичакдан чиқиш йўллари бўлмайдилар ва ташқарига чиқиндилар чиқмайди.

Унинг турлари тўғри ичак атрезияси, орқа чиқарув тешиги атрезияси, орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак атрезиялари фарқланади.

Тўғри ичак атрезияси — орқа чиқарув тешигининг тўлиқ ёпиқлиги билан кечади. Орқа чиқарув тешиги атрезиясида унинг ўрнида юпқа тери бўлиб уни осон ичкарига ботириш мумкин. Тўғри ичак атрезиясида ичак ўрнида бириктирувчи тўқима шаклланган бўлади. Орқа чиқарув тешиги атрезияси айрим ҳолларда 1—3 см ли чўнтаклар ҳосил қилиши мумкин. Баъзан тўғри ичак атрезияси тўғри ичакнинг оқмалари, тўғри ичак-сийдик қопи оқмалари ва тўғри ичак-уретрал оқмалар ҳолатида ҳам кечади.

**Клиникаси.** Касалликнинг биринчи куниданоқ ўткир ичак тилиши белгилари (қориннинг дам бўлиши, ел ва ич келмаслиги, хиқичоқ, кекириш, қайт қилиш). Ташхис оралиқ соҳасини кўрувидан сўнг қўйилади. Нажаснинг қин ёки сийдик найи орқали чиқиши атрезиянинг оқма билан кечаётганлигидан далолат беради. Тўғри ичак-сийдик қопи оқмали атрезияда сийдик ранги хира, нажас билан аралашган бўлади.



**Даволаш** — хирургик. Тўлиқ атрезиялар шошилинич жарроҳлик амалиётига кўрсатма ҳисобланади. Орқа чиқарув тешиги атрезиясида тери кесилиб, унинг шиллиқ қавати пастга тортилиб терига тикиб қўйилади. Тўғри ичак атрезиясининг бошқа турларида турли хил мураккаб жарроҳлик амалиётлари қўлланилади. Атрезиянинг оқмалар билан кечганида режали равишда ушбу патологияларни бартараф этишга қаратилган операциялар бажарилади.

### **ТЎҒРИ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИ**

Тўғри ичак жароҳатлари турли хил предметлар таъсири орқали, чаноқ суяқлари синганда, ўқ текканда, тиббий муолажалар вақтида (ректороманоскопияда, термометр ёки ҳуқна мосламасини ичакка киритганда), чаноқ аъзолари жарроҳлик амалиётлари ва туғруқ вақтида юзага келади.

Клиник кечиши тўғри ичакнинг қайси қисми жароҳатланганлигига боғлиқ бўлиб, у қорин парда ичи ёки қорин парда орти соҳаларида вужудга келиши мумкин. Оғриқ, қон кетиши, нажаснинг қоринга ёки параректал клечаткага тушиши билан намоён бўлади.

**Даволаш** хирургик йўл билан амалга оширилади. Бунда ичак девори дефектини тикиш, чаноқ клечаткасини дренажлаш, баъзан колостомалар ўрнатиш амалиётлари бажарилади.

### **ГЕМОРРОЙ**

**Этиологияси ва патогенези.** Геморрой — тўғри ичак ғорсимон (каверноз) таначаларининг венулалар орқали, артерио-веноз анастомозларга эга бўлган тўғри ичак ғорсимон шиллиқ ости чигаллардан қонни оқиб чиқиб кетишининг бузилиши натижасида, уларнинг кенгайиши билан кечувчи касаллик ҳисобланади. Касаллик жуда кенг тарқалган бўлиб, катта ёшдаги аҳолининг 43,7 фоизда учрайди ва тўғри ичак касалликлари билан оғриган беморлар орасида 40 фоизни ташкил этади. Эраклар ва аёллар орасида касаллик деярли бир хил нисбатда, ўртача 30-50 ёшда учрайди.

Кўпинча, ички ва ташқи геморроидал тугунлар Морганьи устунлари асосида юзага келиб, анал каналининг чап - ён, ўнг олд-ён ва ўнг орқа-ён деворларида жойлашади. Бу беморнинг чалқанча ётган ҳолатида шартли соат мили бўйича мос ҳолатда 3, 7, 11 ларга тўғри келади.

Геморрой келиб чиқишини тушунтириб берувчи бир неча назариялар мавжуд — инфекцион агентлар таъсири (криптоген инфекция, геморроидал флебитлар, колит ва бошқалар), нейроген ва эндокрин бузилишлар (жинсий безлар ва гипофиз патологияларида веноз система сустлиги, ҳомиладорлик даврида гормонал дисбаланс, каверноз чигаллар деворида нерв трофикасини бузилиши). Бошқа олимларнинг фикрича касаллик ривожланишида экзо- ва

эндоген интоксикация (ўткир ва аччиқ таомлар, алкоголь истеъмол қилиш) ҳамда алергик жараёнлар муҳим ўрин тутати. Ҳозирги вақтда механик ва гемодинамик назария кенг тарқалган. Механик назарияга биноан, форсимон таначалар тўғри ичакда нажасни ушлаб турувчи нормал анатомик тузилма бўлиб, нажаснинг ампулада кўп вақт туриб қолиши, қабзият, дефекация актида қаттиқ кучаниш оқибатида қаттиқ нажас билан уларни жойидан дистал йўналишда силжиши, форсимон таначалар (юмалоқлар) ни тутиб турувчи бириктирувчи тўқимали толаларининг узилиши натижасида келиб чиқади. Натижада геморроидал тугунлар юзага келади.

Гемодинамик назарияга кўра, геморройнинг келиб чиқишида веноз қонни қайта оқиб кетишининг бузилиши ва веноз димланишга олиб келувчи сабаблардан – қорин ички босимини оширувчи (ҳомиладорлик, узоқ вақт йўтал, оғир юк кўтариш, қабзият) ва функционал (дефекация вақтида ички сфинктернинг бўшашмаслиги) омиллар муҳим аҳамиятга эгадир.

Бундан ташқари, артерио-веноз шунтларнинг функциясининг бузилиши ва нейрогуморал механизмларнинг издан чиқиши ҳам геморрой ривожланишида эътиборга лойиқ.

Геморройнинг юзага келишида ва авж олишига бир неча омиллар, жумладан, кам ҳаракатли ва узоқ вақт ўтириш билан кечувчи ҳаёт тарзи, семизлик, қабзият, дефекация вақтида қаттиқ кучаниш, ҳомиладорлик ва туғруқ, чекиш, совуқ қотиш, узоқ вақт давом этган диарея, оғир юк кўтариш, давомли йўтал, алкоголь, аччиқ ва ўткир таомлар истеъмол қилиш шулар жумласидандир.

Ички ва ташқи геморроидал тугунлар ёки уларнинг қўшилиб келиши - аралаш геморрой фарқ қилинади.

**Клиник манзараси.** Геморрой беморга сезилмасдан бошланади. Касалликнинг бошида орқа чиқарув йўлида вақти-вақти билан ёқимсиз сезгилар пайдо бўлади, тўғри ичакда ёт жисм борга ўхшаб туюлади. Бирмунча вақт ўтгандан кейин дефекацияда (хожатга борганда) қон кетиш пайдо бўлади, қон бир неча томчидан то унитаз деворларигача сачраб кетадиган оқим кўринишигача кетади. Қон ранги қирмизи-қизил тусда бўлиб, қон йўқотиш беморнинг умумий ҳолатига таъсир қилмайди. Геморройда бўладиган қичишиш ва ачишиш анал ёриқнинг нотўлиқ бекилиши ва шу сабабли шилимшиқ ажралиб туришидан содир бўлади. Кейин ички геморроидал тугунларнинг тушиши ривожланади.

Геморройнинг асосий белгиси бўлиб қон кетиши ҳисобланади. У алвон рангли бўлиб, асосан дефекация вақтида ва ундан сўнг дарҳол юзага келади. Баъзида қон сизиб оқади, айрим вақтларда унинг изчиллиги туфайли ҳатто, камқонликка олиб келади. Геморройга хос қон кетишида қон нажасга аралашмаган бўлиб, уни устидан қолаб туради.

Кейинги асосий белгиларидан бири бу – оғриқ. У геморроидал тугунларнинг яллиғланишида, тромбозида ёки қисилишида, анал

тешик ёриги юзага келганда вужудга келади. Оғриқ дефекация вақтида ҳамда ундан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Орқа чиқарув тешиги қичишиши ичакдан шиллиқ ажралиши оқибатида анал тешик атрофи терисининг ивиб шилиниши натижасида пайдо бўлади. Бу ўз навбатида экзема ривожланишига сабаб бўлади.

Геморрой кечишида геморроидал тугунларнинг ташқарига чиқиши кузатилади ва 3 босқичдан иборат бўлади: I босқичида геморроидал тугунларнинг фақат дефекация вақтида тушиши қайд қилиниб, ўзича жойига киради. II босқичида геморроидал тугунлар дефекация вақтида ва жисмоний зўриқишда тушади, бироқ ўзича жойига кирмайди. III босқичида тугунлар арзимаган жисмоний ҳаракатда, йўталиш ва аксиришда ташқарига чиқиб, ўзича жойига кирмайди.

Шунга кўра сурункали геморрой клиник кечишининг 4 босқич фарқланади. I босқичда қон кетиши кузатилиб, тугунларнинг тушиши кузатилмайди. II босқичда фақат кучаниш вақтида тугунларнинг тушиши кузатилиб, мустақил яна тўғриланади. III босқичида дефекация даврида, баъзида қорин ички босимининг ортиши натижасида тушиб қолган тугунларни фақат қўл ёрдамида тўғриланади. Касалликнинг IV босқичида геморроидал тугунлар вертикал тинч ҳолатда тушади, улар тўғриланмайди ёки тўғрилангач дарҳол, яна тушиб қолиши кузатилади. Бу босқичда уларнинг тромбози, анал тешикда оғриқ, кўп миқдорда қон кетиши юзага келади.

Ўткир геморройнинг 3 оғирлик даражаси фарқланади:

1. Ташқи геморроидал тугунлар унчалик катта эмас, зич-эластик консистенцияли, пайпаслаганда оғриқли; анал тешик атрофи бироз қизарган, беморлар, айниқса, дефекация вақтида кучаядиган куйиш, қичишиш ҳиссига шикоят қиладилар.

2. Анал тешик атрофи кескин шишган, қизарган, анал тешик соҳасида, айниқса, юрганда ва ўтирганда кучаяувчи кучли оғриқ, пайпаслаганда ва бармоқ билан кўрганда оғриқ кучли бўлиши.

3. Анал тешиги атрофи соҳаси яллиғланиш инфилтратига айланган, пайпаслаганда кучли оғриқ ҳисси, орқа чиқарув тешиги соҳасида кўкимтир-қизғиш тусли, фибрин билан қопланган ички геморроидал тугунлар кузатилади; даво чоралари кўрилмаганда тугунлар некрози, оқибатда шиллиқ қавати ярага айланиб, ўткир папроктит ривожланиши мумкин.

Сурункали геморрой учун қўзиш ва ремиссия даврлари хос. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар. Алкогол ёки ўткир таомлар истеъмол қилиш, жисмоний зўриқишлар қон кетишига сабабчи бўлади.

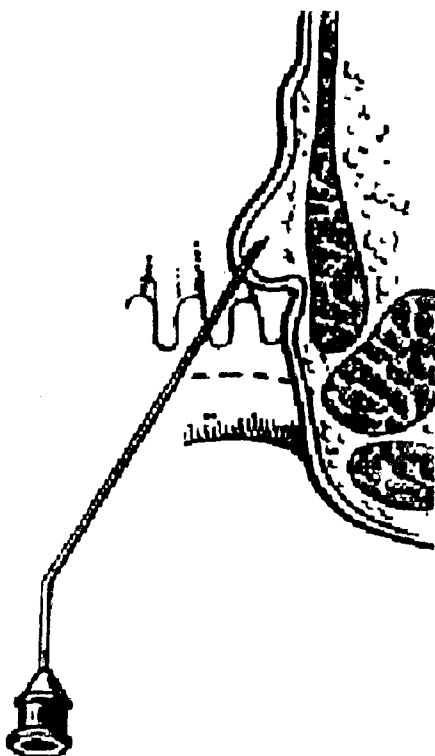
Беморларни текшириш тизза-тирсак ҳолатида ёки чўккалаб ўтириб кучанган ҳолатларда амалга оширилади. Текшириш тўғри ичакни бармоқ ёрдамида, аноскопия ва ректоскопия усуллари билан бажарилади.

**Дифференциал диагностика.** Геморройни тўғри ичак полипи, саратони билан, орқа тешиқ ёрилиши билан, тўғри ичак шиллиқ қаватининг тушиши билан фарқлаш лозим. Йўғон ичак саратони билан фарқлаш учун ирригоскопия ва ретороманоскопия ўтказилади.

**Даволаш** — консерватив даво, кам жароҳат етказиб даволаш (малоинвазив), жарроҳлик йўли билан даволашларга бўлинади.

**Консерватив даво** тўғри ичак соҳасида яллиғланишни бартараф қилишга, қон айланишини яхшилашга, ич келишини мунтазамлаштиришга қаратилади. Бунга кўрсатма бўлиб, сурункали геморройнинг эрта даври, оғриқ синдромли ўткир кечиши ҳисобланади. Умумий ва маҳаллий даво чоралари олиб борилади. Умумий даво асосида парҳездан ташқари, қабзиятни олдини олиш, флеботроп ва оғриқ қолдирувчи воситалар ётади. Маҳаллий даво оғриқни, тромбозни, яллиғланишни ва қон кетишини олдини олишга қаратилган. Бунда оғриқ қолдирувчи, буриштирувчи, ярага қарши воситалар, микроҳуқналар ва ўтирувчи ванначалар қўлланилади.

**Кам жароҳат етказиб даволаш (малоинвазив)** усулларига склеротерапия усули кириб, бунда турли хил склерозловчи дори воситалари ишлатилади.



Жумладан этоксисклерол, фибровейн, тромбоварнинг эритмалари. Бу воситалар геморроидал тугунлар ичига юборилиб, унинг тромбози, яллиғланиш босқичисиз унинг облитерациясига эришилинади (6-расм). Бир вақтнинг ўзида 2 тадан ортиқ тугунга дори воситасини юбориш тавсия этилмайди, чунки оғриқ кучли бўлиши мумкин. 12—14 кундан кам бўлмаган муддатда даво яна қайтарилиши мумкин. Бу усул касалликнинг I—II босқичларида 71—85% гача яхши натижа беради. Кечки босқичларида эса 26—42%, қониқарсиз натижа III—IV босқичларида 31—62% ни ташкил этади.

Бу усулга қарши кўрсатма бўлиб турли юқумли касалликлар, анус атрофи яллиғланиш мавжуд бўлиши ҳисобланади.

6-расм. Склеротерапия.

Яна бир кам жароҳат етказиб даволаш усулига тугунчаларга латекс ҳалқачаларини қўйишдир. Ҳалқачалар тугун оёқчасига ўрнатилади ва маълум бир вақт ўтгач, тугунлар некрози ва уларнинг узилиб тушишига эришилади.

Бу усул жарроҳлик усулига нисбатан кам радикализмга эга ва кўп рецидив беради. Шунинг учун бу усул юқори операцион хавфи бўлган ва ҳамроҳ оғир касалликлари мавжуд беморларга қўлланилади.

Латекс ҳалқачали тугунларни боғлаш усулига рақобатлашувчи усуллардан бири бу — ультратовуш доплерометрия назорати остида бажариладиган гемorroидал тугунларни боғлашдир. Бу усул гемorroйнинг II—III босқичларида қўлланилади. Ушбу янги усул шиллиқ остида жойлашган юқори гемorroидал артерия терминал тармоқларини жойлашишини ва сонини аниқ топишга, уларни тўлиқ бартараф этишга эриштиради.

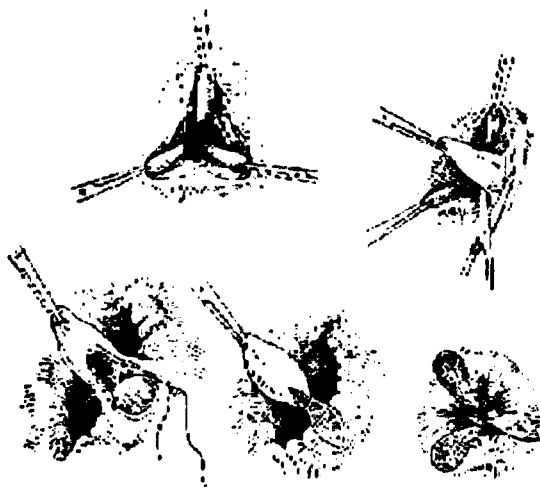
Бундан ташқари кам жароҳатли усулларга инфрақизил фотокоагуляция, криодструкция, монополяр ва биполяр коагуляция, лазерли коагуляцияни киритилади.

**Хирургик даво** касалликнинг II—III босқичларида қўлланилади. Жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик 1—2 кун давомидаги парҳез, операциядан бир кун олдин кечқурунги ва эртасига эрта-лабки ҳуқналарни ўз ичига олади. Умумий оғриқсизлантириш қўлланилади.

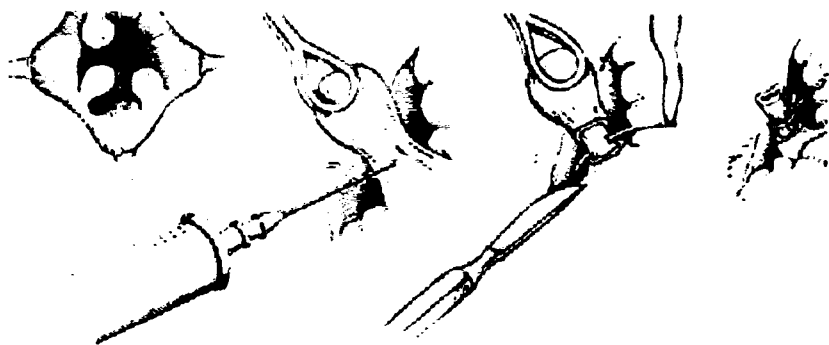
Энг кенг тарқалган жарроҳлик усулларидан 30-йилларда инглиз жарроҳлари — Миллиган ва Морган томонидан таклиф этилган усул (Миллиган-Морган усули) ҳисобланиб, ҳозирги кунда унинг турли хил модификациялари қўлланилади (7-расм). Бунга кўра уч асосий гемorroидал тугунлар кесилади ва уларни қон билан таъминлаб турувчи қон томир оёқчаси боғланади. Бунинг учун анал сфинктерни кенг қилиб очилгандан сўнг, тугунчага ҳалқали қисқич қўйилиб тортилади, иккала томонидан шиллиқ қавати кесилиб, тугун оёқчаси ажратилиб қон тўхтатувчи қисқич қўйилади. Тугун кесиб олиб ташланади, оёқчаси эса тикиб боғланади, устидан шиллиқ қават дефекти кетгуд билан тикиб қўйилади. Бу усулдан кейин 1—3% ҳолатларда касаллик рецидив беради. Операциядан кейинги даврда беморлар шлаксив парҳезни давом эттирадилар, ҳар куни боғлам алмаштирилади. Операциядан кейинги 5—6 куни беморнинг мустақил ичи келади. У оғриқли ва бироз қон кетиши билан кечиши мумкин.

Бундан ташқари, Субботин, Локхард-Маммери, Мартинов, Рижих (8-расм) усуллари ҳам мавжуд, ammo улар ҳозириги кунда жуда кам қўлланилади.

1993 йили италиян жарроҳи Антонио Лонго янги операция усулини таклиф қилди. Унга кўра тўғри ичак шиллиқ қавати тишсимон чизиқ юқорисидан резекцияси ва бир қисмини олиб ташлаш амалиёти бажарилиб, шу йўл билан гемorroидал тугунларни қон



7-расм. Миллиган-Морган бўйича геморроидэктомия.



8-расм. Рижих бўйича геморроидэктомия.

билан таъминланиши кескин камаяди ва улар ўрнини аста-секинлик билан бириктирувчи тўқима эгаллайди. Бу операция степплер усулида ишловчи махсус циркуляр тикувчи аппарат ёрдамида амалга оширилади.

Геморройда хирургик давога қарши кўрсатма бўлиб, декомпенсациялашган портал гипертензия ва артериал гипертензиянинг оғир даражаси ҳисобланади.

**Геморройнинг асоратларига** геморроидал тугун тромбози, қисилиши, мўл профуз қон кетишлари киради. Тромбоз аксарият ҳолларда парҳезни бузганда, жисмоний зўриқишдан сўнг келиб чиқади. Оғриқ озгина жисмоний ҳаракатда, йўталганда вужудга кела-

ди, ёт жисм ҳисси пайдо бўлади. Анал тешигидан кўкимтир тусли тугун кўриниб туради, пайпаслаганда у кучли оғриқли. Ректал текширув ҳам кучли оғриқ билан кечади. Тромбозларни даволаш кўпинча консерватив бўлиб, ўз ичига парҳез, сурги дорилар, яллиғланишга қарши дори воситалари, 3—4 кун давомида перманганат калийли ванначалардан иборат.

Бундай ҳолатларда оператив даво мақсадга мувофиқдир. У тромбозга учраган тугунни кесиб олиб ташаладан иборат.

Геморроидал тугунлардан мўл қон кетиши анемияга сабаб бўлиб, бу беморларда умумий лоҳаслик, уйқусизлик, томир уришнинг тезлашиши, юрак соҳасидаги оғриқ, бош оғриши, бош айланиши, меҳнат қобилиятининг пасайиб кетишидан нолийдилар. Тери қопламлари оқариб кетади, тезда чарчаш, артериал босимнинг пасайиб кетиши кузатилади. Доимий мўл қон кетишидан олдин одатда қоннинг оз-оздан ажралиб туриши кузатилади. Арзимаган жисмоний ҳаракат ҳам қон кетишига сабаб бўлади.

Беморлар уйда консерватив дори-дармонлар ёрдамида даволашиб юрадилар ва анемия симптомлари кучайиб кетгандан кейингина бундай беморлар шошилишч ёрдам кўрсатиш учун стационарга олиб келинадилар.

**Даволаш** — операция усулида бўлади. Ташқи геморроидал тугун тромбози аксарият парҳез бузилганда, ичкилик ва ўткир таомлар ейилгандан кейин пайдо бўлади. Орқа чиқарув йўлида қаттиқ оғриқ бошланади, гўё унда ёт жисм бордек туюлади. Ҳарорат 38—39°C гача кўтарилади. Ташқи кўздан кечиришда орқа чиқарув йўли соҳасида кўкимтир тугун ёки бир неча тугунчалар кўринади, улар пайпасланганда оғрийди, зич бўлади. Даволаш парҳезга қаттиқ риоя қилиш, овқатдан ўткир таомлар, ичкиликни чиқариш, сурги дори ичиш, яллиғланишга қарши препаратлар (диклофенак натрий, нимесил, кетопрофен, ацетилсалицилат кислота), антибиотиклар қўлланишдан иборат. Маҳаллий қўрғошинли хўллаб босиш (примочка), Вишневский малҳами қўлланилади.

**Ички геморроидал тугунларнинг қисилиши.** Бунинг сабаби ҳам ичкилик ичиш ва ўткир таомлар истеъмол қилиш ҳисобланади. Ички геморроидал тугунлар тушади ва анал тешикда қисилиб қолади, тромбоз ва некроз қайтадан пайдо бўлади. Беморларда орқа чиқарув йўли соҳасида қаттиқ оғриқ, ёт жисм борлиги сезгиси, ҳароратнинг 39°C гача кўтарилиши кузатилади. Анал тешикни кўздан кечиришда тўқ кўкимтир рангли геморроидал тугунлар кўриниб туради. Некроз қон кетиши билан ўтади.

**Даволаш** парҳез овқатлар, сурги дорилар, антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар тайинлашдан иборат. Яллиғланиш жараёни барҳам топгандан кейин хирургик даволашга ўтилади.

## Орқа чиқарув йўли ёриғи

Орқа чиқарув йўли ёрилиши (анал ёриқ) — орқа чиқарув йўлидаги нуқсон. Кўпинча аёлларда учрайди. 90% ҳолларда анал ёриқ анал сфинктернинг орқа деворида жойлашади. Орқа чиқарув йўлининг ўткир, хроник ва қайталанувчи ёрилиши фарқ қилинади.

Анал ёриқларнинг **этиологияси, патогенези** турли-туман. Қаттиқ нажас массалари анал канали орқали ўтаётганда девори шикастланиб қолади. Крипталарга инфекция тушиб, анал безларни яллиғлантиради ва ёриқлар пайдо бўлади. Анал ҳалқа атрофидаги майда артерияларнинг томир спазми кам ёрилишга сабаб бўлади. Анал канал деворидаги нерв толаларининг неврити ҳам ёриқлар пайдо қилади.

**Клиникаси.** Ўткир анал ёриқнинг асосий симптоми оғриқ ҳисобланади. Оғриқ жуда қаттиқ, беморни кучли изтиробга солади, одатда хожатдан кейин бошланади ва бир неча соатга чўзилади. Оғриқдан ташқари, анал сфинктернинг кучли рефлектор спазми сабабли қабзиятлар пайдо бўлиб, натижада ҳар гал хожатга боришдан кейин ёриқ баттар шикастланиб туради. Аксарият анал ёриқда хожатдан кейин қон томчилари ажралиб чиқиши кузатилади.

Бармоқ билан текшириш, ректоскопия ва ректороманоскопиядан олдин ёриқ остига 10—20 мл 1% ли новокаин юборилади. Шундан кейин бу текширувлар ёрдамида кўпчилик ҳолларда орқа деворда жойлашадиган узунасига кетган ёриқни кўриш мумкин.

**Даволаш.** Ўткир бошланган анал ёриқларда консерватив даволаш, иссиқлик ванналари, грелкалар, УВЧ, диатермия тавсия этилади. Спирт-новокаинли блокада, сфинктерни Рекомье бўйича чўзишдан фойдаланиш мумкин. Хроник ва қайталанадиган анал тешик ёриқларини хирургик усулда даволаш — понасимон кесиб олиб ташлашдан иборат.

## ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ

Тўғри ичак олди клетчаткасининг ўткир яллиғланиши. Аксарият эркакларда учрайди.

**Этиологияси ва патогенези.** Парапроктит параректал клетчаткага инфекция тушиши натижасида вужудга келади. Параректал клетчаткага микроблар анал крипталарга очиладиган анал безлардан тушади. Анал бездаги яллиғланиш жараёни натижасида унинг йўли бекилади ва секрет оқиб чиқиши бузилади. Ўткир парапроктит пайдо бўлишига мойиллик туғдирадиган сабаблар орасида тўғри ичак дистал бўлими ва анал канал шиллиқ пардасидаги майда шикастлар биринчи ўринда туради.

**Классификацияси** бўйича қуйидагилар фарқ қилинади:

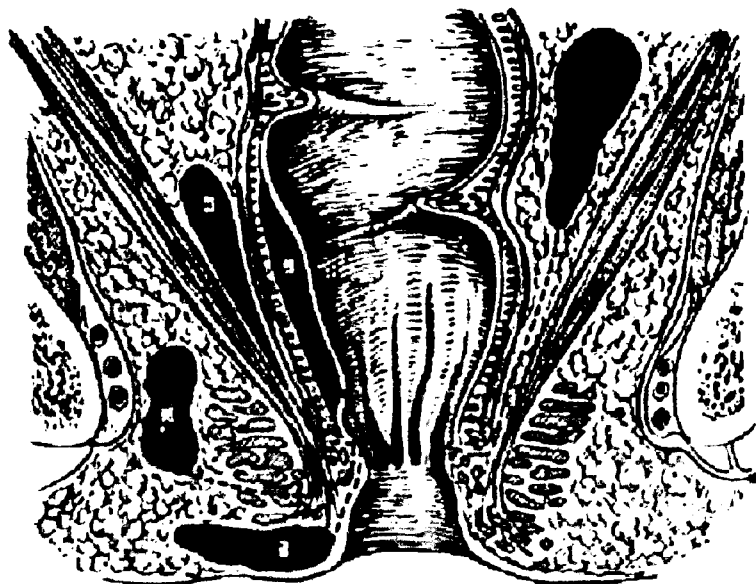
1. Этиологик принципи бўйича: оддий, анаэроб, специфик, травматик.



2. Йирингликнинг жойлашуви бўйича: шиллиқ парда остидаги, тери остидаги, ишиоректал, пельвиоректал, ретроректал.

3. Кечиши бўйича: ўткир, хроник, қайталанадиган.

**Шиллиқ ости паропроктити** ўткир паропроктит билан касалланган беморларни 2—6% ни ташкил қилади. Оғриқ кучсиз бўлиб, оғриқ дефекация вақтида кучаяди. Тана ҳарорати субфебрил бўлади. Пальпатор тўғри ичак бўшлиғида йирингли бўшлиқ жойлаган жойда кучли оғриқ аниқланади. Йирингни тўғри ичак бўшлиғига ёриб чиқиши сабаб бемор ўз-ўзидан тузалиши мумкин.



9-расм. Ўткир парапроктитда параректал абсцессларнинг жойлашуви:

1 - тери ости абсцесси; 2- шиллиқ ости абсцесси; 3 - ишиоректал парапроктит; 4-чаноқ-тўғри ичак абсцесси.

**Пельвиоректал (чаноқ—тўғри ичак) парапроктити** — бу паропроктитни энг оғир тури бўлиб, ўткир паропроктит билан касалланган беморларни 2—7% ни ташкил қилади. Ўткир парапроктитнинг ҳар бир формасига муайян клиник манзара хос, аини вақтда, ўткир парапроктитнинг турли формалари учун умумий бўлган кўпгина симптомлар мавжуд. Ўткир парапроктитда, бошқа ҳар қандай ўткир яллиғланиш жараёнидаги каби, умумий ҳолатнинг бузилиши кузатилади: тана ҳароратининг кўтарилиши, эт жунжикиши, уйку бузилиши, орқа чиқарув йўли ва чот соҳасида оғриқ бўлади! Йиринг йиғилган сайин оғриқлар кучаяди, интоксикация орта боради. Агар йирингликни ўз вақтида очилмаса, у қўшни ҳужайра бўшлиқларига, тўғри ичакка, тери орқали ташқарига ёрилади.

**Тери остидаги парапроктит** — энг кўп учрайдиган формаси, ўткир бошланади. Биринчи сутка мобайнида тана ҳарорати 39°C гача кўтарилади, орқа чиқарув йўли соҳасида кучли оғриқлар пайдо бўлади. Тери ости клетчаткасида, анал тешик яқинида оғрийдиган инфильтрат пайдо бўлади. Унинг остидаги тери қизарган, марказида флюктуация бор, шу соҳа лўқиллаб оғриydi. Беморлар думбанинг соғлом томонини босиб ўтиришга уринадилар. Агар вақтида операция қилинмаса, йиринглик 5—7 кунни тери орқали ўз-ўзидан ёрилиб чиқиши мумкин.

**Ишиоректал (қуймич-тўғри ичак) парапроктит.** Касалликнинг бошланғич босқичида оғирлик ва чот ичкарасида хожат пайтида кучаядиган оғриқ пайдо бўлади. Тана ҳарорати ошади, интоксикация кучаяди. Яллиғланиш жараёни орта борган сайин орқа чиқарув йўлининг ёнида, яллиғланган томонда бироз шиш пайдо бўлганлиги қайд қилинади. Бармоқ билан текширишда тўғри ичакнинг зарарланган ён томонидан инфильтрация, бирмунча кечиккан муддатларда эса инфильтратнинг юмшаганлиги аниқланади. Йиринглик аксарият тери орқали ташқарига ёрилади.

**Шиллиқ парда остидаги парапроктит.** Парапроктитнинг бу формасида оғриқлар ўртача бўлиб, хожат пайтида бирмунча кучаяди. Тана ҳарорати субфебрил бўлади. Пайпаслаб кўрилганда йиринглик зонасида ичак бўшлиғига бўртиб чиққан инфильтрат ёки флюктуация аниқланади. Йиринглик ўз-ўзидан ёрилганидан кейин кўпинча соғайиш бошланади.

**Чаноқ-тўғри ичак (пельвиоректал) парапроктити.** Кам учрайди, оғир ўтади ва уни аниқлаш анча қийин. Аввалига интоксикация белгилари: умумий лоҳаслик, ҳолсизлик, тана ҳарорати кўтарилиши, бош оғриши, бўғимларда қақшаши, қорин пастидида оғриқ пайдо бўлади. Орқа чиқарув йўли соҳасини ташқи кўздан кечиринишда пельвиоректал парапроктитни аниқлаб бўлмайди. Касаллик бошланишидан 15—16 кун ўтгач тана ҳарорати гектик даражага етиб, қорин пастидидаги оғриқлар кучаяди. Инфильтратнинг ҳажми катталашади ва орқа чиқарув йўлини кўтарадиган мускул бўйлаб пастга тушади ва парапроктитнинг маҳаллий белгилари пайдо бўлади. Улар энди қуймич-тўғри ичак ва тери ости клетчаткаси учун хос бўлиб, қуйидаги характерли симптомлар: чот терисида шиш ва қизариш, оғриқ пайдо бўлади. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш вақтида инфильтратни аниқлаш мумкин, бунда бармоқ бўртиб чиққан жойнинг юқори чеккасига етмайди.

**Тўғри ичак орқасидаги (ретроректал) парапроктит.** Тўғри ичакда ва думғазада қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши билан кечиb, у хожат пайтида кучаяди. Оғриқ сонга, чотга узатилади. Дум суяги босилганда оғриydi. Бармоқ билан текширилганда тўғри ичак орқа деворининг оғриши ва шишиб чиққанлиги аниқланади.

**Парапроктитларни даволаш** фақат хирургик бўлиб, операция йирингликни очиш ва дренаж қўйишдан иборат бўлади. Операцияни вена ичига препарат юбориш усули билан оғриқсизлантирилиб бажарилади. Йирингли бўшлиқни бармоқ билан яхшилаб тафтиш қилинади, йирингли бўшлиқ водород пероксида ва бошқа антисептик воситалар билан санация қилинади.

### **Тўғри ичак оқмалари (сурункали парапроктит)**

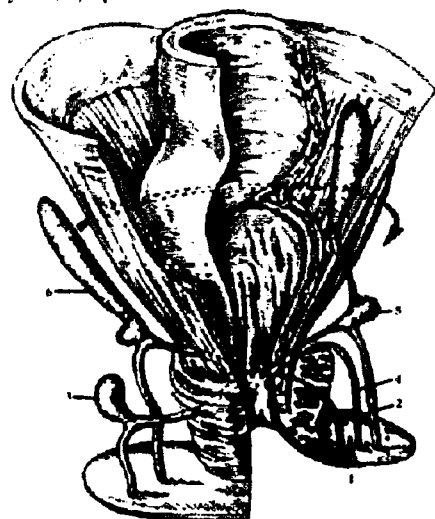
Ўткир парапроктитни бошдан кечириш оқибатида ривожланади ва тўғри ичакда оқма яра борлиги билан намоён бўлади. Оқма яраларнинг пайдо бўлишига кўпинча беморларнинг йиринглик ўзича ёрилгандан кейин тиббий ёрдам олишга кечикиб мурожаат қилишлари сабаб бўлади.

**Таснифи.** Тўлиқ ва нотўлиқ тури фарқ қилинади. Тўлиқ оқмада иккита ва ундан ортиқ тешиklar: ички — тўғри ичак деворида ва ташқи — анал тешик атрофи терисида бўлади.

Нотўлиқ оқмада битта тешик бўлади ва у ички ва ташқига бўлинади. Ички оқманинг тўғри ичак деворида тешиги бор, у параректал клетчаткада тугайди. Ташқи оқманинг анал тешик атрофида тешиги бўлади ва у параректал клетчаткада тугалланади. Тўғри ичак оқмаси сфинктерга нисбатан жойлашувига кўра интрасфинктер, транссфинктер ва экстрасфинктер бўлиши мумкин (10-расм).

**Интрасфинктер оқма** — оқма канали тўлиқ тўғри ичак сфинктери ичида бўлади.

**Транссфинктер оқма** — оқма канали қисман сфинктер орқали ўтади, қисман клетчаткада жойлашган.



10-расм. Параректал оқмаларнинг жойлашиш турлари.

**Экстрасфинктер оқма** — оқма канали чаноқнинг клетчатка бўшлиқларидан ўтади ва сфинктерни четлаб ўтиб, чот терисига очилади.

**Клиник манзараси** оқма борлиги ва унинг вақти-вақти билан бекилиб туриши билан боғлиқ, бу йирингли бўшлиқ дренажи бузилишига, йиринг йиғилиб қолишига, парапроктитнинг оғирлашувига олиб келади. Қайта оғриқ туради, субфебрил ҳарорат, эт жунжикиши, лоҳаслик қайд қилинади ва 4—5 кунига келиб оқма ўз-ўзидан ёрилади ва бу ҳодисалар тўхтайдди. Анус атрофи кўздан кечирилганда йиринг-

ли ажралмаси аста секин ажралиб чиқаётган оқмани, тери бичилганини кўриш мумкин. Оқма йўлини аниқ билиш учун фистулография қилинади.

**Даволаш.** Консерватив даволаш камдан-кам соғайишга олиб келади. Одатда ундан операцияга тайёргарлик босқичи сифатида фойдаланилади. Бу оқмани антисептик эритмалар билан ювиш, антибактериал даво, антисептиклар билан микрохуқналар қўйиш ва ўтирадиган ванналар қилишдан иборат.

Хирургик даволаш оқма йўлини кесиб, кейин тикиб қўйишдан иборат. Оқма каналини тўлиқ кесиш учун операциядан олдин назорат учун оқмага метилен кўки ёки бриллиант яшили эритмаси юборилади.

### ТЎҒРИ ИЧАК ТУШИШИ

Тўғри ичакнинг тушиши деганда ичакнинг ташқарига, орқа чиқарув йўли атрофига чиқиши тушунилади. Қорин ичида босимнинг ошиши (қабзият, ич кетар, туғруқ, йўтал) ичак тушишига сабабчи ҳисобланади. Думба соҳаси ва бел-думғаза соҳасининг ўқ отар қуроллардан яраланиши, майший шикастлар ҳам ичак тушишига олиб келиши мумкин.

**Таснифи.** Тўғри ичак тушишининг учта босқичи фарқ қилинади: I босқичи — тўғри ичак хожат пайтида тушади, сўнгра ўз-ўзидан жойига киради.

II босқичида — ичак жисмоний зўриқишда тушади, ўз-ўзидан жойига кирмайди, беморлар қўллари билан ичакни жойига киритадилар.

III босқичида — ичак арзимаган жисмоний ҳаракатда ҳам тушади ва жойига киритилгандан кейин тез орада яна тушади.

Патологоанатомик жиҳатдан касалликнинг 4 формаси тафовут қилинади:

1. Орқа чиқарув йўли шиллиқ пардаси тушиши.
2. Ичак анал бўлими деворининг ҳамма қатламлари тушиши.
3. Тўғри ичакнинг орқа чиқарув йўли тушмасдан тушиши.
4. Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичакнинг тушиши.

**Клиникаси.** Аста-секин ривожланади, касаллик бошланаётганда хожатга борилганда фақат шиллиқ парда тушади. Касаллик ривожланган сайин тўғри ичакнинг тушиши тез-тез рўй бериб туради, ичакни қўл билан жойига киритилгандан кейин, ҳатто вертикал ҳолатда ҳам унинг тушиши қайд қилинади. Беморлар меҳнатга лаёқатсиз бўлади.

Ичак тушганда қуйидаги **асоратларни** кузатиш мумкин: тўғри ичак шиллиқ пардасида яралар, некроз ва тешилиш (перфорация), кейинчалик перитонит пайдо бўлади.

**Даволаш.** Болаликда қабзият, ич кетар, йўтални бартараф этишга қаратилган консерватив даволашнинг ўзи кифоя қилади. Тўғри ичак

тушишининг енгил турида Тирш операцияси бажарилади - орқа чиқарув йўли атрофидаги тери остига кумуш симнинг тери ости имплантацияси бажарилади. Кюммель - Зерени бўйича ректопексия операцияси жуда яхши натижа беради. Бу операциянинг моҳияти тўғри ичак деворини умуртқа поғонасининг бўйлама бойламига думғаза умуртқалари соҳасига фиксация қилишдан иборат. Тўғри ичакнинг тушиши анал сфинктернинг етишмовчилиги билан бирга учраганда юқорида зикр қилинган операцияни чаноқ туби мускулларини мустаҳкамлаш билан тўлдирилади.

### ТЎҒРИ ИЧАК САРАТОНИ

Колоректал рак барча ёмон сифатли ўсмаларнинг 15% ни ташкил қилади. Шундан 30% ни тўғри ичак саратони ташкил этади. Тўғри ичак саратони 100000 аҳолининг ҳар 10 тасида учрайди. Асосан 50—60 ёшда, эркаклар билан аёллар деярли бир хил нисбатда касалланадилар.

Ҳозирги кунда ҳам касаллик келиб чиқиш сабаби аниқ эмас, ammo унинг келиб чиқишида овқат тури, нажасининг ичак бўйлаб ҳаракати, унинг таркиби, бактериал флора таркиби муҳим ўрин тутаяди. Касаллик келиб чиқишидаги бошқа омилларга ичак моторикаси ва қабзиятга сабаб бўладиган камҳаракатли ҳаёт тарзи, сурункали ичак касалликларини ҳам таъкидлаш лозим.

Рак олди касалликларига тўғри ичак полипи, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, сурункали парапроктитни киритиш мумкин.

#### Таснифи:

I. Локализациясига кўра:

- 1) анал қисми саратони;
- 2) пастки ампуляр;
- 3) ўрта ампуляр;
- 4) юқори ампуляр;
- 5) ректосигмоидал соҳаси саратони.

II. Усиш йўлига қараб:

- 1) эндофит;
- 2) экзофит;
- 3) аралаш.

III. Гистологик тузилишига кўра:

- 1) аденокарцинома;
- 2) шиллиқ қават саратони;
- 3) солид рак;
- 4) ясси ҳужайрали рак;
- 5) дифференциаллашмаган рак;
- 6) фиброз рак.

IV. Жараён кечиши бўйича ( I дан IV гача) ёки тарқалганлиги бўйича (TNMP).

Тўғри ичак саратони — саратони анал каналида ( 10%), ампуляр қисм (60%), ректосигмоид қисмда (30%).

Тўғри ичак саратонининг гистологик тузилиши турлича, аммо асосан аденокарцинома учрайди.

Тўғри ичак саратонининг 4 босқичи фарқланади:

I босқич — унча катта бўлмаган, ҳаракатчан ўсма (диаметри 2 см дан кам), ичак деворига ўсиб кирмайди, шиллиқ ости қаватидан ташқарига ўтмайди, метастазлар йўқ.

II босқич — ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлмаган соҳани эгаллайди (мушак қаватигача ўсиб киради), метастазлар йўқ.

III босқич — ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлмаган соҳани эгаллайди, деворига ўсиб кирмайди (мушак қаватигача ўсиб киради), регионар лимфа тугунларида метастазлар.

IV босқич — ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлган соҳани эгаллайди, деворига ўсиб киради, ён атроф аъзо ва тўқималарга ҳам ўсиб кириши мумкин.

V босқич — ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлган соҳани эгаллайди, ичак деворига ўсиб киради, ён атроф аъзо ва тўқималарга ҳам ўсиб кириб, регионар лимфа тугунларига кўплаб метастазлар беради.

VI босқич — катта ҳаракатсиз ўсма, чаноқ аъзоларига ва тўқималарига ўсиб киради, регионар ва узоқ лимфа тугунлари ва аъзоларида метастазлар.

Ҳалқаро раққа қарши иттифоқ тавсиясига кўра жараён тарқалишини TNMP системаси бўйича баҳоланади. Бунга кўра T (tumor) — бирламчи ўсма, N (nodes) — регионар лимфа тугунлар ҳолати, M (metastasis) — узоқ метастазлар, P (penetration) — ўсманинг ичак деворига ўсиб кириш даражаси.

**Тўғри ичак саратонининг тарқалиши.** Тўғри ичак саратони шиллиқ қаватда рўй бериб, ичак бўшлиғи ва ичак деворига ўсиб киради. Ўсма кейинчалик ичак ташқарисига чиқиб, ёндош тўқима ва аъзоларни зарарлайди.

Тўғри ичак саратони метастази лимфоген (регионар ва узоқ лимфа тугунларига) ва гематоген йўл билан (асосан жигарга) бошқа аъзоларга тарқалади.

**Клиник кечиши.** Тўғри ичак саратони аста секинлик билан бошланади. Беморлар оғриққа, ичакдан патологик ажралма келишига (қон, йиринг, шиллиқ) ва ичак функциясининг бузилишига шикоят қиладилар. Белгиларнинг яққоллиги касалликнинг даражасига, ўсманинг ўсиш ва тарқалиш ҳолатига ва унинг локализациясига боғлиқ.

Касаллик бошланишида оғриқ кузатилмайди, у фақат анал тешиги саратонида эрта даврда кузатилади. Ампуляр соҳа саратонида белгилар кам намоён бўлиб, эрта симптомларидан нажас билан патологик ажралма ажралиши ҳисобланади. Ўсма катталашган сари ичак тугилиши белгилари намоён бўлади. Оғриқ ўсманинг ичак

деворининг барча қаватларидан ўсиб ўтганда пайдо бўлади. Ўсманинг сийдик қописа ўсиб кириши натижасида сийишга тез-тез чақириқлар бўлиб туради. Ўсманинг нажас билан таъсирланиши ва жароҳатланиши ундан қон кетишига олиб келади. Қон кўпинча тўқ қизил, кам ҳолатларда алвон рангида бўлади. Хожат вақтида аввал озгина қон келади, кейин эса қон аралаш нажас чиқади. Тўғри ичак саратонида профуз қон кетишлар одатда кузатилмайди, лекин маълум бир вақт ўтгандан сўнг камқонлик юзага келади. Ректосигмоид соҳа саратонида касаллик белгилари кучайиб борувчи қабзийт, кейин эса ичак тутилиши кўринишида бўлади.

Касалликнинг умумий белгиларига анемия, умумий ҳолсизлик, озиб кетиш, гипертермия хос бўлиб, улар касалликнинг кечки муддатларида юзага келади.

Анал соҳаси саратонида метастазларнинг чов лифа тугунларига тарқалишини объектив кўрув вақтида инobatга олиш зарур.

**Асоратлари.** Бунга ўткир ичак тутилиши, ректовезикал, ректовагинал, параректал оқмалар, ичак перфорацияси хос.

Ичак перфорацияси ичакнинг кескин катталашувида, баъзан ўсманинг парчаланиши оқибатида келиб чиқиб, қорин бўшлиғига қарата юз берса – нажасли перитонит, параректал клечаткага юз берса – абсцесс ёки флегмоналар вужудга келади.

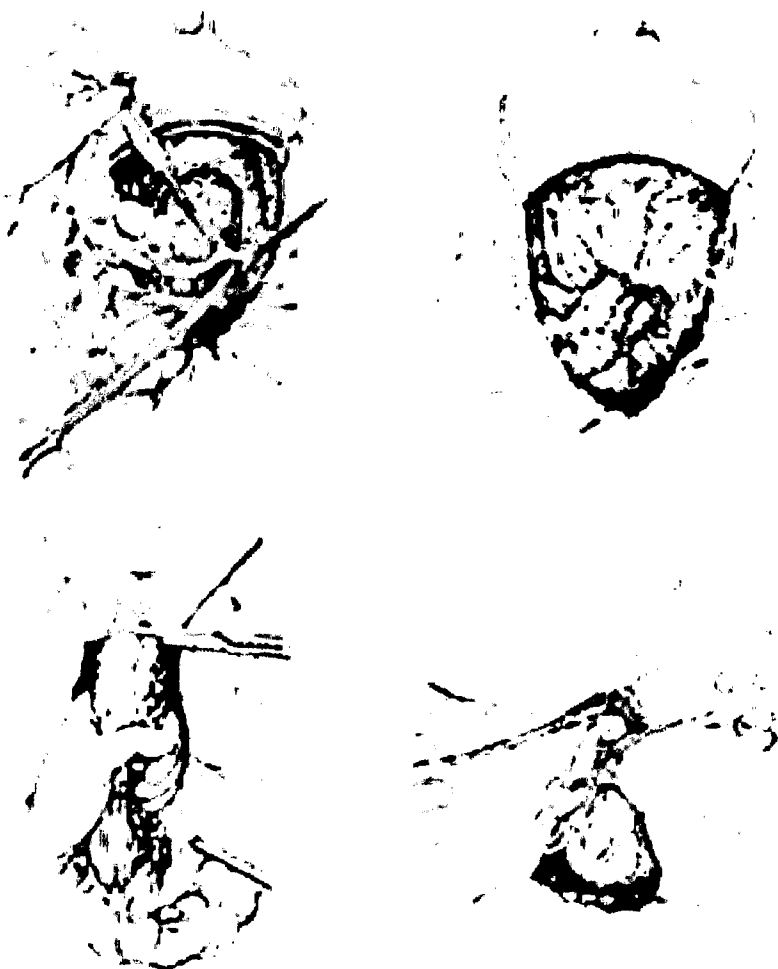
**Диагностика.** Беморнинг шикоятлари, анамнези ва махсус текширув натижаларига асосланиб диагноз қўйилади. Беморни кўрилганда оралиқ соҳаси, бармоқ билан тўғри ичакни кўриш (ректал текширувда 50% беморларда тўғри ичак саратонини аниқласа бўлади) мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Ирригография, ректороманоскопия (биопсия олиш билан), эндоректал ультратовуш текшируви, компьютер томографияси, жигар сцинтиграфияси диагнозни аниқ қўйишга ёрдам беради.

Касалликнинг эрта даврида аниқлаш учун ҳозирги вақтда скрининг тестлари эътиборга лойиқ. Бунга кўра, 40 ёшдан ошган аҳоли қонининг клиник таҳлили, ҳар 3-5 йилда ректороманоскопия, яқин қариндошлари колоректал рак билан касалланган аҳоли эса 35 ёшдан бошлаб ректороманоскопия ва ҳар 3-5 йилда ирригография ўтказиб турилади. Бундан ташқари носпецифик ярали колит билан 10 йилдан ортиқ касалланиб келаётган беморлар ичак резекциясига муҳтож бўлиб, ҳар йили колоноскопия (биопсия олиш билан) текширувидан ўтишлари, оилавий полипоз билан касалланган беморларда эса, йўғон ичак резекцияси ўтказилиши ҳамда ҳар 6 ойда ичак текширилиб борилиши зарур.

**Дифференциал диагностикаси** геморрой, полиплар, сифилис, сил билан ўтказилади. Геморройда қон алвон тусли, хожат охирида келади, тўғри ичак саратонида эса қон тўқ қизил тусда, ўзгарган, нажас билан аралашган, қон лахталари билан бўлади. Гистологик усул ёрдамида полиплар, сил ва сифилис билан фарқланади. Бун-

дан ташқари сифилисда — серологик, силда — бактериологик текширувлар диагностик қийнчиликларга барҳам беради.

**Даволаш.** Оператив даво турини танлаш ўсманинг жойлашиши, асоратлари ёки метастазларнинг бор-йўқлигига қараб танланади. Узоқ метастазлар ва асоратлар инкор қилинса, радикал операция бажарилади. Хирургик даволаш химиотерапия ва нур билан даволаш билан биргаликда олиб борилади. Энг кенг тарқалган операция усулларида бири бу — қорин-оралиқ (чот соҳаси) тўғри ичак экстирпациясидир (II-расм), тўғри ичак олдинги резекцияси, қорин-анал



II-расм. Қорин-оралиқ (чот соҳаси) тўғри ичак экстирпацияси.



тўғри ичакнинг сигмасимон ичак ёки кўндаланг чамбар ичакни пастга тушириб бажариладиган резекцияси, Гартман операцияси (тўғри ичак обструктив резекцияси). Операция кўлами ва тури ўсманнинг тўғри ичакнинг қайси соҳасида жойлашганлигига қараб танланади. Агар ўсма анал тешигидан 6—7 см дан кам масофада жойлашган бўлса, тўғри ичакнинг қорин-оралиқ (чот соҳаси) экстирпацияси, ўсма процесси анал тешикдан 6—7 см дан кўп масофада жойлашса — сфинктерни сақлаб қолувчи қорин-анал экстирпацияси, анал тешик билан ўсма ораси масофа 10—12 см дан ошса — тўғри ичак олдинги резекцияси бажарилади. Тўғри ичак обструктив резекцияси ўсманнинг анал тешикдан 10—12 см дан ортиқ масофада жойлашганда, тўғри ичак олдинги резекциясини бажаришга шароит йўқлигида (операция шошилиш равишида, масалан, ўткир ичак тутилиши бўйича қилинганда) бажарилади. Бундан ташқари операция турини танлашда беморнинг конституционал хусусиятларига, умумий аҳволининг оғирлигига эътибор берилади.

Паллиатив даво беморнинг умрини узайтириш ва изтироб чекишини камайитириш мақсадида амалга оширилиб, ўткир ичак тутилиши ёки радикал операцияни ўтказиш имконияти бўлмаган ҳолатларда бажарилади. Операция қорин олд девори чап ёнбош соҳасида сигмасимон ичакни ташқарига чиқариб икки пояли нотабий орқа чиқарув тешигини шакллантиришдан иборатдир.

**Комбинациялашган даво.** Ҳозирги даврда тўғри ичакни рақ билан маҳаллий зарарланишида операция нур терапияси билан қўлланилиши мақсадга боғлиқ деб ҳисобланади. Натижада ўсмани операция беллиги имкониятлари пайдо бўлиб, хирургик даво натижалари яхшиланади, беморларнинг операциядан кейинги 5 йилгача яшаш частотаси ортиб, радикал операциядан сўнг у 40—50% ни ташкил этади.

## ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, ўткир илеус) — ичак йўлидаги таркибий қисм пассажиининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5—9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40—60 ёшда учрайди. Ичак тутилиши аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди. Ёз ва куз ойларида (июл-октябр) ўткир ичак тутилиши билан касалланганлар сони кўпроқ учрайди, чунки бу даврда ўсимлик озуқалари таркибидаги клетчатка тушиши ҳисобига ичаклар кўпроқ зўриқади.

Ўткир ичак тутилиши билан беморларни даволашнинг натижалари аввало касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи касаллик бошланишидан бошлаб 6 соатгача касалхонага ётқизилган беморлар орасида 2,1—3,1% ни, 24 соатдан кечикиб ётқизилганлар орасида 16,4—19,9% ни ташкил қилади (Зайцев В. Т. муаллифдошлари билан, 1989).

Ўткир ичак тутилишидаги ҳар хил аспектиларни ўрганиш узоқ тарихга эга. Бу касаллик ҳақидаги биринчи тушунчани Гиппократ берган. Унинг фикрича, илеус ичаклардаги газлар ҳисобига ҳосил бўладиган яллиғланишлар натижасидаги келиб чиқадиган ҳолат. Гален ўз ишларида ичак тутилишига яллиғланиш ҳисобига ичаклар перистальтикаси бузилиши сабаб бўлишига эътибор қилган. Бу олимлар лаборатор, паталогоанатомик текширувларсиз ҳамда замонавий анатомия ва физиология билимларига эга бўлмай, ичак тутилиши патогенезида зарурий элементлар — ичак ҳаракатини бузилиши, газ ва суюқликлар натижасида ичаклар кенгайишини кўрсатиб ўтишган. XVII аср бошларида Riolan ўткир ичак тутилишида механик, обструктив ва странгуляцион турлари мавжудлигини исботлади. Бу эса илеусни оператив даволаш уринишлар бошланишига олиб келди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган таснифи қўлланилади.

Ўткир ичак тутилиши таснифи:

1. Келиб чиқиши бўйича — туғма ва орттирилаган.

Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.

2. Келиб чиқиш механизми бўйича — механик ва динамик.

2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

3. Тутилиш жойига қараб — юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).

4. Клиник кечиши бўйича — тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилишига қорин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш касалликлари (аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит ва бошқалар), қорин орти соҳасининг яллиғланиш касалликлари (паранефрит), шикастлар ва травматик жарроҳлик амалиётлар, қорин бўшлиғи аъзоларида қон айланишни ўткир бузилишлари (таллоқ инфаркти, тутқич томирларини тромбози) сабаб бўлиши мумкин. Ундан ташқари динамик ичак тутилишга метаболик ўзгаришлар (диабетик, уремик кома), заҳарланишлар (морфин, қўрғошин билан) олиб келиши мумкин.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Спастик ичак тутилиши ичак мотор фаолияти кучайиши яъни спазм ҳисобига пайдо бўладиган ҳолат. Спастик ичак тутилишига энг кўп бўлган сабаблардан бири оғир металллар тузлари ҳисобига заҳарланиш ҳисобланади. Ундан ташқари бу ҳолат марказий нерв системасининг касалликларида ҳам қузатилади. Бунга мисол тариқасида истерик илеусни келтириш мумкин.

Гипермотор реакциялар ичакнинг механик тутилиб қолиши - буралиб қолиши, тугун ҳосил қилиши, инвагинацияси кабилар ривожланишида ишга туширувчи механизм бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Паралитик ичак тутилишида ичак мотор фаолияти сусайиши яъни парези қузатилади. Ичак тутилишини бу тури спастик ичак тутилишига қараганда амалиётда кўпроқ учрайди. Чунки паралитик ичак тутилишини асосий келтириб чиқадиган ҳолат бу жарроҳлик амалиётни ўзидир. Ундан ташқари паралитик ичак тутилиши қорин бўшлиғи аъзоларини ўткир яллиғланишларида ҳамроҳ бўлиб келади. Ичак тутилишини бу тури қорин орти соҳасини йирик гематомаларида, юмшоқ тўқималар шикастларида, оғир жарроҳлик амалиётларидан кейин пайдо бўлади.

Динамик (яъни функционал) тутилиб қолиш аввало ҳазм тракти мотор функциясининг бузилиши оқибати бўлиб, бунинг натижасида ичак бўйлаб пассаж тўхтайдди. Шунинг учун даволаш тактикаси биринчи навбатда ичак перистальтикасини тиклашга қаратилиши лозим.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисмни пассажини бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5—8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани ҳолда ичак бўшлигининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабаблари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан ўсмалар, кисталар, ҳамда чандиқлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган ҳолда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлигини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15—40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичкак кириб қолади. Бунда ичак механик тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқич томирларда қон ўтиш тўхтади.

Охири вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандиқли ичак тутилишини кирита бошладилар. Чунки чандиқли жараёнда ҳам айна аралаш ичак тутилишга хос ҳолат кузатилади.

Ичакнинг механик айниқса странгуляцион ўткир тутилиб қолишида касалликнинг бир хил оғирликда кечмаслигини ҳисобга олиб, юқори ва паст тутилиб қолишни фарқ қилиш муҳим (юқори тутилиб қолиш бирмунча оғир кечади).

**Этиологияси ва патогенези.** Ўткир ичак тутилишини этиологик омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ажратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Туғма мойиллик ҳолатларига ичак тузилишини анатомик аномалиялари: ичакнинг айрим қисмларини узун ёки кенг бўлиши (мегаколон — кенгайган ичак, долихосигма — узун ичак), ичак бурилишини нотўлиқ бўлиши, туғма стенозлар, окклюзиялар ҳамда ичакнинг нерв-мушак аппаратининг туғма нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги) киради.

Орттирилган ҳолатларга қорин бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амалиётидан кейин ва яллиғланишлардан кейинги пайдо бўлган

чандиқлар, орттирилган чурралар, ўсмалар, ўт тошлари, фитобезоарлар, гижжалар, нажас тошлари киради.

Мойллик ҳолатларга баланссиз, нотўғри овқатланишлар кириши тасдиқланган.

Бир неча мойиллик ҳолатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп миқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий ҳолатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли хил қўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб оғришидир.

Ичакдаги суюқликнинг сўрилишига тўсиқ пайдо бўлганлигига организм муҳофаза реакцияси билан жавоб беради, бу тўлғоқсимон оғриқ кўринишида юзага чиқадиган кучли перистальтика билан ифодаланади.

Тўсиқ ҳажми оғриқ хуружларининг кучи, тезлиги ва давомлиги ўзгариб туриши мумкин.

Обтурацион тутилиб қолиш учун, масалан, у йўғон ичакда бўлса, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Бемордан сўраб-суриштирганда оғриқ уни бир неча суткадан буён безовта қилаётганини аниқласа бўлади. Аксинча тутилиб қолишнинг странгуляция шакллари (буралиб қолиш ва айниқса тугун ҳосил қилиш) деярли тўсатдан кескин оғриқ пайдо бўлиши билан кечади, бунда нисбатан қисқа фурсатлар ичида бирин-кетин оғриқ хуружлари бўлиб туради.

Оғриқ аста-секин орта боради, парез ривожлангандан кейин тўсиқдан юқорида у доимий бўлиб қолади. Бу перистальтиканинг сусайиб кетиши билан боғлиқ. Буралган жой қанчалик юқори жойлашган бўлса, оғриқ хуружи давомлилиги шунчалик кам ва хуружнинг ўзи оғирроқ бўлади.

Ичакнинг паралитик функционал тутилиб қолишида оғриқ доимий туташ, тўмтоқ, симиллаган бўлади. Қориннинг тобора дам бўлиб бориши билан ўтади. Спастик функционал тутилиб қолишда ҳам оғриқ симиллаган, туташ характерда бўлиши мумкин, бироқ аксарият у тўлғоқсимон, ҳатто кескин бўлади. Бунда механик тутилишдан фарқли равишда қорин одатда дам бўлмайди, аксинча, у ичига ботган бўлиши мумкин.

Оғриқ реакциясини синчиклаб таҳлил қилиш қатор ҳолларда механик тутилиб қолишни динамик тутилиб қолишдан ажратибгина қолмай, балки унинг странгуляцион турини обтурацион туридан

ажратиш имконини беради. Обтурацион тутилиб қолишда хуружлар йўқ пайтида беморлар деярли оғриқ сезмайдилар. Странгуляцияцион тутилиб қолишда эса беморларда хуруж бўлмаган вақтида ҳам оғриқ сақланиб қолади, чунки уларда оғриқ синдроми иккита йўл билан келиб чиқади: кескин тўлғоқсимон оғриқ перистальтик тўлқинлар натижаси бўлса, тўлғоқсимон оғриқ бўлмай турган вақтлардаги симиллаган доимий оғриқ — жараёнга тортилган ичак тутқич сегменти томирлари ва нервларининг қисилиши оқибати ҳисобланади.

Касалликнинг бошида айрим беморлар оғриқ пайдо бўлган ёки йўқолган жойни етарли даражада кўрсатиб бера оладилар. Бироқ кўпинча оғриқ бутун қорин бўйлаб ёйилади ёки киндик ёхуд бел соҳасида жойлашади.

Оғриқ синдроми характери ва хусусиятларини беморни биринчи марта кўздан кечиришнинг ўзидаёқ аниқлаб олишга ҳаракат қилиш керак. Беморнинг вақти-вақти билан безовталаниб туриши, юз қиёфасидан оғриқдан изтироб чекаётганини пайқаш, перистальтик шовқинларнинг шундоққина эшитилиб туриши хуружсимон оғриқ борлигидан далолат бериши мумкин. Ҳаддан ташқари озган беморларда баъзан қорин девори орқали ичак перистальтикасини кўриш мумкин.

Бироқ перистальтика ҳолати тўғрисидаги батафсил ахборотни олиш учун қорин бўшлиғини аускультация қилиш керак бўлади. Бунда унинг фақат шучайиши ёки секинлашишини эмас, балки пайдо бўлган жойи, шунингдек тарқалиш зонасини ҳам қайд қилишга муваффақ бўлади.

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада хулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (Спасокукоцкий симптоми) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида борапти.

Бу симптом ичакнинг шишиб чиққан қовузлоқларида суюқлик ва озод газ борлигидан далолат бериб, уларда ўтказувчанликнинг бузилганлигини кўрсатади. У тўлиқ сустлашиб қолган ва тез орада йўқоладиган перистальтика вақтидагина аниқланади. Бу симптомнинг топилиши хирургга ичакнинг ўткир тутилиб қолиши диагнозини қўйишга тўлиқ асос бўла олади.

Айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (Лотеиссен симптоми).

«Оғриқ босқичи» тугагандан ва перистальтика йўқолгандан кейин ичакнинг механик тутилиб қолиши эмас, балки функционал тути-

либ қолиши биринчи ўринга чиқади. Дам бўлган қоринда доимий туташ оғриқ бўлган, интоксикация ҳодисалари ортиб бораётган бу даврда — касалликнинг дастлабки табиатини аниқлаш ғоят қийин.

Одатда, хирург ичакнинг механик тутилиб қолишининг асорати — перитонит деб диагноз қўяди.

Ўткир ичак тутилишда кўнгил айниши ва қусишнинг мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айниши ва қусиш бўлади. Лекин қусиш характери ичак тутилиб қолишининг ҳар хил турларида бир хил бўлмайди. Одатда паст странгуляцияон тутилиб қолишнинг бошланиши бир ёки икки марта рефлектор қусиш билан ўтади. Юқори тутилиб қолишда бемор кўп қусади, қусиш уни ҳолдан тойдиради, кўнгил беҳузур бўлади, кўпинча ҳиқичоқ тутиши ва кекириш безовта қилади.

Механик ва функционал тутилиб қолишнинг кечиккан муддатларидаги қусиш бирмунча характерли, бунда перитонит белгилари пайдо бўлиши моторика бузилиб, ичак бўшлиғида йиғилиб бораётган суюқлик юқорига отилиб чиқади. Шунга кўра қусиш ҳеч қачон аҳволни енгиллаштирамайди. Касаллик зураийиб кетган ҳолларда ичакнинг тўсиқдан юқори қисмидаги суюқлиги чириб парчаланиши натижасида ахлат аралаш қусиш деган ҳолат рўй беради.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ичнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги ҳисобланади. Айрим муаллифлар маълумотларига кўра беморларнинг 60—70% ичнинг сира келмаслиги ва ел чиқмаслигини, 16% — қисман ич келмаслигини қайд қилган.

Ич келмаслиги ва ел чиқмаслигининг диагностик аҳамиятига тўғри баҳо бериш учун касалликнинг ҳар бир ҳодисасига алоҳида ёндошиш керак. Бу симптом иккита ҳолда: чамбар ичак терминал бўлимида механик тўсиқ бўлганда (сигмасимон чамбар ичак буралиши, чамбар ичак чап ярми бўшлиғининг тўлиқ обтурацияси) ва хазм тракти тўлиқ адинамиясида (фалажи) бўлади. Ичакда ажралмалар чиқмаслиги аксарият унинг тутилиб қолганидан дарак беради.

Бироқ беморда ич келиши ва ел чиқиши бу патологияни инкор этмайди. Йил сайин ичакнинг битишмалар сабабли тутилиб қолиш ҳоллари кўпайиб бораёпти, бу аксарият ингичка ичак қовўзлоқларидаги жараён билан чегараланиб қолади. Шунинг учун битишма жараёнига қўшилмаган йўғон ичак бўшалиб туриши мумкин. Шу муносабат билан бемордан сўраб-суриштиришда неча марта ич келиши, унинг ўзича келиш-келмаслигини аниқлаш муҳим. Аксарият қўшимча рағбатлантирувчи тадбирлардан кейингина жуда оз миқдорда ич келиши ва ел чиқиши кузатилиб туради.

Қоринни кўздан кечириш кўп ҳолларда диагноз қўйишда ҳал қилувчи омил бўлиши мумкин. Қоринда ҳар қандай характердаги оғриқ бўлган беморнинг қорин деворидаги жарроҳлик амалиётдан

кейинги чандиқлар ичакнинг битишмалардан тутилиб қолганлигини кўрсатади. Бир мунча муаллифлар маълумотларига кўра қорин бўшлиғидаги битишмалар 75—80% ҳолларда механик тутилиб қолишга, 30—45% ҳолларда функционал (динамик) тутилиб қолишга сабабчи бўлади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Дарҳақиқат, ич келмаслиги ва ел чиқмаслиги тез орада қорин ҳажмининг катталашувиغا олиб келади. Бироқ кўрсатиб ўтилган белгига танқидий баҳо бериш лозим. Афтидан, қориннинг дам бўлиб шишиб чиқиши ичак тутилиб қолишининг эрта белгиси бўлмаса керак.

Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси Валь симптомни ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлоқ чегарасини аниқлаш — юқори чегараланган тимпанит симптоми (Кивуль симптоми), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайқалиш шовқини» (Матье—Скляров симптоми) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутилишида қорин, одатда, юмшоқ бўлади ва ичак девори деструкциясида ва перитонит ривожлангандан кейингина мускуллари таранг тортади. Бироқ бу симптом аниқ намоён бўлиш даври одатда қисқа бўлади, чунки тез орада метеоризм пайдо бўлади.

Шишиб чиқмаган қоринни пайпаслаб кўришда инвагинацияда колбасасимон шиш, яллиғланиш инфилтрати ва бошқа тузилмалар аниқланиши мумкин.

«Чайқалиш шовқини» ичак ўткир тутилиб қолишининг патогномик симптоми ҳисобланади. Уни ичак қовузлоқларида маълум миқдорда димланган суюқлик пайдо бўлганда ва камроқ ҳолларда битта қовузлоқ қисилиб қолганда аниқлаш мумкин.

Тўғри ичакни бармоқ билан, аёлларда эса қинни текшириш зарур. Бу тадбир қовуқ бўшатиладиган кейин бажарилиши керак. Ичакнинг обтурацион тутилиб қолишида ўсма ёки обтурация қиладиган бошқа тузилма аниқланиши мумкин. Бироқ у ёки бу патологик тузилмалар аксарият касалликнинг кечиккан босқичларида топилади. Кичик чаноқ бўшлиғида суюқлик йиғилиши қин гумбази орқа қисмининг осилиб қолиши ёки қалқиб туриши, текширишда оғриши билан юзага чиқади.



Сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги — тўғри ичак сфинктери очиқ турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлиб, унга Обухов касалхонаси симптоми дейилади.

**Инструментал текшириш усуллари.** Ўткир ичак тугилиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш катта аҳамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тугилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тугилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламасдан) ичак қовузлоқларида ел ва суюқлик сатҳларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширувида нормада қорин бўшлиғи гомоген қоронғилашган, фақат чап диафрагма остида меъданинг газ пуфағи ва ундаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин; чамбар ичакнинг чап ярми ҳам одатда озроқ миқдорда газ тутади. Ингичка ичак қовузлоқларида газ бўлмайди.

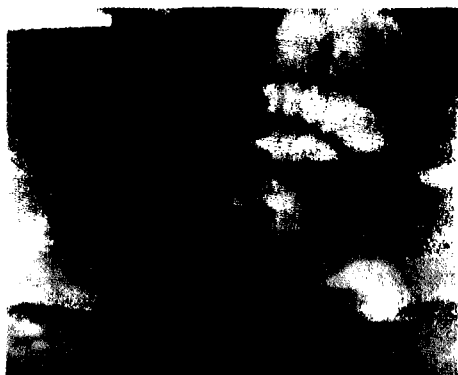
Клойбер косачаларини аниқлаш учун беморни вертикал ҳолатда турганда текшириш керак. Бироқ бемор аҳволининг оғирлигидан ҳамма вақт шундай қилишга имкон бўлавермайди. Бундай ҳолларда текширишни латеропозицияда ўтказиш, яъни беморни ўнг ёки чап ёнбоши билан ётган ҳолатида текшириш мақсадга мувофиқ бунда рентген нурлари орқа томондан йуналтирилиши лозим.

Клойбер косачаларини жойлашиши ва шаклига қараб ичак тугилишини жойини аниқлаш мумкин. Тўсиқ ингичка ичакда бўлса Клойбер косачалари кичик бўлиб, суюқлик сатҳининг горизонтал кенглиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан узун бўлади. Газ фониди шиллиқ қават бурмалари яхши кўринади (Керкринг бурмалари). Улар спирал шаклга эга бўлади. Клойбер косачалари кўпроқ қорин бўшлиғининг ўртасида жойлашган бўлиб, сони кўп бўлади.

Йўғон ичак тугилишида Клойбер косачалари қорин бўшлиғининг четларида жойлашиб, сони кам бўлади. Суюқлик сатҳининг горизонтал кенглиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан қисқа.

Динамик ичак тугилишида горизонтал суюқлик сатҳлари ҳам ингичка, ҳам йўғон ичакларда бўлади.

Айрим ҳолларда рентген-контраст текширув қилиш



1-расм. Клойбер косачалари.

лашнинг шартларидан бири саналади. У оксил миқдорини нормага солиш, қон реологик хоссаларини яхшилаш, қоннинг томир ичида ивиб қолишининг олдини олиш ва шу кабиларни ўз ичига олади. Жигар олди клетчаткасига ва бевосита томирлар ўзанига (томчилаб) 100—150 мл миқдорда 0,25% ли новокаин эритмаси юбориш ичак моторикасига яхши таъсир кўрсатади, нерв импульсининг мушкул толасига узатилишини кучайтиради: 0,05% ли прозерин эритмасини 1 мл дан 1—1,5 соат ўтказиб 2 марта тери остига албатта юбориш керак. Қатор ҳолларда сифонли клизмалар тўғри ичак ампуласидаги ахлатни бармоқ билан чиқариш қўшиб олиб борилади.

Консерватив даволашнинг таъсирчанлигига баҳо беришга беморнинг умумий ҳолати (шикоятлари, гемодинамика кўрсаткичлари ва б.) ва, ниҳоят, қорин томонидан бўлган ўзгаришлар (ўлчами, перистальтика борлиги, қорин пардасининг таъсирчанлиги, моторика рағбатлантирилгандан кейин ич келиши ва бошқалар), даволаш жараёнидаги рентгенологик манзара динамикаси мезон бўлиб ҳисобланади. Ўтказилаётган даволашнинг наф бермаслиги, устигустак бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви (метеоризм ошиши, интоксикация) операция қилишга кўрсатма бўлади.

Ичакдаги деструкция симптомларида (кескин локал оғриқ қорин пардаси таъсирланишининг локал симптомлари, дефанс, метеоризм, қусиш, перистальтика бўлмаслиги, «чайқалиш шовқини» ва б.) асосий даволаш тадбири сифатидаги операцияга мутлоқ кўрсатмалар вужудга келади. Консерватив даволашни операциядан олдинги жадал тайёргарлик доирасида ўтказилади, холос.

**Ичак парези ва функционал тутилиб қолишини (фалажлик) патогенетик даволаш.** Ичакнинг динамик паралитик тутилиб қолиши қорин бўшлиғининг хар ҳил хирургик патологиясида, интоксикацияда, операциядан кейин ва шу кабиларда учрайди.

2—3 кун давом қиладиган ичак парези лапаротомия билан бирга ўтади ва операциядан кейинги давр қулай кечганда ўзича барҳам топади. Парез ва ичак функционал тутилиб қолишининг оғир формалари метаболик бузилишлар, айниқса калий ионлари танқислиги, симпатикотония сабабли; буйрак усти безлари пўстлоқ моддаси гормонлари етишмаслиги, ичак тутқичи қон айланиши бузилиши, органлар ичидаги томирлар ва ичак тутқичи терминал веналари тромбози, перитонит ва бошқалар сабабли келиб чиққан.

Ичак механик тутилишини ҳатто илк даврда операция қилиш ичак ҳаракат активлиги бузилишларини дарҳол бартараф этмай, балки аввалига парез манзарасини кучайтиради.

Операциядан кейин ичак чоки герметиклиги кўп жиҳатдан операциядан кейин парезнинг кечиши билан белгиланади. Ичакнинг операциядан кейинги функционал тутилиб қолиши ичак ичидаги босимнинг ошиши билан ўтиб, чокларнинг етарлича солинмаганидан дарак беради.

Консерватив даволаш усуллари орасида ичак моторикасини бевосита рағбатлантириш усуллари, электростимуляция, ичак моторикасини тормозлайдиган рефлексларни блокада қилиш усуллари фарқ қилинади. Ҳазм трактини декомпрессия қилиш усуллари хирургик усулларга киради. Моторикани яхшилашнинг клизма, венага натрий хлорид, калий хлорид эритмалари юбориш, питуитрин, прозерин қўлланиш каби усуллари энг кўп тарқалган.

Ичак функционал тутилишини даволашнинг патогенетик воситаси ичакка симпатик иннервация тормоз таъсирининг блокадаси, симпатикотонияни бартараф қилиш ҳисобланади. Бунга ганглиоблокаторлар, анестезия қиладиган воситалар билан гангионар блокада усулларини қўлланиш, симпатолитик воситалар юбориш билан эришилади.

Перидурал анестезия ичак парезида унинг моторикасига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. Перидурал бўшлиққа ҳар 4 соатда 10 мл 2,5% ли тримекаин эритмаси юбориш ичак ҳаракат функциясини фаоллаштиради. Перидурал анестезияни ичакнинг функционал тутилиб қолиши барҳам топгунча, яъни 3—5 суткагача қўлланишда яхши натижага эришилади.

Перидурал анестезия билан электр стимуляцияни бирга олиб бориш, шунингдек симпатолитик воситалар қўлланиш (зобарин, гуанидин, орнил) ичак перистальтикасини рағбатлантиришнинг таъсирчан усуллари ҳисобланади.

Давом эттирилган перидурал анестезия хизмати яхши йўлга қўйилган бўлимларда электростимуляция билан бирга ичакнинг, функционал тутилишини профилактика қилиш ва даволаш учун қўлланиш тавсия қилинади. Симпатолитик воситаларни эса оддий ва ҳаммага маълум бўлганидан функционал ичак тутилишида ҳамма жойда қўллаш мумкин.

### **Ўткир ичак тутилишини хирургик даволаш.**

Ичак тутилганда ёки унга шубҳа қилинганда зарур тадбирлардан бири қорин бўшлиғининг ҳамма органларига кириладиган йўлни вужудга келтириш ҳисобланади. Бунини аввало миорелаксантлардан фойдаланиб ўтказиладиган эндотрахеал наркоз билан таъминланади.

Беморнинг ичаги битишмадан тутилиб қолганда хирург навбатдаги операция қилинишидан қийин аҳволда қолади. Шунга ўхшаш ҳар бир ҳолда масала индивидуал ҳал қилинади, бироқ ҳар қандай йўл орқали киришда одатда ўзаро ва париетал қорин пардаси билан ёпишган ичак қовузлогини катта масофада озод қилишга тўғри келишини унутмаслик керак. Шунинг учун эски чандиқ бўйича уни кесиб ўрта йўл бўйлаб киришдан фойдаланиш керак. Бунда энг муҳими озод қорин бўшлиғига кириш вақтида ичак қовузлогини жароҳатлаб қўймаслик ҳисобланади.

Лапаротомия бажарилгандан кейин қорин бўшлиғи тафтиш қилинади. Странгуляцион тутилиб қолишда хазм тракти бирин-кетин тафтиш қилишнинг ҳожати йўқ. Тўсиқдан пастда ичак пучайган ҳолатда бўлади.

Касаллик манзараси тутилиб қолишнинг тури, пайдо бўлган вақти, илгари бошдан кечирилган операциялар ёки перитонитдан кейин битишма жараёнининг юзага чиққанлиги даражасига боғлиқ ҳолда бирмунча фарқ қилади.

Агар диагностик хато туфайли лапаротомия ичак функционал тутилишининг бошланғич босқичида ўтказилган бўлса, операциянинг фақат диагностик қисми билан чегараланиб қолиш мумкин эмас. Бундай операциядан кейин беморларнинг аҳволи операциядан кейинги парез ҳисобига ҳамиша ёмонлашади. Парезга қарши кўрашиш ва функционал тутилиб қолишни профилактика қилиш мақсадида шу шароитда назарий асосланган муолажа ичакни декомпрессия қилинади. Ичак тутқичга 100 мл гача 0,25% ли новокаин эритмасини юбориш перистальтиканинг тикланишига ёрдам беради.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция ҳажми қуйидагича бўлади:

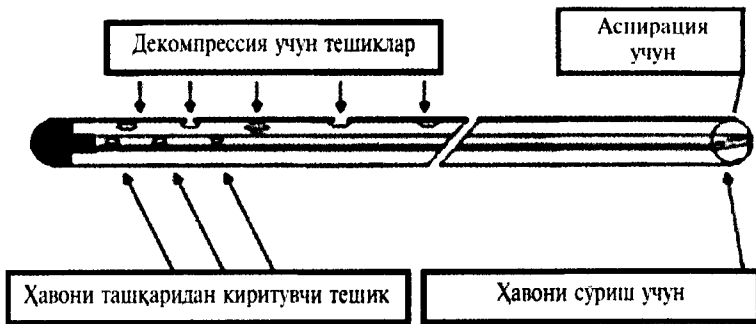
1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;

2) ичакни димланган суюқликдан ҳоли қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш — назо-энтерал декомпрессия;

3) қорин бўшлиғини санация ва дренаж қилиш.

Шундай қилиб, энг муҳими ичак бўйлаб пассажни тиклаш лозим. Бироқ бу тутилиб қолишни келтириб чиқарган сабабни тугатиш деган маънони билдирмайди. Табиийки, тутилиб қолишни тиклаш учун тўсиқни бартараф этиш энг маъқул вариантдир. Бироқ бу шартни бажариш бемор аҳволининг оғир-енгиллигига тўлиқ боғлиқ. Ҳар қандай операциянинг асосида радикаллик йўлида беморга зиён етказмаслик ётиши керак. Шунинг учун тегишли операция ҳажмини танлаш учун хирург бемор аҳволига объектив баҳо бериши лозим. Шубҳасиз, кўпгина шароитларда хирург, одатда, ичак резекциясини қилиб тутилиб қолиш сабабини бартараф этишга мажбур. Бироқ операциянинг кейинги — тикланиш босқичини бемор аҳволининг оғир-енгиллиги билан таққослаши ва бирламчи анастомоз қўйиши ёки илеостомани бажариши керак ҳолос. Беморнинг аҳволи нечоғлик оғир бўлса, операция радикаллиги шунчалик камроқ бўлиши керак.

Ичакнинг буралиб, тугун ҳосил қилиб, қисилиб яшаб кетишга лаёқатсиз қовузлоқлари одатда бирламчи резекция қилиниши керак. Ичакнинг яшашга лаёқатсизлигига шубҳа бўлганда, айниқса странгуляцион эгатлар, қон қуйилган қисмлари бўлганда шубҳали қисмларини ҳам резекция қилиш керак бўлади.



2-расм. Назоэнтерал зонд.

Ичакнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлашнинг кўпгина усуллари таклиф қилинган. Клиник амалиётда ичакни иссиқ изотоник натрий хлорид эритмасига ҳўлланган салфетка билан 10—15 минутгача иситишдан фойдаланилади, шунингдек ичак тутқичга 20—40 мл илиқ новокаин эритмаси юборилади. Агар ичакнинг яшашга лаёқати сақланиб қолган бўлса, ҳозиргина айтиб ўтилган муолажадан кейин ичакнинг сероз қоплами пушти рангга киради, тургор ва аниқ перистальтика пайдо бўлади, ичак тутқич томирларининг уриб туриши аниқланади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида ичак деворидаги, айниқса кўздан кечириб бўлмайдиган шиллиқ пардасидаги дегенератив ўзгаришлар даражаси бир хил эмас: тўсиқдан юқори жойдаги қовузлоқларда ўзгаришлар ҳамisha кўпроқ. Шунинг учун ичак обструкция жойидан 40—50 см юқорида ва унинг пастидан 10—15 см олиб ташланганда резекция техник жиҳатдан тўғри бажарилган ҳисобланади. Кўрсатиб ўтилган масофаларни ичакнинг яшашга лаёқатли ва лаёқатсиз қисмлари орасидаги чегарадан ўлчаш керак.

Ичакни соғлом тўқималар чегарасида резекция қилиш анастомознинг битиб кетишига кафил бўлади.

Тутилиб қолишнинг странгуляцион формалари орасида сигмасимон чамбар ичакнинг буралиши энг кўп — деярли 50 % беморларда учрайди. Касалликнинг эскилиги ва морфологик ўзгаришлар, беморларнинг ёши ва аҳволининг оғир-енгиллиги ҳисобга олинганда баъзан оптимал тактик ечимни танлаш қийин бўлади. Хирург кўп учратиб турадиган айрим ҳолларни кўриб чиқамиз.

Сигмасимон чамбар ичак некрози ёки қора сигма. Тактика масаласи соғлом тўқималар доирасида резекция қилиш фойдасига ҳал қилинади. Некрозланган қовузлоқни қорин бўшлиғидан қорин пардасига олиб чиқиб, бемор аҳволи имкон бериши билан резекция қилиш юқори леталликка сабаб бўлганлиги сабабли ўзини оқламади ва ҳозир қўлланилмайди.

**Некротланган ичак резекциясидан кейинги тикланиш босқичи.** Ичакнинг иккала учини оқмалар кўринишида қорин деворига чиқарилган-

дан кейин энг яхши натижалар кузатилади. Ичакнинг дистал учини тикиб қўйишдан ва унинг проксимал учини анус кўринишида чиқаришдан иборат бўлган Гартман операцияси ўзини яхши оқлади. Айрим клиникалардаги ижобий тажрибага қарамай, сигмасимон чамбар ичак некрозида бирламчи анастомоз қўйиш яхши натижа бермади.

Сигмасимон чамбар ичакнинг некрозсиз буралишида, юқорида кўрсатиб ўтилганидек резекция ва бирламчи анастомоз аҳволи оғир бўлмаган, интоксикация белгилари йўқ ёки жуда кам ёш беморларда қилиниши мумкин. Бу операцияга энгиллаштирувчи цекостомия мажбурий қўшимча ҳисобланади.

Ичак буралишига кўп вақт бўлганлиги, интоксикация, бошқа органларнинг бирга келадиган патологияси, кўндаланг ва пастга тушадиган чамбар ичакларда ичак суюқлигининг талайгина йигилиб қолиши сигмасимон ичакни резекция қилмасдан буралиши шунчаки тўғрилаб қўя қолиш учун асос бўлади.

**Ичакнинг obturaciuon тутилиб қолишидаги тактика.** Ичак obturaciuoн турли-туман сабаблардан келиб чиқиши мумкин. Улардан асосийлари: ичак буралиши ёки битишмалар ва чандиқли тортмалардан босилиши, йўғон ва ингичка ичакнинг хавфли ва (камроқ) хавфсиз ўсмалари, бўшлиғини ахлат ва ўт тошларидан obturaciuoниси, ичакнинг гижжалардан бекилиб тутилиб қолиши, ичакнинг чандиқли стриктураси ҳисобланади.

Гижжа инвазиясидан тутилиб қолиш кўпинча аскаридалардан бўлади, бунда тўсиқ бўлган жой одатда ёнбош ичакда жойлашади. Лапаротомия вақтида хирург гижжалар тўпламини тугатиши ва уларни қисм-бақисм ичакнинг қуйи кесигига ва кўричакка суриб қўйиши керак. Аскаридалар энг кўп тўпланган жойда ичак деворининг юпқалашиб қолганлиги ёки унда органик ўзгаришлар бўлиши ичакни қисман резекция қилиб, анастомоз қўйишга кўрсатма ҳисобланади. Одатдаги энтеротомия қилиш ва тешик орқали аскаридаларнинг минимал миқдорини чиқариш ҳам мумкин.

Тутилиб қолиш ингичка ичакнинг терминал бўлимида жойлашган гижжа инвазиясидан фарқли равишда ўт тоши текилиб қолиши оч ичакда ва ҳатто унинг бошланғич бўлимида энг кўп учрайди. Тўсиқ юқорида жойлашганда касаллик тез ва оғир кечади. Тутилиб қолишнинг бу турида энтеротомия қилинади ва ўт тоши олиб ташланади, бунда тикишни осонлаштириш ва шаклини камроқ бузиш учун ичакни кўндалангига кесган маъқулроқ.

Ўсма йўғон ичак obturaciuoниси энг кўп сабаб бўлади. 75% ҳолларда тутилиб қолиш ўсма чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашганда ва уларнинг 50% ректосигмоид бурчакда ривожланади. Бу пастга тушадиган чамбар ичак диаметрининг бирмунча кичиклиги ва унда шаклланиб бўлган, зич ахлат массалари борлиги билан изоҳланиб, бу тутилиб қолиш вужудга келишига ёрдам беради. Операция характери тўғрисидаги масалани ечишга бемор аҳволига комплекс баҳо бериш, ўсма бор жойдаги ва ичакнинг олиб келадиган

кесигидаги локал ўзгаришлар ёрдам беради. Хирург малакасини, анестезиологик таъминот ва шунга ўхшашларни ҳам эътибордан чиқазиб бўлмайди.

Радикал операцияни кўтара олмайдиган оғир ётган беморларда ичакларда туриб қолган суюқликни чиқариш ва интоксикацияни йўқотиш учун аввалги ўсмадан юқорида ахлат оқмаси (ахлат йўли) қўйиш керак. Метастазлар бўлганда ёки ўсма қўшни органларга ўсиб кирганда операциянинг бу босқичи ягона ҳисобланади.

Беморнинг аҳволи энгилроқ бўлганда ўсмаси бўлган ичак бирламчи резекция қилиниши, кейин ахлат оқмаси чиқарилиши мумкин.

Операциядан кейинги даврда интенсив даволашнинг тобора ортиб бораётган имкониятлари обтурацион тутилиб қолишда бирламчи резекцияни бажаришга кўрсатмаларни бирмунча кенгайтиришга имкон берди. Бироқ юқорида айтиб ўтилганидек асосий операцияни кўричакка энгиллаштирувчи оқма қўйиш билан тўлдириш зарур. Анастомоздан юқорида орқа чиқарув йўли орқали ичак зонди киритиш йўли билан олиб келадиган бўлимнинг тўлиқ декомпрессиясини таъминлаш зарур. Кўпгина муаллифлар анастомоз парие-тал қорин пардаси билан бекитилганда унинг яхши битишини қайд қиладилар.

Стенозга олиб келадиган ўсма кўричак ёки юқорига кўтариладиган чамбар ичакда жойлашган бўлса, аксарият бирламчи резекциядан фойдаланишга тўғри келади. Бироқ чамбар ичак ўнг ярми ўсмалари учун характерли метастазланиш муносабати билан кўпинча ёнбош ва юқорига кўтариладиган ёки кўндаланг чамбар ичаклар орасига айланма анастомозлар қўйилади.

Инвагинация — обтурация билан странгуляция орасида оралиқ ҳолатини эгаллайдиган ичак тутилишининг туридир. Катта ёшдаги одамларда инвагинация кам учрайди. Одатда, ёнбош ичак кўричак ичига киради. Операция характери инвагинатда операция вақтигача рўй берган маҳаллий ўзгаришларга боғлиқ. Инвагинацияни кўпинча юқорига кўтариладиган ичак томонидан инвагинат бошчасини аста-секинлик билан босиб, шунчаки тўғирлаш билан бартараф қилишга муваффақ бўлинади. Деструктив ўзгаришлар бўлганда ичакни резекция қилиш (қон оқими бузилиши сабабли рўй берган некроз) одатда илеотранверзоанастомоз қўйиш билан тугалланади.

Ичак букланиши ёки унинг бошқа деформацияси натижасида пайдо бўлган битишмадан тутилиб қолишда ичак ўтказувчанлигини тиклаш учун кўпинча битишма ёки тортмани кесишнинг ўзи кифоя қилади. Катта кўламдаги битишма жараёни тутилиб қолган жойни ҳамма вақт тўғри аниқлашга имкон беравермайди, шунинг учун бундай шароитда пассаждан ичак қовузлоқлари йи-гиндисини узиб қўядиган айланма анастомоз қўйиш жуда мақсад-га мувофиқ.

Адабиётда ичакнинг ўткир тутилиб қолишини бартараф қилиш ва Нобель операциясини бир вақтда бажариш тўғрисида ахборотлар бор. Бундай тактикани, афтидан, беморларнинг бир қисми учун тўғрилигини тан олиш ва бу операцияни катта тажрибага эга хирурглар бажариши лозимлигини таъкидлаб ўтиш зарур.

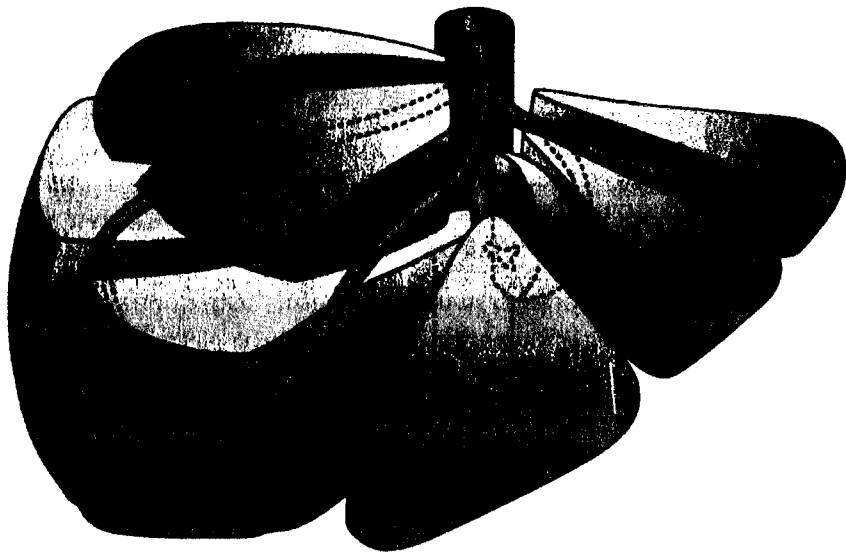
Ичакни туриб қолган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишига шароит яратишга ингичка ичакнинг ҳаммасини, зарур бўлганда йўгон ичакни ҳам интубация қилиш йўли билан эришилади. Ичакни декомпрессия қилиш ва унинг парезини дори-дармонлар билан даволаш билан бирга ичак тутқични 0,25% ли новокаин эритмаси билан блокада қилиш тавсия этилади, бу ҳам перистальтика тикланишига имкон беради. Ичакда морфологик ўзгаришлар бўлмаганда ёки кам юзага чиққанда эрта бажариладиган операциялар ҳажми (битишмани қирқ-иш, ичак бўшлиғини очмасдан стомани чиқариш), қорин бўшлиғини дренаж қилишга эҳтиёж қолмайди.



## ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомио-физиологик хусусиятлари

Жигар инсон организмнинг энг йирик аъзоларидан бири ҳисобланади. Унинг оғирлиги 1200 – 2000 г ни (тана оғирлигининг 1/50% қисмини) ташкил қилади. У она қорнидаги ҳомила ҳаётининг учинчи ҳафтасида 12 бармоқли ичак шиллиқ қавати эпителийидан ажралиб чиқиш йўли билан ривожланади. Жигар қориннинг ўнг юқори квадрантида жойлашган бўлиб, қовурғалар билан ёпилган. Унинг юқори чегараси ўнг ўрта ўмров чизиги бўйлаб IV қовурғалар оралиғигача етади, пастки чети чақалоқларда аксарият ҳолларда киндиккача боради. Эмизик ёшидаги болаларда у қовурға чети остидан 2—3 см га чиқиб туради ва тахминан тўрт ёшларга келиб унинг орқасида жойлашади. Жигарнинг пастки чегараси ўрта чизик бўйлаб киндик билан ханжарсимон ўсимта орасидаги масофанинг ўртасида жойлашган. Жигарнинг олдинги юқори қабарик юзаси ўроқсимон бойлам билан икки бўлакка: ўлчамлари бўйича катта ўнг ва кичикроқ чап бўлақларга бўлинади. Пастки ботиқ юзасида иккита узунасига кетган бўйлама эгатлар (ўнг ва чап) ва кўндаланг эгат фарқланиб, буни жигар дарвозаси деб аталади. Бу эгатлар жигарнинг ўнг, чап, квадрат ва думсимон бўлақларга бўлади (1-расм).



1-расм. Жигар сегментларининг жойлашуви.

Жигар дарвозаси таркибига жигар артерияси, нервлари ва дарвоза (қопқа) венаси киради, лимфатик йўллар ва умумий жигар ўт йўли эса ундан бошланади. Жигар, диафрагмага тегиб турадиган орқа юзасидаги қисмидан ташқари, ҳамма томонлардан қорин парда билан қопланади.

Қорин пардаси атрофидаги аъзоларга ўтиб, жигарни турғун ҳолатда тутишда муҳим аҳамиятга эга бўлган бойламлар: ўнг ва чап тожсимон, жигар — меъда, жигар — 12 бармоқли ичак, жигар - буйрак бойламларини ҳосил қилади. Жигарнинг қон таъминоти хусусий жигар артерияси, шунингдек дарвоза венаси томонидан амалга оширилади. Бунда умумий қон оқимининг тахминан 25% артерияга ва 75% и дарвоза венасига тўғри келади.

Жигарнинг ўроқсимон бойлами бўйича ўнг ва чап бўлақларга бўлиш унинг функционал анатомиясига мос келмайди, бундан визуализация усуллари натижаларига баҳо беришда, ҳамда хирургик операциялар ўтказишда фойдаланилади. Унинг негизини дарвоза венаси, хусусий жигар артерияси ва ўт йўлларининг тармоқланиши принципи ташкил қилинади, улар қон таъминотини ва жигарнинг бир-бирига нисбатан узоқлашган соҳаларидан қон оқиб келишини таъминлаб туради. Чунончи, дарвоза венаси ўнг ва чап тармоқларга бўлиниб, тегишли жигарнинг ўнг ва чап бўлагини озиқлантиради. Бўлақлар ўртасидаги чегара қия чизиқ бўйлаб пастки ковак венасидан ўт қопчаси ўрнигача ва кейин жигар дарвозасигача боради. Дарвоза венасининг ҳар икки тармоғи, ўз навбатида, яна иккита тармоққа бўлиниб секторлар номини олган соҳаларни қон билан таъминлайди.

Ўнг бўлақда - олдинги ва орқа, чап бўлақда - медиал ва латерал секторлар фарқланади. Секторлар сегментларга бўлинади, улар рақамлар билан белгиланади. Чап бўлақни I—IV сегментлар ҳосил қилади. Бунда I сегмент жигарнинг думсимон бўлагига мос келади, II ва III сегментлар чап латерал секторда, IV сегмент эса чап медиал секторда жойлашган. Жигарнинг ўнг бўлағи таркибига V—VIII сегментлар киради. Ўнг олдинги сектор V ва VIII га, ўнг орқа эса VI ва VII сегментларга бўлинади.

Жигарнинг гистологик тузилиши асосини шакли призмасимон ва ўлчамлари 1 мм дан 2,5 мм гача бўлган бўлақчалар ташкил қилади. Ҳар бўлақча ўртасида марказий вена жойлашган бўлиб, ундан радиуслар бўйича периферияга томон тўсинлар жойлашиб, улар ўт капиллярларини, қўшилгандан кейин эса — ўт йўлларини ҳосил қиладиган икки қатор жигар хужайраларидан иборат. Жигар артериясини ва дарвоза венасининг охирги тармоқларини капиллярлар ҳосил қилади, улар жигар хужайраларининг ўраб туради. Оддий капиллярлардан фарқли равишда, бўлақчалар ичидаги капиллярлар эндотелийсидан ташқари, юқори фагоцитар фаолиятга эга бўлган Купфер хужайраларини сақлайди. Эндотелиал хужайра-

лар муайян ўлчамдаги макромолекулаларни гепатоцитлар билан эндотелиал ҳужайралар ўртасида жойлашган Диссе бўшлиғигача ўтказиб, қонни филтрлаш хусусиятига эга бўлган фенестерлар билан таъминланади.

Субэндотелиал бўшлиқда юлдузсимон ҳужайралар (Ито ҳужайралари) топилади, улар актин ва миозин борлиги туфайли муайян моддалар, масалан эндотелин-1 таъсири остида қисқариш қобилиятига эга бўлиб, шу тариқа қон оқимини синусоидлар даражасида амалга ошириб туради. Қон капиллярлар орқали ўтиб марказий венага тушади, улар бирлашиб, сўнгра жигар веналарини ҳосил қилади. Жигар веналари 3—5 та миқдорда пастки ковак венасига қуйилади.

Жигар ичи ўт йўллари дарвоза венаси ва жигар артериясини тармоқларининг йўли бўйлаб жойлашган. Ўнг ва чап бўлакчали жигар йўллари бирга қўшилиб, умумий жигар ўт йўли (гепатикохоledох)ни ҳосил қилади. Унга қопча йўли қуйилгандан кейин, бу йўл — умумий ўт йўли (хоledох) деб аталади ва меъда ости беzi йўли билан бирга 12 бармоқли ичакка қуйилади.

Лимфа Диссе бўшлиқларида ҳосил бўлади. Жигарда веноз оқим бузилганда ва синусоидал босим орта борганда лимфа ишланиши кескин кўпаяди, бу асцит ҳосил бўлишининг энг муҳим омилларидан бири ҳисобланади. Жигарнинг лимфатик томирлари лимфанинг жигар дарвозаси лимфатик тугунларига ва кейин жигар - 12 бармоқли ичак бойлами бўйлаб оқишини таъминлаб туради. Лимфа жигарнинг юза бўлимларидан йўллар бўйича оқиб келади, улар диафрагмадан оқиб ўтиб, ички кўкрак артерияси йўли бўйлаб кўкс оралиғи тугунларига ва кўкрак лимфатик йўлига лимфа оқишини таъминлайди. Лимфатик йўллар ва тугунларнинг бир қисми, пастки ковак венасининг кўкрак бўлими йўли бўйлаб тарқалади.

Жигар синуслари қорин чигалида жойлашадиган VII—X симпатик ганглиларининг нерв толаларидан иннервация қилинади. Парасимпатик иннервация ўнг ва чап адашган нервларининг толаларидан амалга оширилади. Иннервацияда шунингдек ўнг диафрагмал нерв қатнашади. Нерв толалари жигарга артерияси ва ўт йўллари йўли бўйлаб киради ва жигар паренхимасигача етиб боради.

Жигар турли-туман фаолиятларни бажаради: оқсил синтези, углевод, ёғ алмашинувида қатнашади, улар бир-бири билан чамбарчас боғланган. Жигарда қон плазмасининг асосий оқсиллари (альбуминлар, глобулинлар, фибриноген), оддий углеводлардан гликоген полисахариди синтези содир бўлади ва унинг глюкоза ҳосил қилиб парчаланиши, ёғ утилизацияси, ёғ кислоталарининг парчаланиши ва оксидланиб парчаланиши, шунингдек фосфолипидлар синтези рўй беради. Жигар ҳужайраларида аммиакдан мо-

чевина ҳосил бўлиши кечади, қон ивиш омиллари синтези, билирубин алмашинуви таъминланади. Жигар эндоген ва экзоген токсик моддаларни утилизация қилишнинг энг муҳим аъзоларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Жигар етишмовчилигининг муҳим кўринишларидан бири - сарқлик ҳисобланади, унинг асосини жигар пигмент алмашинув фаолиятининг бузилиши ташкил қилади. Билирубин гем метобализмининг охириги маҳсулоти ҳисобланиб, у гемоглобин, миоглобин, цитохромлар, масалан, P450 цитохроми молекулаларининг таркибий қисми ҳисобланади. Бир кеча-кундузда ретикулоэндотелиал системада тахминан 300 мг билирубин ҳосил бўлади. Бунда унинг қарийиб 80% эритроцитлар гемоглобинидан синтез қилинади, қолган миқдори эса талоқ, суяк илиги, гем сақлайдиган оқсилларнинг етилмаган ҳужайраларидан синтез қилинади.

Гемоглобиннинг утилланиши жараёнида унинг оқсил қисми (глобин) ажралиб чиқади, гемосидирин таркибидаги темирдан синтез учун фойдаланилади, гематоидин эса (молекуланинг гем сақловчи бўлаги) кейинчалик парчаланишга учрайди. Микросомал фермент гемоксигеназа таъсири остида порфиринли ҳалқа чизиқли терапиррол (биливердин)га айланади, у ўз навбатида биливердин синтетезадан билирубинга айланади, ҳосил бўлган билирубин тузилишига кўра қутбланмаган бирикма, яъни ёғда эрувчан модда ҳисобланади. У қон альбумини билан узвий боғланган. Жигар синусоидларида билирубин альбуминдан ажралиб чиқади. Жигар ҳужайрасида билирубиннинг глюкурон кислотаси билан конъюгация реакцияси рўй бериб, натижада билирубин моно ва диглюкуронид (боғланган билирубин)га айланади. У сувда эрувчан бўлиб қолади ва ўт орқали ажралади. Конъюгацияланмаган билирубин сульфодиазореаткив билан молекулалараро водород боғлар тўғридан-тўғри (спирт билан Ванденберг реакцияси) ҳосил қилмайди, шунинг учун конъюгацияланган (бевосита билирубин) дан фарқли равишда билвосита билирубин деб аталади. Альбумин билан боғланган ва сувда эримайдиган билвосита билирубин буйрак каналчаларида филтрланмайди ва сийдик билан ажралиб чиқмайди.

Ингичка ичкада, ўт йўлларида (айниқса бактериал холангитда) билирубин уробилиногенга айланади, у қонга осон сўрилади. Бироқ амалда тўла-тўқис ушлаб қолинади. Жигар фаолияти бузилганда уробилиногеннинг жигардан экскрецияси ортади, кейинроқ йўғон ичак микрофлораси таъсири остида боғланган билирубиндан стеркобилиноген ҳосил бўлади, у стеркобилинга айлиниб ахлатга ўзига хос ранг беради. Нормада стеркобилиногеннинг озроқ қисми жигарни четлаб ўтиб, тўғри ичак веналари бўйлаб, қон оқими системасига тушади ва сийдик билан ажралади.

## **Жигарнинг анатомик нуқсонлари**

Жигарнинг анатомик нуқсонлари жигарнинг жойланиши (*situs viscerus inversus*) ва унинг тузилиш хусусиятлари билан бевосита боғлиқ бўлади. Жигарнинг бир қатор ҳайвонларга хос бўлган бўлак-симон тузилиши, инсонда ҳам атевизм кўринишида учраши мумкин. Камдан-кам ҳолларда қўшимча бўлакчалар тутқич (мезентерий) га эга ва буралиб қолиши мумкин, бу жарроҳлик операциясини ўтказилишини талаб қилади.

Жигар томирларининг туғма патологияси жигар бўлагининг атрофиясига олиб келиши мумкин, фиброз ривожланган сайин жигарнинг ўлчамлари кескин кичраяди. Жигар ўнг бўлагининг агенезияси бирмунча кам учрайди, у жигардан ташқари портал гипертензия ҳолатига олиб келиши мумкин.

Ридель бўлаги борлиги жигардан анатомик тузилишининг бошқача тури ҳисобланади, бунда жигарнинг ўнг бўлаги тил кўринишида ўсиб чиққан бўлиб, пастга ўнг ёнбош соҳаси сатҳигача осилиб тушиб, катта ҳажмли тузилмага ўхшаб кўринади.

Кўпчилик ҳолларда жигар нуқсонлари клиник жиҳатдан юзага чиқмайди, даволашни талаб қилмайди ва бошқа патологияни аниқлаш учун беморни текширилаётганда тасодифий топилма бўлиши мумкин.

## **ЖИГАРНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАРИ**

Жигар жароҳатланишлари одатда йўл-транспорт ҳодисалари оқибатида, баландликлардан йиқилиш, ўткир предмет ёки ўқ отар қурол, турли-туман қаттиқ буюмлар таъсиридан келиб чиқиб, тешиб кирган яраланишларга боғлиқ бўлиши мумкин. Улар ятроген табиатга эга бўлиши мумкин. Жигар жароҳатлари аксарият ҳолларда кўкрак, қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг, шунингдек бош ва склет суяқларининг жароҳатланиши билан бирга ўтади.

Жигар жароҳатларини очик ёки ёпиқ турларга бўладилар. Жигар жароҳатининг табиатига ва даражасига кўра уларнинг клиник белгилари жуда кам ёки шок, ичга қон кетиши, перитонит белгилари кўринишида яққол намоён бўлиши мумкин. Қориннинг олдинги деворида қонталаш соҳаларнинг борлиги, жароҳат каналининг жойлашуви ва йўналиши операцияга қадар жигарнинг жароҳатланганлигига шубҳа уйғотиши мумкин. Ташхис кўйишда лапароскопия, қорин бўшлиғи сууюқлигини диагностика аспирация қилиш, ультратовуш ёрдамида текшириш, компьютер томографияси жиддий ёрдам бериши мумкин. Бунда қорин бўшлиғида қон ёки ўт сууюқлигининг борлиги, жигар ёрилганлиги ёки унинг капсуласи остида сууюқлик йиғилганлигини аниқлаш мумкин. Айрим ҳолларда жигар паренхимасида газ тўпланганлиги аниқланади. КТ да пасайган син-

гиш коэффициенти соҳаси фонидаги газ, гематоманинг йиринглангани ҳақида ахборат беради. Қориннинг ёпик жароҳатида диагнозни аниқлаш учун, баъзан лапаротомия ўтказиш зарурати туғилади.

1-Жадвал.

**Жигар жароҳатланишининг оғирлик даражаси  
(Америка хирурглари ассоциациясининг таснифи бўйича )**

Оғирлик даражаси	Жароҳатланиш табиати
I	Юзаси 10% дан кичик капсула ости гематомаси, ортиб бормайди, паренхима йиртилиши чуқурлиги 1 см дан ошмаган, қонамайди.
II	Юзаси 10—50% капсула ости гематомаси, ортиб бормайди. Йиртилиш майдони 10 см кам ва чуқурлиги 1—3 см, қон оқиши давом этади.
III	50% дан ортиқ капсула ости гематомаси ёки ортиб борадиган, гематома йиртилиб қон оқади, марказий гематома чуқурлиги 2 см дан кўп. Паренхима ичкарига 3 см дан кўп йиртилган.
IV	Марказий гематома йиртилиб қон оқади. Жигарнинг 25—50% паренхимаси емирилган.
V	Жигар паренхимасининг 50% кўпи емирилган. Пастки ковак йирик жигар веналари жароҳатланган.
VI	Жигар узулиб тушган.

Жигар жароҳатларини даволаш кўпчилик ҳолларда хирургик усулда, жароҳатланиш табиати ва оғирлиги билан белгиланади. Жигардаги кичикроқ гематомалар қунт билан кузатиб борилиб, гемодинамика кўрсаткичлари барқарор бўлганда, консерватив усулда даволаш олиб борилади. Қорин бўшлиғида патологик суюқлик бўлганда, шунингдек санчилган, кесилган жароҳат бўлганида ёки ўқ отар қуроллардан жароҳатланишда лапаротомия ва қорин аъзолари тафтиши (ревизия) ўтказилиши зарур бўлади.

Жигар жароҳатларида операциянинг мақсади: қон оқишини тўхтатиш, жигарнинг жароҳатланган тўқимасига ишлов бериш ва қорин бўшлиғини дренажлашдан иборат бўлади. Қон оқишини тўхтатиш учун гепатодуоденал боғламдан ўтадиган жигар артерияси, дарвоза венасини бармоқ билан босиб туриш ёки оқаётган қонни тўхтатишни имконини берадиган қисқичлар ишлатиш йўли билан вақтинча гемостазни таъминлаш ва қулай жойда қон томирларини тикиш ёки боғлаш каби амалиётлар қўлланади. Жароҳатланган жигарга хирургик ишлов бериш, маҳаллий гемостаз учун кичикроқларини коагуляция қилиш, мажақланган ва ҳаётга лаёқатсиз тўқималарни кесиб олиб ташлаш, атипик резекциялар, П-симон чоклар қўйиш ёки клипслар ёрдамида қонни тўхтатишдан иборат. Баъзи ҳолларда, жароҳатланган қисмни катта чарвининг тутами билан



А



В

2-расм. Жигар жароҳатини бартараф этиш амалиётининг босқичлари.

томпанада қилиш ёки махсус гемостатик препаратлар қўллаш йўли билан қонни тўхтатиш талаб этилади (2-расм).

Жигар паренхимасининг йирик қон томирлар ва ўт йўлларини қамраб олган жароҳатланишлари, жигарни бир қисмини резекция қилишни талаб этади ва бу ҳолда жигарнинг секторал ва сегментар тузилишлари ҳисобга олиниши лозим бўлади.

Операциядан кейинги даврда кечиккан қон кетиши, ўт оқмалари, ўт йўллари стриктуралари, дарвоза венаси стенозлари, портал гипертензия ва жигар абсцесслари шаклланиши, коагулопатия ва сепсис каби асоратлар юзага келиши мумкин. Одатда, катта жароҳатларда қон кетишининг асосий сабабларидан бири жигар артериясининг узилиши ёки унда аневризма шаклланиши, унинг эса ёрилиб ўт йўлларига тушиши (гемобилия) пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бу асоратларни аниқлаш учун жигар артерияси селектив ангиографиясини бажариш лозим бўлади.

Ўт оқмалари, магистрал ўт йўлларида ўтказувчанликнинг бузилиши (ёрилиши ёки тўсиқ пайдо бўлиши) оқибатида, ўт қопчаси гипертензиясида юзага келиши мумкин. Бу ҳолларда оқмадан чиқарилган ўт суюқлигини ташқарига фаол равишда аспирация қилиш орқали, қорин бўшлиғига ўт суюқлигининг тарқаб кетишини олдини олиш ва ўт оқмасини шакллантириш мақсадга мувофиқ бўлади.

Ўт чиқарувчи йўллар стриктурасида торайган қисмларни дилатация қилиб кенгайтириш, стентлар ўрнатиш воситасида, эндоскопик ёки жигар орқали эндобилиар операциялар ёрдамида димланиб қолган ўт суюқлигини ташқарига йўллаш орқали вақтинча бемор аҳволини яхшилаш, кейин эса режали амалиёт ўтказиб қониқарли натижага эришиш мумкин. Режали усулда бажариладиган бундай

хирургик операцияларга, айланма йўл орқали ўт оқимини таъминлайдиган билиодигестив анастомозлар кўйишлар киради.

Жигар жароҳатланишларида ўлим даражаси юқори (10—60%) бўлиб, жароҳатга кўшилиб келадиган шокнинг оғирлигига, жароҳатланишнинг ҳажми, табиати ва хусусиятига, операциядан кейинги асоратлар турига ва унинг оғирлигига боғлиқ бўлади. Жигарнинг пастки ковак венаси, дарвоза венаси ва жигар веналари билан биргаликдаги жароҳатланиши, айниқса ўта хавфли ҳисобланади.

### ЖИГАР АБСЦЕССЛАРИ

Жигар абсцесслари, кейинги йилларда таъсир доираси кенг бўлган антибиотикларнинг тиббиётда кенг қўлланилиши оқибатида бир мунча кам учрайдиган касаллик бўлиб қолди. Бугунги кунда бу касалликни кўпайтирувчи омиллар: жадал кимёвий муолажа, қандли диабетнинг асоратланиши, ўзга аъзоларни кўчириб ўтказиш ва ВИЧ-инфекция сабабли иммунитетнинг пасайиб кетиши, бу асорат сонининг янада ўсишига олиб келади. Жигар абсцесслари, юқорига кўтарилувчи билиар инфекция таъсирида, инфекциянинг портал веноз система бўйлаб гематоген тарқалиши ёки сепсисда жигар артерияси орқали тарқалиши, инфекциянинг қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликларида тўғридан-тўғри тарқалиши, шунингдек жигарнинг жароҳатланишлари натижасида пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда жигар абсцесслари, ўт тош касаллигида ёки жигардан ташқаридаги ўт йўллари саратонининг парчаланишида аксарият оғир кечувчи йирингли холангитнинг асорати сифатида ривожланади. Бошқа сабабларидан: деструктив аппендицит, чамбар ичак дивертикулити, носпецифик ярали колит, амёбали дизентериялар асорати бўлган сепсис ёки пилефлебит ҳисобланади.

Жигар абсцесслари ёлғиз ҳолда бўлиши мумкин, бироқ аксарият ҳолларда кўп сонли абсцесслар учрайди. Якка абсцесс кўпинча ўнг бўлақда жойлашади. Абсцессларда бактериологик текширув натижасида бактериялар флорани тахминан 50% ҳолларда топадилар. Сепсисда аксарият ҳолларда тилларанг стафилококк, гемолитик стрептококк аниқланади. Билиар абсцессларида, аксарият ичак таёқчаси ёки аралаш флорани аниқлайдилар. Сўнгги йилларда анаэроб флорага катта аҳамият берилмоқда. Уни бактерияларни махсус муҳитга эккандагина топши мумкин бўлади.

Жигар абсцесси ҳаммиша иккиламчи касаллик ҳисобланиб, касалликнинг асосий клиник белгилари замирида: тана ҳароратининг гектик табиат эга бўлиши, эт жунжикиши, қалтираш, ҳаддан ташқари кўп терлаш, кўнгил айниши пайдо бўлади, иштаҳа пасаяди. Оғриқ эса, бу хасталиқда кечиккан симптом бўлиб ҳисобланади ва аксарият йирик ёлғиз абсцессларда учрайди. Бу ҳолда кўпинча жигар катталашади, пайпасланганда жигарда оғриқ пайдо бўлади ва баъзан тери қопламлари ва кўз оқлиғи (склералар)



нинг сарғайиши кузатилади. Қон таҳлилида — юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, анемияга хос белгилар кузатилади. Қон экмасида тахминан 30% ҳолларда, касаллик қўзғатувчи бактериялар топилади ва аксарият ҳолларда асосий сабабчи — септик ҳолат бўлади.

Қорин бўшлиғи аъзолари рентгеноскопиясида диафрагманинг ўнг гумбазини одатдан ташқари юқорига кўтарилганлиги ва ҳаракатчанлигининг чекланиши аниқланади, плеврал синусда реактив тарзда суюқлик йиғилиши мумкин. Газ ҳосил қиладиган флора абсцессга сабаб бўлса, жигар сояси тасвирида суюқлик сатҳи аниқланиши мумкин, баъзан эса жигар чегараларининг деформацияси аниқланади.

Диагностикасида жигарни ультратовуш ёрдамида текшириш, компьютер ва рентген томографияси ўтказиш, зарурат бўлганда эса ангиография, жигарни радиоизотоп техникий билан сканерлаш диагнозни аниқлашда ёрдам беради. Антибиотиклар билан даволаш микрофлорани сезувчанлигига мувофиқ тарзда олиб борилади. Жигарда антибиотикнинг кўпроқ концентрациясини вужудга келтириш учун жигар артериясига ёки облитерацияланган киндик венасига, у ажратилиб буж ёрдамида тиклангандан сўнг қўйилган катетер орқали муолажа ўтказилади. Якка ҳолдаги катта ёки бир неча йирик абсцессларни операция усулида даволанади, абсцесс очилади ва бўшлиқ дренажланади. Кўп сонли абсцессларда, бўшлиқни рентгеноскопия, компьютер томография ёки ультратовуш текшируви назорати остида тери орқали дренажлаш, даволашнинг кам инвазивли ва самарали усулларидан ҳисобланади. Жигар абсцесси асоратларига сепсис, диафрагма ости абсцесси, абсцесснинг қорин бўшлиғига ёки плевра бўшлиғига ёрилиши, плевра эмпиемаси, йирингли перикардит, перитонитлар кирази.

Прогнози доимо жиддий. Якка йирик абсцессларда ўз вақтида дренажланганда 90% гача беморлар соғайиб кетадилар. Кўп сонли абсцесслар ва дренажланмаган якка абсцессларда даволаш кўпчилик ҳолларда ўлим билан яқунланиши кузатилади.

### **ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ**

Эхинококкознинг икки тури тафовут қилинади. Бир камерали ёки гидатидоз ва кўп камерали ёки альвеоляр тури фарқ қилиниб, уларни эхинококкнинг иккита мустақил турлари қўзғатади. Эхинококкознинг гидатидоз турини тасмасимон гижжа (*Echinococcus granulosus*) ривожланишининг личинка босқичидан иборат. Альвеоляр турининг қўзғатувчиси (*Echinococcus multilocularis*) ҳисобланади. Гижжанинг асосий хўжайини бўлиб - ит ва баъзи йиртқич ҳайвонлар: бўри, тулки ва б., оралиқ хўжайини бўлиб эса одам ва ўтхўр уй ҳайвонлари (қўй, қорамол, туя ва б.) ҳисобланади.

Инсонда эхинококк кистасининг ривожланиши жараёни асосида гижжа тухум (сколекс) ларининг меъда-ичак трактига тушишиши асосий омил бўлиб ҳисобланади. Паразит тухумлари меъда ёки ингичка ичак деворига киради ва вена қон томирлари бўйлаб аввало жигарга, аксарият ҳолларда ўнг бўлагига, ундан ўтган тухумлари эса ўпка ва бошқа аъзоларга етиб боради. Шунинг учун, касалликка энг кўп чалинадиган аъзолар жигар, кейинги ўринда эса ўпкалар туради. Кейинги йиллар тажрибаси шуни кўрсатдики, инсонда бу касалликка чалинмайдиган аъзонинг ўзи йўқ. Жумладан, бу касаллик талоқда, ичакларда, мушакларда ва ҳаттоки бош миёда учраш ҳолатлари ҳам эътироф этилган.

Инсон организмнинг паразитар киста ривожланаётган аъзолари унинг атрофида зич фиброз капсула шаклланиши билан жавоб беради. Эхинококк кистаси ички герминатив ва ташқи хитин пардалардан ташкил топган бўлади. Эхинококкнинг ички пардаси суюқлик чиқаради, унинг таркибида сколекслар ва тушган жойида пакак ёза оладиган қиз (дочерние) кисталари бўлади.

Жигар эхинококки кистаси бирмунча тез ривожланиб, катта ўлчамларга етганда клиник жиҳатдан намоён бўлади. Жигар ва эпигастрий соҳасида симмилловчи зирқираган оғриқлар пайдо бўлади. Сўнгра қорин олд деворининг (айниқса киста йирик ўлчамларда бўлса) бўртиб чиқиши кузатилади. Паразитнинг ривожланиши жараёнида, организмда унга нисбатан антиген-антитело реакцияси ишга тушади ва сенсibiliзация жараёнга сабаб бўлади. Шунинг учун организмда аллергик ҳолат юзага келади ва “эшак еми”га ўхшаш тошмалар тошиши кузатилади.

Эхинококк кистаси ўзининг ривожланиши (ўсиши) жараёнида, айнақса жигарнинг йирик қон томирлари, ўт йўллари ёнида жойлашган бўлса, уларни эзиши натижасида портал гипертензия белгилари ёки механик сариқлик каби асоратларни келтириб чиқаради. Баъзи ҳолларда, беморнинг эътиборсизлиги ёки вақтида диагностика қилинмаганлиги оқибатида кистанинг қорин бўшлиғига ёрилиши кўпинча анафилактик шок, перитонит қорин оғир асоратлар юзага келади. Кейинроқ эса, эхинококк тухум ва кисталарининг ёрилган бўшлиққа (қорин бўшлиғи, плеврал бўшлиқ ва б.) диссеминациясига, яъни тушган аъзоларда ўсиб кўпайишига олиб келади. Бу ҳолат эса, беморларни қайта-қайта жарроҳлик амалиётини бошидан ўтказишга мажбур қилади. Эхинококк кистаси йиринглаганда, беморда интоксикацияга хос бўлган барча белгилар пайдо бўлади.

Беморда жигар эхинококкози касаллиги борлигига шубҳа қилинганда унинг анамнезини йиғишда касбига, уй ҳайвонлари ёки ити борлигига, алоҳида аҳамият берилади. Юқорида келтирилган шикоятларнинг борлигига эътибор берилади. Объектив кўрикда эса, жигарнинг катталигига, чегараларининг ўзгарганига қаралади. Қон-

нинг умумий таҳлилида эозинофилия, киста йиринглаганда эса юқори лейкоцитоз топилади. Серологик реакциялар (РСГ, РИГА, РГА, ИФА) жигарнинг эхинококкозга учрагани ҳақида 90%га яқин ҳолларда тўғри натижа беради. Рентген текшируви ўтказилганда диафрагманинг зарарланган тарафда юқори туриши, гумбазнинг бўртиб чиқиши, баъзан эса киста чегарасида кальцинатлар борлигини аниқлаш мумкин. Ультратовуш ёрдамида текширув ва компьютер томографиясини ўтказиш, энг қулай ва ноинвазив текшириш усулларига киради ва аниқ маълумот берадиган усуллардан ҳисобланади. (3-расм).

Бугунги кунда юқоридаги усулларнинг жарроҳлик амалиётида кенг қўлланилиши, радиоизотоп ва ангиографик усулларни касаллик диагностикасида қўллаш, ўз аҳамиятини йўқотди.

Жигар эхинококки хирургик йўл билан, эхинококкэктомия амалиётини ўтказиш йўли билан даволанади. Кистанинг ўлчамлари унчалик катта



3-расм. Жигар ўнг бўлагининг гигант эхинококк кистаси (КТ).

бўлмай, жигарнинг четида жойлашган бўлса - идеал эхинококкэктомия усули қўлланиб (кистани хитин ва фиброз пардалари билан қўшиб, бутунлигича - бўшлиғини очмасдан) олиб ташланади. Кўпчилик ҳолларда бунинг иложи бўлмасдан, киста ичидаги суюқлик, аввало пункция ва аспирация йўли билан бўшатилиб, сўнгра киста очилиб ичидаги герминатив ва хитин пардалари олиб ташланади. Албатта, бу амалиёт бажарилаётганда диссеминациянинг олдини олувчи барча чора-тадбирлар қўлланилади. Фиброз парданинг ичига глицерин билан ишлов берилади ва тикиб (капитонаж) бўшлиқ йўқотилади. Эхинококк кистасининг жойлашган ўрнига қараб, бўшлиқни йўқотишнинг усули танланади. Қатор ҳолларда бўшлиқни катта чарви билан томпаида қилиб бўшлиқ йўқотилади ёки бўшлиқ очиқ ҳолда қолдирилади (абдоминизация). Агарда амалиёт жараёнида жигарда ўт оқмалари топилса, улар яхшилаб тикилиб, бўшлиққа дренаж найчаси қўйилади. Йиринглаган кистани операциянинг асосий босқичи тугаллангандан сўнг қўшимча равишда дренажланади.

Операциядан кейинги даврда ушбу касалликнинг қайталаниши (рецидив) ини профилактикаси мақсадида паразитга қарши препаратлар (альбендозол, мебендозол ва б.) тавсия этилади.

Альвеококк ўзида рангсиз суюқлик сақлайдиган кўп сонли майда пуфакчалардан иборат бўлиб, ўсмасимон фиброз тугундан ташкил топган бўлади. Альвеоляр эхинококк инфилтратив ўсиш қобилиятига эга бўлиб, ўсма ўсишини эслатади, ҳамда ўт йўллари ва қон томирларга ўсиб киришга қодир. Шу сабабли альвеококкознинг энг кўп учрайдиган асорати йирик ўт чиқарувчи йўлларини эзилишидан келиб чиққан механик сариқлик ҳисобланади. Альвеококкнинг инфилтратив ўсиш хусусияти, магистрал қон томирлар ва ўт йўлларини эзилишига сабаб бўлиб, жарроҳлик амалиётини бажаришда бир мунча қийинчиликлар туғдиради. Баъзи ҳолларда, атипик ёки анатомик жигар резекцияси амалиётларини бажаришга тўғри келади, ўт йўллари эса дренажланади. Альвеококкоз “ўчоғи”га паразитга қарши қўлланилувчи препаратлар (флавакридин) юборилади.

## ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИ

Негизда дарвоза венасида қон босимининг ортиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдромининг ривожланиши, артериал қонни қорин бўшлиғи тоқ аъзоларига оқиб келиши ва дарвоза венаси (*v. portae*) ўзанига оқиб кетиши орасидаги нисбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши қаршилик қилувчи тўсиқ (блок) лар 3 турли бўлиб, буларга жигардан ташқаридаги, жигарнинг ичидаги ва аралаш тўсиқлар киради. Ўз навбатида жигардан ташқари тўсиқлар 2 турли бўлади: жигаргача (жигар ости) ва жигардан ўтгач (жигар усти) блоклар.

Портал гипертензиянинг ривожланиш жараёнида жигардан ташқари тўсиқлар турларига дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (вена бўшлиғи атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараёни — киндик сепсиси, яқин турган аъзолар ўсмаси томонидан эзилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Одатда, портал гипертензиянинг жигар ичи тури кўпроқ (80-90%гача) учраб, жигар циррози билан боғлиқ бўлади. Жигар веналари тромбофлебити (Киари синдроми), жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги пастки ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми) ёки пастки ковак венасининг ривожланиши нуқсонлари оқибатида блокнинг пайдо бўлиши жигар усти блокларга киради. Аралаш блокка — жигар циррози билан касалланган беморларда қўшимча равишда дарвоза венасининг тромбозини ривожланиши киради. Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда, дарвоза венаси ўзанига артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғининг тоқ аъзоларидан дарвоза венаси системасига қоннинг оқиб келиб токи пастки ковак венага қуйилишигача бўлган жойда тўсиқ пайдо бўлиши - портал гипертензияга, бу ҳолат эса ўз навбатида табиий портоковал анастомозларнинг юқори даражада ривожланиб кетишига (варикоз кенгайишига), улар орқали эса қонни кавал вена системасига тушишига олиб келади. Портал системада гипертензиянинг янада кўтарилиши, табиий портокавал анастомозларда босимнинг янада ортишига, уларнинг ёрилиши оқибатида қизилўнгачнинг пастки 1/3 ва меъданинг кардиал қисмидан, геморраидал веналардан, баъзида эса қорин деворининг пастки қисмидаги веналардан катта миқдорда қон кетишига сабаб бўлади.

Шу сабабдан, портал гипертензиянинг асосий белгиларидан: спленомегалия, қизилўнгач пастки 1/3 ва меъданинг кардиал қисми веналари, гемороидал веналар ҳамда қорин деворининг пастки қисмидаги веналарнинг варикоз кенгайиши ва асцит суюқлигининг борлиги алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Беморлар - ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаҳанинг йўқлиги, кўнгил айнаши, қориннинг дам бўлиши, қабзиятдан нолийдилар.

Бемор кўздан кечирилганда: тери қопламалари рангпар, қуруқ, тана мушаклари атрофияга учраш ҳолатида, вазни камайган, қорни катталашган, бақаникига ўхшаш ёнлари асцит ҳисобига бўртиб чиққан, қориннинг пастки ён томонларида кенгайган варикоз венлар (*caput medusae*) кўринади. Жигар хасталигининг белгиларидан: “томир юлдузчалари”, петехиялар ҳамда бемор кафтларда хос ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Талоқнинг катталашуви (спленомегалия) ва гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия ҳолатлари билан юзага чиқади. Жигар фаолиятининг бузилганлиги - қон ивиш омилларининг ишланиши, тромбоцитлар миқдорининг камайишига ҳамда гипокоагуляцияга олиб келади. Бунинг таъсирида милклар қонашга мойил бўлади, бурундан қон оқиши юзага келади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз касаллигининг табиатига (постнекротик, алкогольдан ва б.), жараённинг активлигига, жигардаги функционал бузилишлари даражасига боғлиқ бўлади.

Жигар усти блокининг ўткир турларида (Киари, Бадде—Киари синдромлари) гипертензия ҳисобига эпигастрал соҳада, ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия белгилари ва асцит миқдори тез орта боради. Беморлар кўпинча, авж олиб борадиган жигар ва буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар. Касалликнинг сурункали турида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тури аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинувининг бузилишлари ва оғриқлар кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар фаолияти узоқ вақтгача қониқарли даражада қолиши мумкин, портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан қон кетганда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизилўнғач ва меъданинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши, касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлигидан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор) асцит борлиги, жигар ўлчамларининг кичрайиши, ҳатто атрофиягача қисқариши, жигар етишмовчилигни келтириб чиқаради ва портал гипертензиянинг декомпенсация босқичидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатига баҳо бериш учун халқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-ҳужайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади (I-жадвал).

## Жигар етишмовчилигининг Чайлд-Пью буйича таснифи

Белгилар	Баллари сони		
	1	2	3
Асцит	Йўқ	Транзитор	Барқарор
Энцефалопатия	йўқ	Транзитор	яққол
Билирубин	30 мк моль/л	30—50 мк/моль/л	50 мкмоль/лдан ортиқ
Альбумин	35 г/л дан ортиқ	35—28 г/л	28 г/л дан кам
Протромбин индекси	65—100%	65—55%	55% дан кам

Портал гипертензияни диагностикасининг асбоб-ускуна ёрдамида текшириш усуллари қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчамлари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастроудодено-фиброскопия), беморга контраст модда ( $\text{BaSO}_4$ ) ичириб рентгенологик текшириш, жигарда қон таъминоти бузилишлари табиатини, дарвоза венасидан қон оқими бўйлаб тўсиқнинг сабаби ва даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, каваграфия, спленопортография, тери орқали жигар орқали портография) текширувларини ўтказиш зарур бўлади.

Портал гипертензияни даволаш, блокнинг турига, касаллик босқичига ва компенсация даражасига узвий боғлиқ бўлиб, муолажанинг асосий йўналиши блок сабабларини бартараф этиш, жигар фаолиятини тиклаш ва келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар профилактикасига йўналтирилган.

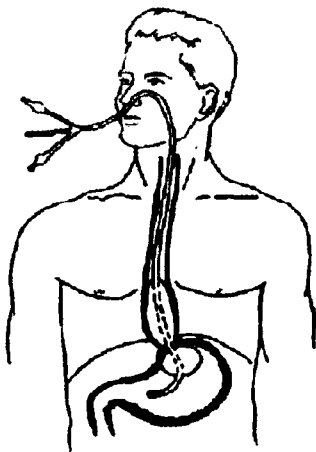
Синдромнинг жигардан ташқари блок турларида, кўпинча беморлар хирургик усулда даволанишлари лозим бўлади. Портосистем-спленоренал, мезентерико-кавал ёки бевосита портокавал анастомозлар қўйиш операциялари кўпроқ қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензияли беморларни даволашда хирургик даволашдан, жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмагандагина фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволига, қўшма касалликлар борлиги ва уларнинг турига, жигарнинг бузилган фаолиятларини тикланиш даражасига, гиперспленизмнинг юзага чиққанлигига, ҳамда компенсация даражасига муолажа узвий боғлиқ бўлади. Бугунги кунда, хирургик йўл билан даволашнинг иккита асосий йўналиши қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомозлар қўйиш ёки қон кетишларнинг олдини олиш мақсадида гастроэзофагеал шунтларни қўйиш.

Беморларда асцит суюқлиги бўлганда, овқатланиш жараёни бузилганда ва неврологик белгилар юзага келганда, операциянинг натижалари қоникарсиз, операциядан кейинги ўлим даражаси юқори бўлади.

Портал гипертензияли беморларни даволашда бугунги кунда қўлланиладиган прогрессив ва кам инвазив усулларидан бири эндоваскуляр усуллардир. Бу усулларга: талоқ артериясини сурункали эмболизация қилиш, қизилўнғач ва меъданинг варикоз кенгайган веналарини ўтқир эмболизацияси киради. Бу усул орқали жигар ичига портосистем шунт қўйиш ҳам мумкин. Бу хилдаги кам жа-роҳатлаш усуллари билан даволаш самарадорлиги анча юқори бўлади.

Портал гипертензиянинг даҳшатли асоратларидан бири — қизилўнғачнинг пастки 1/3 ва меъда кардиал қисмидаги варикоз кенгайган веналардан профуз қон кетиши ҳисобланади. Бунда одатда беморларда эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезилмай, бирданига қизил рангдаги қон ва ивиндилари билан қайт қилиш рўй беради. Бу ҳолатда кўпинча беморларда постгеморрагик шок унинг оқибатида рўй берадиган ҳаётий муҳим аъзолар фаолияти-нинг бузилиши ва етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади, авж олади. Шу ҳолат юз берган беморларнинг тахминан 1/3 қисмини ҳалокатга олиб келади.

Варикоз кенгайган веналардан бу хилдаги қон кетишини даво-лаш консерватив тадбирлар (муолажа) дан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун беморларга бурун ёки оғиз орқали Блэкмор-Сейн-стакен зонди қўйилади ва ишчи ҳолатга келтирилади (1-расм).



1-расм. қон кетганда ўрнатилган Блэкмор-Сейнстакен зонди.

Ушбу зонднинг бошланиш қис-мида юмалоқ (меъда учун) ва ци-линдрсимон (қизилўнғач учун) шак-лдаги иккита пуфакчалари бўлган 3 каналли резина найчадан иборат бўлиб, иккита канали пуфакчалар-ни шишириш учун ишлатилади. Учинчи канали эса, меъда шираси-ни аспирация қилиш ва гемостатик муолажа самарадорлигини назорат қилиш учун хизмат қилади.

Зондни ўрнатишдан олдин пу-факчаларга ҳаво юбориш йўли би-лан шишириб, уларнинг бутунлиги текшириб кўрилади. Аввало зонд бу-рун ёки оғиз орқали меъдага кири-тилади, сўнгра меъдага тегишли пу-факчага ҳаво юбориб шиширилади.

Ундан сўнг зонд ретроград йўналишда яхшилаб тортилиб, меъда-нинг кардиал қисмини маҳкам босиб туриши таъминланади ва қизилўнғач учун мўлжалланган пуфакча шиширилади. Зонд шун-дай ҳолатда маҳкамланади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни зонд пуфакчаларининг маҳ-кам босиши, кетаётган қоннинг тўхташига шароит яратади. Бир



неча соат ўтгач (12-24), қон кетиш тўхтагач пуфакчалардаги босим камайтирилиб, зонддан чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнғачда зондни ишчи ҳолатда ушлаш 2 суткадан ошмаслиги керак. Албатта ушбу тадбир комплекс муолажа остида қилиниши керак.

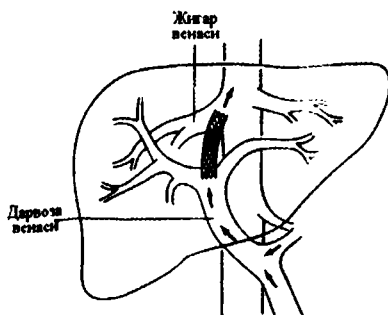
Муолажа замирида шокни бартараф этувчи тадбирлар, гемостатик препаратларни қўллаш, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш ва ҳаётий муҳим аъзолар фаляитини тиклаш ётади. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипессин, октропид) қўлланилади.

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш, лигатура ёрдамида варикоз кенгайган веналарни боғлаш мумкин бўлади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз соҳага махсус игна орқали склерозловчи препаратлар (варикоцид, тромбовар) юборилади. Булар вена интимасини жароҳатлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация бўлишига замин яратади.

Бугунги кунда, узил-кесил гемостазни таъминлашда кам травматик ва самарадор усуллардан бири - эндоваскуляр операциялар ёрдамида қизилўнғачнинг варикоз кенгайган веналарининг эмболизацияси (2 А-расм). Портал системада қон босимини пасайтиришга эса, тери ва жигар орқали шунтлаш ҳисобланади (2 Б-расм).



А



Б

2-расм. Қонаб турган қизилўнғач веналарини эмболизацияси ва тери ва жигар орқали шунтлаш амалиётлари.

Қизилўнғачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хилдаги хирургик операциялар қўлланилади. Буларга Пациора ва Таннер жарроҳлик амалиётлари кириб, бемор аҳволининг оғирлиги сабабли кенгайган қизилўнғач ва меъданинг кардиал қисми варикоз кенгайган веналарини боғлаш билан чекланади.

Портосистем анастомозлар қўйиш, бу тур беморларда алоҳида қилинадиган анча травматик операциялар туркумига кириб, чекланган ҳоллардагина қўлланилади. Бирмунча кенгроқ қўлланиладиган операциялардан бири спленэктомия бўлиб, унинг замирида ҳам спленомегалия ёки гиперспленизмга учраб ниҳоятда катталашиб кетган талоқни олиб ташлаб, портал система гипертензиясини бирмунча камайтириш ётади. Бироқ, бу операцияни ҳам, ахволи оғир беморларда ўтказиш анчагина мураккаб бўлиб, ҳамшиша ҳам яхши натижаларга олиб келавермайди.

Кези келганда шуни айтиш керакки, жигарда цирроз ривожланиши оқибатида юзага келган портал гипертензияда, қизилўнғач веналаридан қон кетиши ўлим даражасини янада кўтарилишига (70% гача) олиб келади ва жигар циррозининг компенсацияланган босқичидан декомпенсация ҳолатига ўтишга олиб келади. Бемор аҳволининг оғирлашиши, асцит ва сарикликнинг янада ортишига, жигар этишмовчилигининг эса янада авж олиб чуқурлашишига ҳамда беморларда такрорий қон кетишлар ёки жигар фаолиятининг камчилигидан ўлимга олиб келади.

Бугунги кунда вена порта системасидаги гипертензия (босим) ни пасайтиришда клиникамизда ишлаб чиқилган ва анчагина тажриба орттирилган эндоваскуляр усулларида бири — талоқ артериясини сурункали эмболизациясининг қилиш, анчайин яхши натижаларга олиб келади ва бемор умрини узайтиради (3-расм).



3-расм. Талоқ артериясини сурункали эмболизациясининг босқичлари.

Бу усул қўлланилганда, беморнинг ниҳоятда кенгайиб кетган талоқ артериясига (жигар артериялари аксарият кичиклашган ва торайган) эндоваскуляр усул ёрдамида Гиан-Турко спирали ўрнатилади ва қоннинг бемалол оқиб ўтиши йўлида тўсиқ пайдо қилинади. Бунинг эвазига, амалиётдан кейинги даврда, қон оқимида айланма ҳаракатларнинг пайдо бўлишига, талоққа келаётган қон миқдорининг камайишига, унинг тўқимаси ишемиясига ва ичида аста-секинлик билан ривожланадиган асептик некроз ҳолатига олиб

келади. Бу эса, ўз навбатида аста-секинлик билан келаётган қон миқдорининг янада камайишига, талоқнинг янада кичрайишига ва уни 1—1,5 ой мобайнида портал системадан батамом узилишига, яъни тўлиқ эмболизация бўлишига олиб келади. Бу жараённинг аста-секинлик билан ривожланиши талоққа бемалол оқиб келаётган қонни тўғридан тўғри жигарга йўналтирилиши оқибатида унинг йўқола бораётган фаолиятининг тикланишига олиб келади. Албатта, бу жараёнларнинг ҳаммаси врач назоратида, касалликда ўтказилаётган комплекс муолажа замирида қилиниши керак.

Прогноз бу касалликда анчайин жиддий.

## ЎТ ПУФАГИ ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

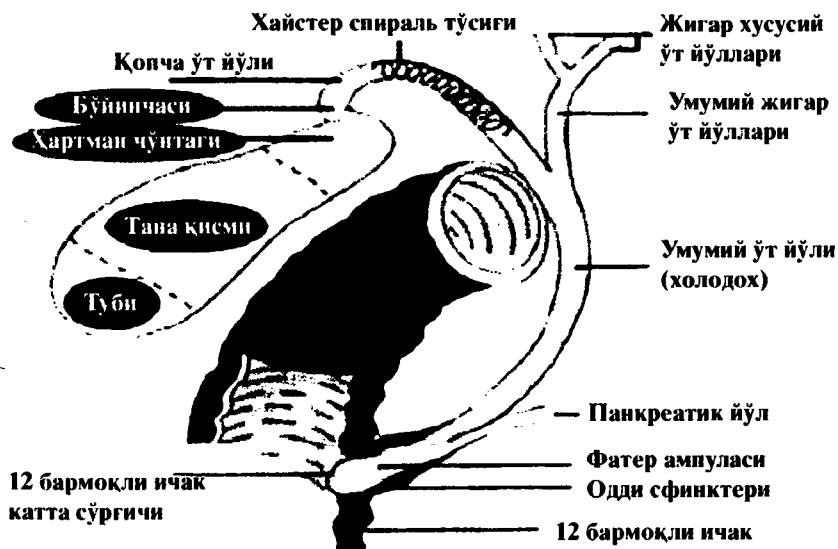
### Анатомик-физиологик маълумотлар

Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чиқиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5—3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарқ қилинади: ўн икки бармоқли ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармоқли ичак юқори-горизонтал тармоғи орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармоқли ичакнинг вертикал тармоғи деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармоқли, ичак шиллик пардаси остидаги қаватда жойлашган катта дуоденал сўргич (Фатер сўргичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сўргич узунасига кетган, доирасимон ва қийшиқ толалардан иборат автоном мушак системага — Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармоқли ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сўргичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сўргич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сўргичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўллarning ўзаро муносабатларига доир турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сигими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандиқли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Хартман чўнтаги ҳосил бўлади (1-расм).

Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўткир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шиллик, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шиллик пардаси кўп сонли бурмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва унинг йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бирмунча дистал бўлимларида силлик мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шиллик парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бурмалар — Рокитанский—Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига — ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги ин-



1-расм. Ўт йўллارининг схематик тасвири.

нервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1—2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5—10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар — холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишни вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқли ичакда ишқорий муҳитга эга бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайтиди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

### Текшириш усуллари

Ўт пуфағи ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжикиши, тери қичиши, сариқликдир. Анам-

незни аниқлашда беморда илгари сариқлик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларидан беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида унинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оқсил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суръат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена орқали холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъи назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин уни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўлларини рентген контраст текширишдан иборат. Ҳозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сўргичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат (2-расм).

Тери орқали, жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сариқликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу усул кейинги йилларда жуда кенг тарқалди.



**Холангиограмма**

2-расм. Ретроград холангиография.

Ўт йўллари манометрик текшириш — холангиоанометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфағини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш — унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал ҳолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига доир морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сариқликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия — катта дуоденал сўрғич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқли ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия — операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

## ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ

Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши калькулез холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан биридир. Ўт пуфаги деворида ўткир яллиғланиш жараёни пайдо бўлишининг асосий сабаблари: пуфак бўшлиғида микрофлора бўлиши ва ўт суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши ҳисобланади. Ўткир холециститнинг клиник турлари: катарал, флегмоноз ва гангреноз (ўт пуфаги тешилган ва тешилмаган).

Тана ҳарорати субфебрил рақамларгача кўтарилади. Минутига 100 мартагача ўртача тахикардия, қорин нафас олиш актида қатнашади, қорин девори ўнг ярмининг нафас олиш актида бир оз орқада қолиши қайд қилинади, қоринни пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекцияси соҳасида кескин оғриқ пайдо бўлади. Қорин девори мушаклари таранглашган ёки бу унчалик юзага чиқмаган, Ортнер — Греков, Мюсси — Георгиевский симптомлари мусбат. Баъзан катталашган, ўрта даражада оғриб турадиган ўт пуфагини пайпаслаб кўрса бўлади. Таҳлилларда лейкоцитоз ўртача: 10000—12000.

Флегмонози холециститнинг клиник симптоматикаси бирмунча ифодаланган бўлади. Оғриқ, касалликнинг катарал формасига қараганда кучлироқ. Оғриқ нафас олишда, йўталишда, гавда вазиятини ўзгартиришда кучаяди. Кўпинча кўнгил айнийди, бемор кўп марта қайт қилади, умумий аҳволи ёмонлашади, гавда ҳарорати субфебрилгача етади, тахикардия минутига 100—120 гача ошади. Ичаклар парези ҳисобига қорин бирмунча кепчиган, ичак шовқинлари сустлашган. Пайпаслаб кўрилганда қориннинг ўнг қовурғалар остида кескин оғриқ пайдо бўлади, инфильтрат ёки катталашган ва оғрийдиган ўт пуфагини аниқлаш мумкин. Ўнг юқори квадратиди Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ортнер — Греков, Мюсси — Георгиевский симптомлари мусбат. Таҳлилларда лейкоцитоз 20000—22000 гача, лейкоцитар формуласи чапга сурилган.

Морфологик текширганда пуфак ўлчами катталашган, унинг девори қалинлашган, тўқ, қизил-кўкимтир рангда, уни қоплаб турган қорин пардаси фибринли парда, бўшлиғида йирингли экссудат бўлади.

Гангреноз холецистит клиник жиҳатдан жадал кечади, одатда флегмоноз босқичдаги яллиғланишнинг давоми ҳисобланади, бунда организмнинг ҳимоя кучлари вирулент микроб флораси билан кураша олмайди. Интоксикация симптомлари билан маҳаллий ёки тарқалган йирингли перитонит биринчи ўринни эгаллайди. Яллиғланишнинг гангренали формаси тўқималарнинг регенератив хусусиятлари пасайиб кетган, организмнинг реактивлиги пасайган ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда кўпроқ кузатилади. Пуфак ёрилганда тарқалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Бемор-



ларнинг аҳволи оғир бўлади, улар бўшашган, кам ҳаракат, тили қуруқ, қорни ичак парези ҳисобига кепчиган, унинг ўнг бўлимлари нафас актида қатнашмайди, ичак перистальтикаси кескин пассив кетган, қорин пардасининг олдинги девори ушлаб қўрилганда таранглашади, қорин пардасининг қўзғалиш симптомлари бор. Лаборатория анализларида: юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга кескин силжигани, ЭЧТ ошиши, қон электролит таркиби ва кислота-ишқор ҳолатининг бузилиши, протеинурия, цилиндрурия бузилиши аниқланади.

Агар ўтдаги микроб флорасининг вирулентлиги кам бўлса ва ўт пуфаги бўйни ёки пуфак йўли окклюзияси сақланиб қолган бўлса, ўт пуфаги истисқоси ўткир холецистит хуружи тугагандан кейин ривожланади.

Ўт пуфагида ўт таркибий қисмларининг сўрилиши содир бўлади, бактериялар ҳалок бўлади, ўт пуфаги ичидаги суюқлик рангсиз, шилимшиқ бўлиб қолади.

Беморларни физикал текширганда ўт пуфагининг катталашган, чўзилиб кетган, оғримайдиган тубини пайпаслаб кўриш мумкин. Ўт пуфаги эмпиемаси ривожланиши мумкин.

### ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Ўт-тош касаллиги кўпинча 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш атиги 30—40% ни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари — билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жиҳатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият парҳез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида, пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айланиши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Кўздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қола-

ди, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализиди лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

**Сурункали калькулёз холецистит.** Жигар санчиғи хуружи тўхтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом хис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлиқ ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи хроник холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз — ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2—3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз узоқ вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Ҳатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамма вақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқли, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва айниқса катта дуоденал сўрғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ — пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариқлик билан юзага чиқади. Баъзан сариқлик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сўрғичда «вентил» тош бўлганда сариқлик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жиҳатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариқлик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариқлик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Холангит — жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларининг ўткир ва хроник яллиғланишидир. Холедохолитиазда холестаз ва ўт суюқлигига тушган инфекция ҳисобига пайдо бўлади. Ўт йўллари

деворларидаги морфологик ўзгаришлар характери бўйича қатарал ва йирингли холангит фарқ қилинади. Холангитнинг клиник белгилари: гавда ҳароратининг субфебрил рақамларгача тўсатдан кўтарилиши, қаттиқ, эт жунжикиши, ўнг қовурғалар ости: соҳасида оғирлик ва симиллаган оғриқ, кўнгил айниши ва қусишдан иборат. Йирингли холангитда оғриқ кучли бўлади, сариқлик эрта пайдо бўлади.

Йирингли холангит авж олиб жадал кечганда ўт йўллари деворларида, паренхима бағрида ва унинг юзасида майда йиринг тўпланган жойлар ҳосил бўлади, бу жигарда кўп сонли абсцесслар пайдо бўлишига олиб келади. Катта дуоденал сўргич ампуласида тош қисилиб қолганда ўт оқиб кетиши бузилиши билан бирга панкреатик шира оқиб кетишининг бузилиши рўй бериши эҳтимол ва кўпинча ўткир панкреатит ривожланади.

Катта дуоденал сўргич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандиқли стриктуралар дуоденал сўргич шиллиқ пардаси тошлардан, яллиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1—1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2—2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандиқли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бузилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки хроник панкреатит, механик сариқлик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билидегестив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган яқин жойлашган кавак оғанда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билидегестив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишининг иложи бўлавермайди.

### Тошсиз холецистит

Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг шикастловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминиди касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Хроник тошсиз холецистит. Тошсиз хроник холецистит клиникаси хроник калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок

давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бузилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ульטרатовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бўшатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1—2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, ношпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12—24 соат даволаш замида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини ҳимоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш операция ўтказиш талаб этилади.

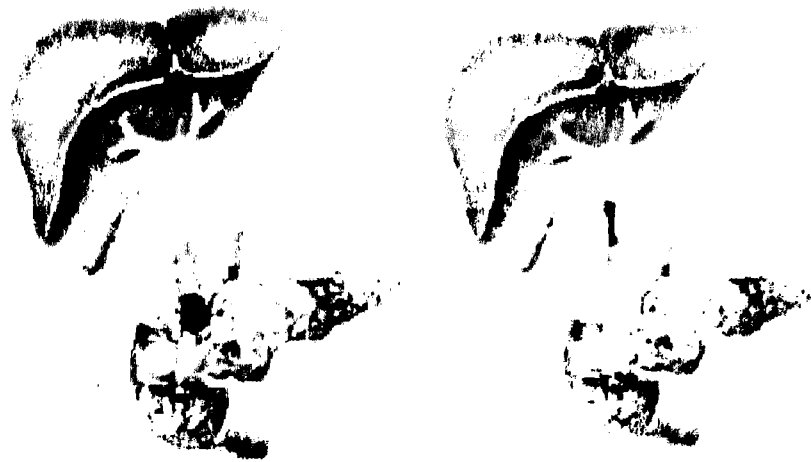
## МЕХАНИК САРИҚЛИК

Тери ва шиллиқ пардалар, склераларининг тўқималарида ортикча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир бўялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички аъзоларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий тури фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик — эритроцитлар парчланиши ва билвосита билирубин ортикча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система ҳужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар шикастга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда рўй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим заҳарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тугилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бузилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият ҳолларда, холедохолитиаз, катта дуоденал сўрғич стриктураси, меъда ости бези бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ бўлади (1-расм).



1-расм. Механик сариқликнинг турлари.

давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бузилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бўшатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1—2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, ношпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратига худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12—24 соат даволаш замида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини ҳимоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш операция ўтказиш талаб этилади.

## МЕХАНИК САРИҚЛИК

Тери ва шиллиқ пардалар, склераларининг тўқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир бўйлишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички аъзоларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий тури фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик — эритроцитлар парчланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система ҳужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар шикастга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда рўй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим заҳарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бузилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият ҳолларда, холедохолитиаз, катта дуоденал сўргич стриктураси, меъда ости бези бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ бўлади (1-расм).



1-расм. Механик сариқликнинг турлари.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўллари бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғига ўхшаш ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит замирида вужудга келади. Панкреатодуоденал соҳа ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал соҳасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат оқчил рангли, ўт йўллари бутунлай ёпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал соҳанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характерига боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория усулларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усуллари катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар ҳолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомчилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва ўлим даражаси кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10—14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш фоят хатарли бўлиб қолади ва юқори ўлим даражаси билан ўтади.

Механик сариқликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг аҳолини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жиҳатлар хирургларни механик сариқлик билан оғирган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий аҳолини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал





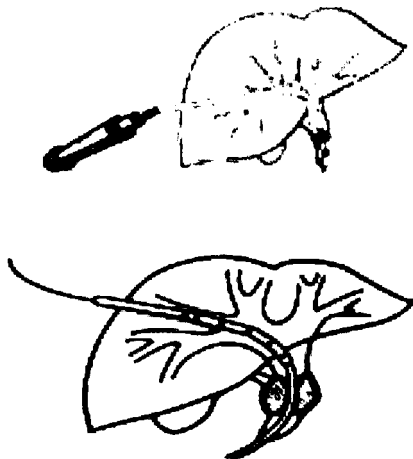
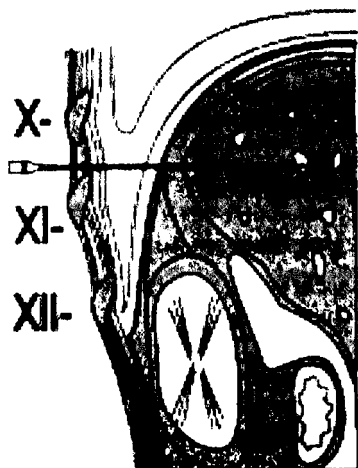
2-расм. Эндоскопик папиллосфинктеротомиягача ва ундан кейин.

папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган усуллар қўлланилади (2-расм). Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариқлик, холангит ҳодисаларини камайтириш ёки тугатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтти экиш, хавфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўлларни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий усули сифатида фойдаланилиши мумкин.

### Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар

Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари билан белгиланади.

Агар механик сариқлик хавфли касалликларга боғлиқ бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали

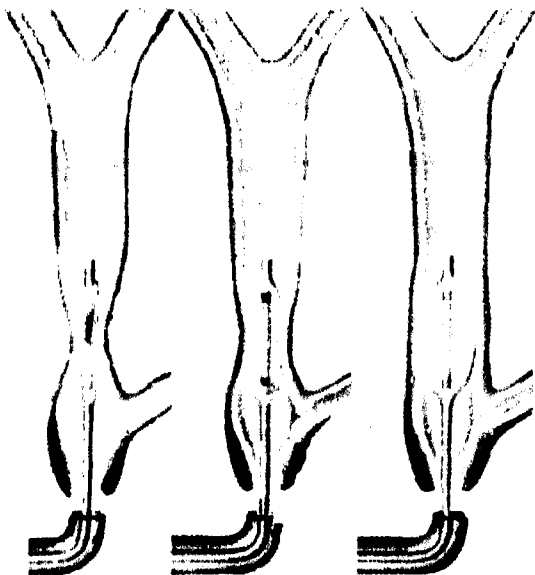


3-расм. Тери орқали жигар орқали холангиография.

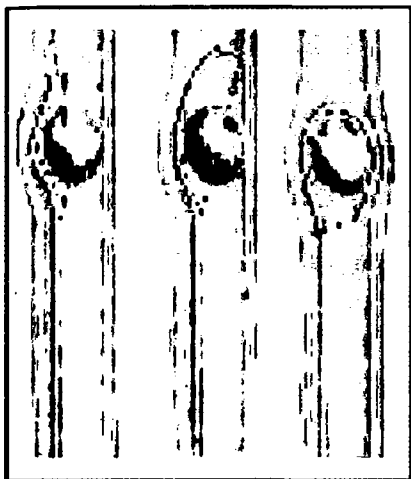
жигар орқали холангиография ва ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади (3-расм).

Механик сариқликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холиемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган ҳолларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак этишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар аҳволининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишқор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий услублари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўлларини катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади.

Ўсма ёки тиқилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стеностик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки 12



4-расм. Баллонли дилатация босқичлари.



5-расм. Сиртмоқ ёрдамида тошни тушириш.

бармоқли ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2—3 ҳафта ўтгач, холангит ҳодисаси бартараф этилганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга ўтказилади. Ҳар куни ўтти бактериологик таҳлили қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш йўли билан. Клиник-биокимёвий кўрсаткичларнинг мусбат динамикаси ва жигар функциясининг тикланиши даволашнинг иккинчи босқичини ўтказишга мезон бўлиб хизмат қилади.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холодох терминал бўлими ва катта дуоденал сўргич стенозларида стенозланган соҳани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади (4-расм).

Холодохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик муолажа замирида тошлар туширилади (5-расм).

Холодохолитиазни даволашнинг янги усули — тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно- ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия усули қўлланилмоқда. Бу усул ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сариқликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади.

Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5—12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

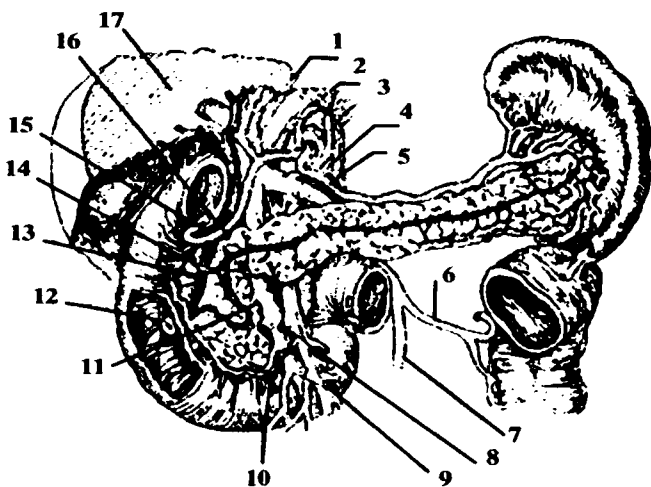
## МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Сўнги йилларда хорижий ва юртимиз олимларидан В. С. Савельев (1983), А. А. Шалимов (1983), М. И. Кузин (1989), Ў.О. Орипов (1984), М.В. Данилов (1985) амалий жарроҳликнинг панкреатология соҳаси ривожига катта ҳисса қўшдилар. Меъда ости бези (*g. pancreas*) ҳазм қилиш йўлининг энг муҳим безларидан бири бўлиб, жуда катта физиологик вазифани бажаради. Ички ва ташқи секрет ишлаб чиқариш функциясини бир вақтнинг ўзида бажарадиган бу аралаш без, нафақат ҳазм қилиш жараёнида, балки метаболизмнинг бошқа кўпгина томонларига ҳам жиддий таъсир кўрсатади.

Унинг анатомик жойлашуви, жигар, меъда, талоқ, артерия ва қопқа вена системасининг йирик артериялари қуёш чигалининг постгангионар тармоқлари билан чамбарчас алоқаси, унда операция ўтказишни бирмунча қийинлаштиради ва жарроҳлардан бу ҳаётини муҳим аъзога ёндошиш йўллари пухта ўрганиш ва операциянинг тежамкор, кам инвазив ва самарадор усуллари излаб топишни талаб этади.

### Анатомик-физиологик маълумотлар

Меъда ости бези қорин пардаси ортидаги бўшлиқда I-II бел умуртқалари сатҳида жойлашган бўлиб, умуртқа поғонасини кўндаланг йўналишда кесиб ўтади, шу туфайли бошчаси ва танасининг бошланishi ўрта чизикдан ўнг томонда, тана ва дум қисмининг кўпроқ қисми эса, чап томонда бўлади. Без ўлчамлари одатда 16,0×4,0×2,5 см бўлиб, унинг вазни тахминан 60—70 г атрофида бўлади (I-расм).



I-расм. Меъда ости бези синтопияси ва таркибий қисмлари:

1 - a.v.hepatica; 2 - a.v.gastrica; 3 - a.celiaca; 4 - aorta; 5 - a.splenic; 6 - v.colica; 7 - v.mesenterica inf.; 8 - a.colica inf.; 9 - a.v.mesenterica sup.; 10 - a.v.pancreatoduodenalis inf.; 11 - ductus.pancreaticus; 12 - papila Vateri; 13 - ductus choledochus; 14 - a.pancreatoduodenalis sup.; 15 - a.gastroepiploica; 16 - a.gastroduodenale; 17 - hepar.

Меъда ости безининг бошчаси тақасимон шаклдаги 12 бармоқли ичакнинг орасига кириб, дум қисми эса талоқ дарвозасигача етиб боради. Меда ости бези унинг олдинги-юқори сатҳи бўйлаб ўтади-ган, катта чарви халтасининг орқа деворидаги (*bursa omentalis*) қон томирлар, нервлар ва париетал қорин пардаси варағи билан қопланган.

Артериал ва веноз қон-томир системаси. Меъда ости бези *truncus coeliacus* тармоқларидан, бошчаси - *a. pancreatoduodenalis* дан, тана ва дум қисми *a. lienalis* дан озиқланади, бу артерия меъда ости безининг юқори чеккаси бўйлаб ўтиб, аксарият ҳолларда унинг паренхимасига киради ва ўз йўлида қатор тармоқлар (*a. a. pancreaticus brevis*) беради. Бир номдаги веналар қопқа вена системасига қон олиб боради.

Иннервацияси. Меда ости бези қуёш чигалининг ҳам симпатик, ҳам парасимпатик толаларидан иннервация қилинади.

Безнинг бутун танаси орқали асосий йўл (*ductus Wirsungi*) ўтиб, у безнинг кўп сонли бўлақчаларидан секрет йиғади ва кўпинча умумий ўт йўлининг дистал қисми билан бирга, 12 бармоқли ичакнинг катта сўрғичи (*papilla Vateri*) га қуйилади. Асосий йўлдан ташқари, 75-80% ҳолларда қўшимча Санторини йўли (*ductus Santorini*) учрайди. Бу йўл баъзан асосий йўл билан қўшилади, баъзан эса без бошчасидан кесиб ўтиб 12 бармоқли ичакка мустақил, қўшимча сўрғич ҳолида очилади. Вирсунг йўлининг умумий ўт йўли билан қўшилишининг бир неча турлари бор: алоҳида ҳолда очилиш ёки тўлиқ бўлмаган Фатер сўрғичидан марказроқ жойда, иккита йўлнинг қўшилиши турида очилиш шулар қаторига киради. Кўрсатиб ўтилган анатомик хусусиятлар, меъда ости бези йўлига ўт суюқлиги рефлюкси ёки ўт йўлларига панкреатик шира тушиши мумкинлигини кўрсатади.

Меъда ости бези тўқимаси ташқи ва ички соҳалари бўлган эпителиал хужайралардан ташкил топган. Кейингиси секрет ишлаб чиқарадиган ва ҳазм қилиш жараёнида иштирок этадиган гранулалардан иборат. Безсимон тўқима орасида ички секретор фаолиятни бажарадиган, капсулага ўралган Лангерганс оролчалари жойлашади. Оролчалар кўп сонли қон томирлар ва қуёш чигали системасидаги симпатик нерв тармоқлари билан ўралган. Лангерганс оролчаларининг сони 2000000 гача етади (1 г безга 5000—25000 гача).

Меъда ости безининг ташқи секрецияси фаолиятида, 24 соат мобайнида 1200—2200 мл панкреатик шира ишлаб чиқарилади, у ишқорий реакция ( $\text{pH}$  8,5—8,8) га эга бўлиб, унинг солиштирма оғирлиги 1015 га тенг келади. Меъда ости безида қуйидаги ферментлар ишлаб чиқарилади: оксилларни парчалайдиган протеазалар (трипсिनоген, пептидаза, коллагеназа, рибодезоксирибонуклеаза) ва 2 турдаги (альфа, бетта) актив амилаза. Улар углеводлар ва липазани парчалайди, ёғларни ёғ кислоталари ва глицерингача парчалайди. Липаза таъсирини ўт суюқлиги кучайтиради.

Одатда трипсиноген без йўлларида активмас ҳолда бўлади, бироқ 12 бармоқли ичакка тушгач энтерокиназа таъсири остида активланади, яъни трипсиноген трипсинга айланади. Трипсин, оқсил меъда шираси таъсирига учрагандан кейин (хлорид кислота ва пепсин), оқсилларни полипептидлар ва аминокислоталарга парчалайди.

Секреция нейрогуморал йўл билан: парасимпатик нервлар, овқат луқмаси билан учрашгач эса, 12 бармоқли ичак шиллиқ қаватидан ажралиб чиқадиган секретин гормони орқали идора қилинади.

Меъда ости безининг ички секретор фаолиятиси Лангерганс оролчалари ишлаб чиқарадиган гормонлар ҳисобига рўёбга чиқади. Бунда гипогликемик гормон — инсулин ишлаб чиқарадиган В-хужайралар катта аҳамиятга эга бўлади (инсулин етишмаслиги қандли диабет ривожланишига олиб келади). Бундан ташқари, меъда ости беzi яна 2 турдаги гормон ишлаб чиқаради: жигарда ёғ алмашинувига таъсир қиладиган — липокаин ва 12 бармоқли ичакда активландиган, гипотоник таъсири бўлган — калликреин (падутин).

### ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ (PANCREATITIS ACUTA)

Ўткир панкреатит — меъда ости беzi тўқималарининг ўз ферментлари таъсири остида аутолизи оқибатида юзага келадиган ўткир дегенератив-яллиғланиш жараёнидир. Бу касаллик жарроҳлик касалликлари орасида  $\approx 6,5\%$  ни ташкил этиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан сўнг, учинчи ўринни эгаллайди. Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва ўлим даражасининг юқорилиги жиҳатидан 8—10% ни, оғир турларида эса 50% ни ташкил этиб, жарроҳлар диққат-эътиборини ўзига тортиб келади. Ўткир панкреатит асосан 30—60 ёшларда кўпроқ кузатилади. Аёллар орасида ушбу касаллик, эркакларга нисбатан 3—3,5 марта кўпроқ учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир панкреатитнинг ривожланиш сабаблари турли-туман бўлиб, полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Бу касалликнинг этиологик омиллари кўплигига қарамай, уларнинг барчаси замирида безнинг бир структурали бирлигининг бузилиши, ферментларнинг активлашиши ҳисобига ациноз хужайралар аутолизи (емирилиши) га бориб тақалади.

Безда ферментларнинг активлашишига олиб келувчи сабаблар бўлиб куйидагилар ҳисобланади:

- а) ациноз хужайраларнинг шикастланиши;
- б) панкреатик шира гиперсекрецияси;
- в) панкреатик ширани 12 бармоқли ичакка тушишининг қийинлашиши ва унинг йўлларида ўткир гипертензия ҳолатининг ривожланиши.

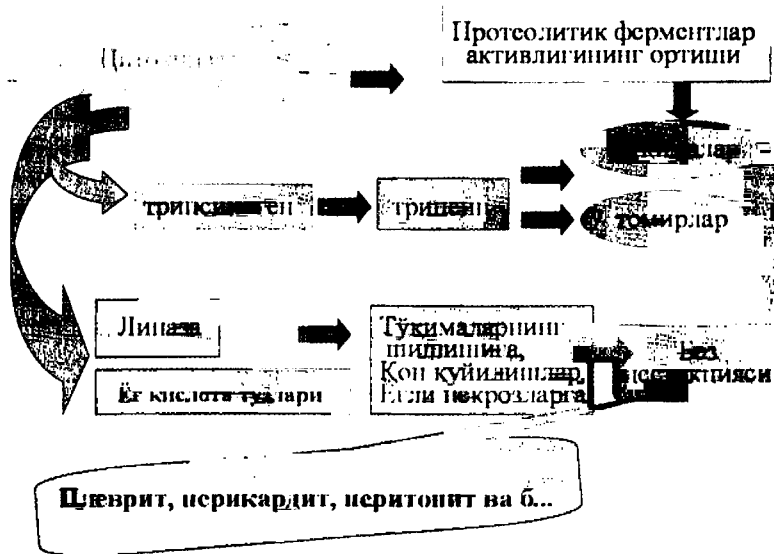
Ациноз ҳужайраларнинг шикастланишига қуйидаги сабаблар олиб келиши мумкин:

1. қорин бўшлиғи аъзолари ва хусусан меъда ости бези жароҳатлари;
2. Меъда ости безида ўтказилган жарроҳлик амалиётлари;
3. Меъда ости бези тўқимасида қон айланишининг бузилиши (тромбоз, эмболия, қон томирлар боғланиши ва б.);
4. Экзоген интоксикация;
5. Аллергик реакция;
6. Алиментар бузилишлар;

Меъда ости бези гиперсекрециясига спиртли ичимликлар (алкоголь) ни меъёрсиз ичиш ва меъёрдан ортиқ ёғлик овқатлар истеъмол қилиш киради.

Меъда ости бези ширасининг ўз йўли бўйича оқишини қийинлашишига сабаб бўлувчи омилларга меъда ости бези йўлининг чиқиш қисмида жойлашган патологик жараёнлар: Одди сфинктерига ўт тошининг текилиб қолиши, катта дуоденал сўргич стриктураси ёки стенози, 12 бармоқли ичак шиллиқ қаватининг шу соҳада шишиши киради.

**Патогенези.** Ўткир панкреатит ривожланишида меъда ости без ишланишининг нейроген ёки гуморал рағбатлантирилиш асосий омил ҳисобланади (кўп овқат ейиш, спиртли ичимликлар ичиш, секретин билан диагностик рағбатлантириш).



Ўткир панкреатитли беморларнинг тахминан 2/3 қисми холели-тиаз билан боғлиқ бўлади. Бироқ патогенетик механизми унчалик аниқ эмас, ўт пуфаги ва меъда ости беши лимфатик коллекторлар билан алоқаси муҳим роль ўйнаса керак.

Нормада меъда ости беши ферментлари, аввало протеазаларнинг активланиши, одатда 12 бармоқли ичак бўшлиғида содир бўлади. Ўткир аутолитик панкреатитда эса бу ферментларнинг активлашиши безнинг ўзида намоён бўлади. Бироқ, ўткир панкреатитда без тўқимасининг ўз-ўзини ҳазм қилиши учун ферментларнинг қайси бири кўпроқ зарурлиги, ҳанузгача тўлиқ аниқланмаган. Трипсин проэнзимлар, химотрипсин, эластаза, коллагеназа ва фосфолипаза меъда ости безининг кўп қисми активатори ҳисобланади. Фосфолипаза, фосфолипидлар ва ҳужайра мембраналаридан кучли цитотоксик таъсирга эга бўлган лизолецитин ва лизокефалинни озод қилади. Актив протеазалар кининогенларга таъсир қилиб полипептидлар ва кининлар ажратади. Кининлар оғриққа ва кучли вазодилатацияга сабаб бўлиб, бу оғир гиповолемик карахтликка олиб келади.

Актив липазалар ҳужайра ёғларини глицерин ва ёғ кислоталарга парчалаб, тўқималарда оғир дистрофик ўзгаришлар авж олишига олиб келади, без тўқимасининг ўзида безни ўраб турган клетчаткада, ингичка ва йўғон ичак тутқичида, катта ва кичик чарвида ва бошқа аъзоларда ёғли некрозлар (стеатонекрозлар) ҳосил бўлишига имкон беради. Трипсин ва кининлар шунингдек капиллярлар ўтказувчанлигини кескин оширади, стаз, капиллярлар бўйлаб перфузияни тўхтатадиган «микроциркулятор блок», ишемия, гипоксия, ацидоз, гемокоагуляция бузилишини келтириб чиқаради.

Маҳаллий жараён бутун аъзоларга тез таъсир кўрсатади. Лимфа ва қонга кўп миқдорда токсоген полипептидлар, липидлар ва фермент аутолизисининг бошқа маҳсулотлари, панкреатик ферментлар, биоген аминлар тушиб, токсемия ривожланишига олиб келади, бу қоннинг плазма ва тромбин системаларидаги ўзгаришлар, марказий ва периферик гемодинамиканинг бузилиши, паренхиматоз аъзолардаги функционал етишмовчилик ва токсик асоратлар билан бирга кечади.

Бинобарин, ўткир панкреатит патогенезида ўзаро боғланган патобио-кимёвий ва морфофункционал 4 та жараён: 1) липолиз, 2) протеолиз, 3) қон ва лимфадаги микроциркуляция бузилишлари ифодаланган демаркацион ялиғланиш, 4) панкреатоген токсемия асосий аҳамиятга эга.

**Патологик анатомияси.** Морфологик ўзгаришларнинг турли-туман бўлишига қарамай, панкреатитнинг учта формаси фарқ қилинади: меъда ости безининг ўткир шишиши, ўткир геморрагик панкреатит, ўткир йирингли панкреатит.

Меъда ости безининг ўткир шишишини баъзан катарал панкреатит деб аталади. Макроскопик текширилганда без ҳажми катта-



лашган, шишган бўлади. Шиш қорин пардаси орқасидаги клетчаткага ва кўндаланг чамбар ичак тутқичига тарқалиши мумкин. Қорин бўшлиғида ва чарви халтасида, аксарият ҳолларда, сероз-геморрагик суюқлик бўлади. Гистологик текширганда оралиқ, тўқима шиши, унчалик катта бўлмаган қон қуйилиш соҳалари ва без тўқимасида ўртача ифодаланган дегенератив ўзгаришлар топилади.

**Ўткир геморрагик панкреатит.** Бунда меъда ости безининг макроскопик кўриниши: ҳажми катталашган, қирмизи-қора рангли, илвиллаган, осонликча парчаланадиган бўлади. Парапанкреатик ва қорин пардаси орқасидаги бўшлиқларнинг геморрагик имбибицияси амалда доимий кузатилади. Гистологик текширганда - кўп сонли дистрофия, некробиоз ва некроз ўчоқлари замирида, безнинг ўзгармаган паренхимаси соҳалари аниқланади. Геморрагик панкреатит учун — геморрагик экссудатнинг клетчатка бўйлаб кўп тарқалганлиги ва қорин пардаси орқасидаги клетчаткада асцитик ферментатив флегмонанинг пайдо бўлиши хос бўлади.

Ўткир йирингли панкреатит бактериал флора кўшилганда ривожланади. Без тўқимасининг йирингли парчаланиш ўчоқлари кўришиб туради. Микроскопик текширишда флегмонали яллиғланиш ёки катталиги ҳар хил кўп сонли абсцесслар характеридаги йирингли инфильтрация топилади, қорин бўшлиғида йирингли-геморрагик ёки сероз-йирингли экссудат бўлади.

**Ўткир панкреатит таснифи.** Ўткир панкреатит қуйидаги турлари фарқ қилинади:

- 1) меъда ости безининг ўткир шишиши;
- 2) меъда ости безининг геморрагик некрози;
- 3) йирингли панкреатит.

Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли ҳисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда, аксарият унда патологик турларининг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шишиши бирмунча кўпроқ кузатилади (беморларнинг 77—78 фоизиди). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10—12 фоизиди қайд қилинади.

Ҳозирги кунда ўткир панкреатитни энг қулай тасниф В.И. Филлин томонидан таклиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади (2-расм).

Ферментатив давр касалликнинг биринчи 5 кунига тўғри келади. Реактив давр (касалликнинг 6—14 кунлар) фақат деструктив панкреатит ривожланган беморларда кузатилади. Касалликнинг 3 ҳафтасидан секвестрация даври бошланади. 20—24 кундан сўнг беморларда касалликнинг якунланиш даври бошланади.

Меъда ости безидаги ўчоқлар ўлчамларига нисбатан Толстой А.Д. (1999) ўткир панкреатитни 5 турга бўлади: ўткир шишли панкреатит (ацинар ҳужайралар некрози); кичик ўчоқли панкреонек-



2-расм. Ўткир панкреатитни В.И. Филин (1994 й.) бўйича таснифи.

роз (ўчоқлар ўлчамлари 5 мм гача); ўрта ўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 5 мм дан 10 мм гача); катта ўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 10 мм дан кўп); тотал-субтотал панкреонекроз (ошқозон ости бези тотал-субтотал шикастланиши).

**Клиникаси.** Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва чап қовурғалар остида оғирлик сезгиси ва бироз оғриқ, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланидиган қисқа продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Оғриқ ўткир панкреатитнинг асосий ва доимий симптом ҳисобланади. Оғриқ тўсатдан пайдо бўлади. Ўз характерига кўра оғриқ жуда кучли, симиллаган, доимий, камроқ вақт мобайнида тутади. Оғриқ шу қадар кучли бўладики, беморлар баъзан ҳушдан кетали. Оғриқ ўнг ва чап қовурғалар остида жойлашув мумкин, кўпинча эса белбоғсимон бўлиши кузатилади ва елкалар устига, тўш суяги орқасига ўтади, буни янглишиб баъзан миокард инфаркти деб ҳисоблайдилар. 85% ҳолларда бемор қайт қилади (оғир ҳолларда қусуқ таркибига қон аралашган бўлади). Бемор қорни тобора шишиб боради, ич келмаслиги ҳамда ел чиқмаслиги (қабзият) кузатилади.

Бемор танасининг вазияти - кўпинча мажбурий ҳолатда, беморларнинг кўпчилиги ярим эгилган ҳолатда бўладилар. Хасталикнинг бошланишида, беморнинг тана ҳарорати нормал ёки субнормал бўлади. Тананинг юқори ҳарорати ва иситма ривожланиб бораётган ялғизланиш асоратлари учун хос.

Тери ва шиллиқ пардаларнинг рангги оқарган, цианотик тусда бўлиб, оғир интоксикация жараёнидан далолат беради. Аксарият ҳолларда сариқлик кузатилиб, ўтнинг нормал оқишининг бузилиши ва жигардаги оғир токсик ҳолатдан далолат беради.

Беморнинг тили куруқ, кулранг қараш билан қопланган. Қорин бир текис кўтарилган, мушак ҳимояси кучсиз, қориннинг ён бўлимларида ва киндикда цианоз - Грей—Турнер симптоми ва Куллен симптоми қайд қилинади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал соҳада ва чап қовурғалар остида оғриқ бўлиши объектив симптом ҳисобланади, у кўпинча олдинги қорин девори мушакларининг таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптоми (эпигастрал соҳада қорин аортаси пульсациясининг йўқолиши беморларнинг учдан бир қисмида, Мейо-Робсон симптоми (чап қовурға-умуртқа бурчагида оғриқ) эса, уларнинг ярмидан кўпроғида аниқланади. Щеткин-Блумберг симптоми кўпинча кучсиз мусбат, ичак перистальтикаси шовқинларининг сусайиши кузатилади. Перкуссияда қорин бўшлиғида озод суяқлик аниқланиши эҳтимоли бор.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тез орада тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг оғир формалари учун тез пульснинг ипсимон хусусиятга эга бўлиши хос бўлади. Артериал қон босимини кўпчилик беморларда пасайгани кузатилади.

Паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади, уларнинг функционал ҳолати бузилади. Бу ўзгаришларни асосан гиперэнзимемия, микроциркулятор бузилишлар ва интоксикация ташкил этади. Буйрак фаолиятида айниқса қаттиқ бузилишлар кузатилади. Беморларнинг 10—20% да диурезнинг олигуриядан ануриягача ўзгариши, ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши билан намоён бўлади.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатитда протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансaminaза) характерли ҳисобланади. Қонда ва сийдикда диастазининг миқдори ҳамиша ҳам ошавермайди. Амилаза миқдорининг бирданига ошиши (512—1024 ТБ дан ортиқ) ўткир панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилаолмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда қонда ва сийдикда диастаза миқдори сезиларли ўзгармайди, баъзан пасаяди. Трипсиннинг миқдори анча ошиши ҳам ўткир панкреатит учун патогномоник белгидир. Чунки, бу касалликда трипсин ва унинг ингибиторлари миқдори жуда эрта ошади, липаза концентрациясининг ошиши бирмунча кеч муддатларда (касаллик бошланишининг 3—4-суткаларида) содир бўлади.

Гипергликемия ва глюкозурия патологик жараёнга безнинг оролсимон аппаратининг тортилиши тўғрисида далолат беради. Гипокальциемия ўткир панкреатитнинг деструктив формалари учун па-

тогномоник ҳолат бўлади. У одатда касалликнинг 4 ва 10-кунлари орасида, яъни ёғ некрозлари энг ривожланган даврда пайдо бўлади. Кальцийнинг 4 мэкв/л дан пасайиб кетиши прогноз жиҳатидан ёмон белги ҳисобланади.

Сийдикда, меъда ости беши ферментлари миқдори ошишидан ташқари, оқсил, эритроцитлар, цилиндрлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда буйракнинг токсик-инфекцион зарарланиши ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келади, бу олигурия ёки анурия, қонда азотли шлаклар йиғилиши юзага чиқади.

Меъда ости беши тўқимаси ферментларини текшириш муайян диагностик аҳамиятга эга. Эластаза ферменти активлиги одатда Келлер ва Мандль бўйича (1971), трансминаза активлиги эса Брегмайер бўйича (1970) аниқланади. Касалликнинг ҳамма формаларида бу ферментларнинг активлик даражаси нисбатан юқори бўлиши аниқланган. Соғлом одамлар қонида эластаза ва трансминаза активлиги аниқланмайди. Ўткир панкреатитли беморларда қонда эластаза активлиги минутига 4,3 дан 5 л мк моль/мин атрофида бўлади. Трансминаза активлиги 2,29 дан 4,29 мк моль/мин гача ўзгариб туради.

Қон зардобиди тўқима ферментларининг пайдо бўлиши меъда ости беши хужайралари деструкциясидан далолат беради ва бир номдаги патобиокимёвий синдром тушунчасини ташкил қилади.

Ўткир панкреатитнинг асосий асоратлари: эрта асоратлари - шок ва ўткир юрак етишмовчилиги, перитонит; бир мунча кечки асоратлари — меъда ости беши абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонаси, диафрагма ости, ичаклараро, чарви халтаси, аррозион қон кетишлар, некрозга учраган тўқима кўчиши, ўткир буйрак етишмовчилиги. Кейинчалик эса, меъда ости бешининг сохта кисталари ва оқмалари, ичак оқмалари, қандли диабет кабилар пайдо бўлиши эҳтимоли бўлади.

**Дифференциал диагностикаси.** Ўткир панкреатитни биринчи навбатда меъда ва 12 бармоқли ичакнинг тешилган яраси билан дифференциал диагностика қилиш керак. Тешилган яра учун беморнинг навқирон ёши, анамнезида яранинг бўлиши, «ханжар билан ургандек» оғриқ, қусишнинг йўқлиги, «тахтасимон» қорин каби хос белгилар тафовутлашга ёрдам беради. Перкуссия қилганда жигар тўмтоқлигининг йўқолиши ва диафрагма гумбазиди остида рентгенологик текширувда аниқланадиган ўроқсимон озод ҳаво борлиги хос бўлади. Ўткир панкреатит одатда, ўт-тош касаллиги бўлган ва ёғ алмашуви бузилган ёши улғайган одамларда кўпроқ учрайди. Ўткир панкреатит учун оғриқнинг белбоғсимон бўлиши, унинг ўзига хос иррадиацияси, узлуксиз қайт қилиш, «мушак ҳимояси» симптомининг аниқланмаслиги, қориннинг кепчиши, лейкоцитоз, гиперэнзимемия ва диастазуриялар хос бўлади.

Ўткир холецистит ва ўт санчиги хуружлари ўткир панкреатит билан бир қатор умумий симптомларга эга (тўсатдан бошланиши, ўткир оғриқ, оғриқ иррадиацияси, перистальтиканинг сусайиши ва б.) Бироқ, ўткир холецистит учун оғриқнинг ўнг қовурғалар остида жойлашуви, мушак ҳимояси симптоми пайпаслаш вақтида катталашган ва оғрийдиган ўт пуфаги ёки ўнг қовурғалар остида инфильтратнинг аниқланиши, қон ва сийдикда диастаза кўрсаткичлари нормал. Кўпинча ўткир панкреатит ўт-тош касаллиги замирида ривожланади (холецистопанкреатит).

Ўткир панкреатит билан ўткир механик ичак тутилиши орасида дифференциал диагноз қуйидаги белгилар асосида ўтказилади: ўткир панкреатитда оғриқ доимий бўлади ва перистальтиканинг сусайиши ёки бутунлай йўқолиши билан ўтади, оғриқ қориннинг юқори ва ўрта қисмларида бўлади. Аксинча, ичакнинг ўткир тутилиб қолишида оғриқлар қориннинг барча жойида тўлқинсимон бўлади; касалликнинг дастлабки даврида перистальтика кучли. Сийдик ва қонда меъда ости беши ферментлари миқдорининг юқорилиги ўткир панкреатит диагнозини тасдиқлайди.

Ўткир аппендицит ҳам, баъзан ўткир панкреатит каби, аксарият эпигастрал соҳада оғриқдан бошланади. Бироқ аппендицитда эпигастрал соҳада оғриқ қисқа фурсат бўлади, 3—4 соат ўтгач оғриқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади, қорин деворининг таранглашуви ва ривожланаётган маҳаллий перитонитнинг бошқа симптомлари билан бирга учрайди. Сийдик ва қондаги диастазани текшириш бу иккала касаллик ўртасида узил-кесил дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради.

**Диагностикаси.** Ўткир панкреатит диагнозини қўйишда анамнез маълумотлари (кўп овқат ейиш ва спиртли ичимлик ичиш, шикастлар ва бошқалар), қориннинг юқори бўлимида кўпинча оғир айланиб тутадиган кучли оғриқ, унинг тахикардия ва артериал босимнинг пасайиши билан ўтиши асос бўлиб хизмат қилади. Перитонит ривожлангунга қадар қорин юмшоқлигича қолади, бироқ кўтарилган бўлади, перистальтика бўлмайди. Баъзан Мейо—Робсон мусбат симптоми бўлади.

Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошиғич диагностика қилишнинг энг қимматли усуллари билан бири ҳисобланади. Ўткир панкреатитда лапароскопия ўткир панкреатит формасини аниқлашда, панкреонекрознинг патобиокимёвий турини билишда ёрдам беради, панкреатоген перитонит, қўшилиб келадиган касалликлар (деструктив холецистит) ни аниқлашга имкон беради.

Лапароскопик текширишга кўрсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниқлиги, панкреатит ва қорин бўшлиғининг бошқа

Ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади. Лапароскопияни қорин бўшлиғида операция ўтказилган, шунингдек катта вентрал чурралари бўлган беморларда қўлланилиши мумкин эмас.

Сўнгги йилларда компьютер томография (КТ) ва ультратовуш ёрдамида текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости бези ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини, патологик жараён даражасини аниқлаб берадиган усуллардан ҳисобланади (3, 4, 5-расмлар).



3-расм. Ўткир панкреатитнинг ультратовуш текширувида кўриниши.



4-расм. Панкреонекроз натижасида ривожланган ошқозон ости бези микроабсцесслари (КТ).

5-расм. Ўткир панкреатитда ядер-магнит томограммаси.

Қорин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш усулларини клиникага жорий қилиш меъда ости бези касалликларининг диагностикасини бирмунча яхшилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости бези ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Ўткир панкреатитнинг ҳамма ангиографик симптомларини уч гуруҳга бўлиш мумкин: 1) меъда ости беши артериал ўзанидаги ўзгаришлар; 2) меъда ости бешидаги гемоциркуляция бузилиши; 3) меъда ости бешини ўраб турган томирлардаги ва қорин аортаси ҳавзаси томирларидаги ўзгаришлар.

Ўткир панкреатитда меъда ости беши артериал ўзанидаги ўзгаришлар артерия бўшлиғи кенгайиши, сурилиши, узайиши ва тўғриланиши, контурларининг ноаниқлиги (чаплашиб кетганлиги), шаклининг ўзгариши ва торайиши, бетартиб жойлашуви, айрим томирларнинг узилиши, шунингдек томир деворидаги нуқсонлардан иборат.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аниқланади. Одатда 12 бармоқли ичак қовузлоғи кенгайган, парез ҳолатида бўлади.

Баъзан ўткир панкреатит белгилари қорин бўшлиғидан транспариетал пункция ёрдамида экссудат олиш, меъда ости бешини асбобускуналар билан пайпаслаш, ўт пуфағини транспариетал пункцияси ва дренаж қилиш каби махсус диагностик муолажалар воситасида аниқланиши мумкин.

**Даволаш.** Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ келиши керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совуқ эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори ҳисобланади). Одди сфинктеридаги спазми йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беши гипотермияси, 4—5 кунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташқи секретор функциясини пасайтирани; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки қорин бўшлиғига тушган ферментларни йўқотиш; кўкрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; қорин бўшлиғини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Оғриқни йўқотиш ёки камайтириш учун анальгетиклар ва спазмолитиклар (но-шпа, папаверин, платифиллин) қўлланилиши зарур. Перидурал блокада (орқа мия перидурал бўшлиғини анестетиклар юбориб катетерлаш) яхши самара беради.

Сув-электролит мувозанати (баланси)ни идора қилиш, юрак фаолиятини нормага солиш ва токсикозни пасайтириш мақсадида 5—10% ли глюкоза эритмалари, полиион эритмалар, полиглюкин,

плазма, гемодез қўлланилиши тайинланади. Калий препаратлари, юрак гликозидлари кўрсатмалар бўйича тайинланади.

Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш ва томир ичида қон ивишини профилактика қилиш учун ҳар 4 соатда реополиглюкин ва гепарин (5000 ТБ) қўлланилади.

Антифермент муолажа. Протеазалар ингибиторлари билан даволаш. 1953 йилда Феа ўткир панкреатитни даволаш учун биринчи марта калликреин инактиватори - трасилолни қўллаган. Ҳозирги вақтда бошқа ингибиторлар: контрикал, гордокс, пантрипин, инипрол, зимофен ва бошқалар кенг қўлланиляпти. Ингибиторлар кўп йил қўлланилишига қарамай, уларнинг таъсир механизми, фазалари, қўшимча таъсири тўғрисида ягона фикр йўқ. Кўп сонли текширишларда протеазаларнинг ингибиторлари панкреонекрозда рўй-рост терапевтик самара бериши, зарбали дозалари билан қўшма даволаш эса панкреатоген токсемик асоратлардан ўлимни бирмунча пасайтириши аниқланган. Препаратни оддий усулларда (мушак орасига ва венага) юбориш меъда ости безида ва қорин бўшлиғида антифермент препаратларнинг юқори концентрациясини таъминлай олмайди. Бунга препаратларни қўшма усулда: венага, регионар - артерияга, қорин пардаси ичига, қорин пардаси орқасига юборилганда муваффақ бўлинади. Протеаза ингибиторларининг юқори маҳаллий концентрацияси актив трипсिनогенни блоклаб қўйиш, периацинар бўшлиқда трипсиннинг активсизланиши ва протеолиз регионар жараёнларини тўхтатиб қўйишни, кининогенез ва фибринолизни таъминлайди.

Цитостатиклар билан даволаш. Оқсил синтезига ациноз ҳужайралари билан таъсир қилиб цитостатиклар (5-фторурацил, фторафур) меъда ости беги экзокрин функциясини тўхтатиш 70-йилларнинг II ярмида панкреонекрозда қўлланилган. 5-фторурацил 500 мл физиологик эритмада суюлтирилиб, суткасига бир марта 2-3 кун мобайнида 250—300 мг дозада юборилади. Препарат қорин ортасига селектив юборилганда даволаш анчайин таъсирчан бўлади. Касалликнинг кечиккан муддатларида цитостатикларнинг даволаш таъсирчанлиги жуда озлигини таъкидлаб ўтиш зарур.

Детоксикация. Панкреатоген токсемия касалликнинг биринчи даврида ривожланади. Агар бу даврда детоксикация ўтказилмаса, бемор аҳволи жиддийлашади, ингибитор тўсиқ механизмлар издан чиқади, маҳаллий патологик жараён бузилади ва унинг авж олиши микроциркуляция бузилиши ва қон томир ичида қон ивиши синдроми таъсири остида содир бўлади. Ўз вақтида ўтказилган детоксикацион муолажагина патологик жараённинг бундан кейинги ривожини тўхтатади.

Детоксикациянинг таъсирчан усулларидан бири инфузион муолажани организмни суюқлик билан тўйинтириш (гемодилуция). ва диурезни кучайтириш билан қўшиб олиб боришдан иборат. Ге-



модилуция ва кучайтирилган диурез принциплари оддий, ҳамма эътироф қилган тамойилдир. Диурез соатига 25 мл дан пасайиб кетганда кучайтирилган диурез тайинланади.

Кўкрак лимфатик йўлини ташқарига дренаж қилиш. Ўткир панкреатитни даволаш учун бу усулни қўлланиш патогенетик асосланган. Панкреонекрозда жигар интерстициал бўшлиқлари шишиши ва компрессияси, шунингдек микроциркулятор бузилишлар сабабли лимфага меъда ости беши ферментлари ва аутолиз маҳсулотлари кўп ўта бошлайди, бунда унинг токсинлиги кескин ортади. Лимфанинг токсиклиги даражаси меъда ости беши зарарланишининг оғиренгиллигига боғлиқ. Лимфанинг ташқарига чиқарилиши жараёнида, асосан дастлабки 2—3 сутка ичида унинг токсиклиги камаяди. Бу даврда лимфа билан бирга аутоагрессив ферментларнинг каттагина миқдори — липаза ва трипсин чиқарилади. Ёғли некрозда ташқи лимфа дренажи Айниқса рўй-рост детоксикацион натижа беради. Лимфа билан бирга оқсиллар, электролитлар йуқотилиши - лимфа оқиб кетишининг салбий томони ҳисобланади.

Сўнги йилларда клиник амалиётга актив детоксикация усуллари: лимфосорбция (Р. Панченко, 1982) ва гемосорбция (Ю. М. Лопухин, 1975) жадаллик билан жорий қилинди. Сорбентлар билан тозаланган лимфа реинфузияси ташқи дренажлар усулининг кейинги ривожини бўлиб ҳисобланади. Лимфосорбцияга амалда монелик қиладган ҳоллар йўқ, бироқ уни қўлланиш лимфорейя юқори бўлганда яхши натижа беради.

Панкреонекрозда гемосорбция оғир эндотоксикозда, панкреатоген шок ҳодисаларида ва жигар-буйрак етишмовчилигида ривожланадиган интоксикацион психозларда қўлланилиши керак.

Оғир панкреатик эндотоксикозда плазмферез ўтказишда юқори даво натижаси олинган (А. М. Сазонов, 1984). Бу усулда мамлакатимизда ишлаб чиқариладиган асбоб-ускуна ёрдамида лимфа суyoқлиги ҳайдалиб (1—1,5 л гача) донор плазмаси ва альбумин билан аралаштирилади. Плазмферезнинг даво таъсири плазма билан бирга экзоген ва эндоген токсинларни чиқаришдан иборат. Тозаланган лимфа организмга қайтадан қуйилади.

Лапароскопик дренажлаш ва қорин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз аъзолар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради.

Перитонитга қарши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив чиқариш, қорин бўшлиғига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш ҳисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш усули қорин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш, айна вақтда экссудатни бартараф этиш ва қорин бўшлиғига перитонеал диализ ўрнатиш ва қўллаш ҳисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия усули билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичидан иборат бўла-

ди. Диагностик босқичда панкреатит тури, перитонитнинг бор ёки йўқлиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - қорин бўшлиғини қорин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион муолажа (РИМ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемия асоратлардир. РИМни ўтказиш учун ишлатиладиган препаратлар аралашмасининг таркиби: контрикал - 60000 ТБ, гепарин — 2000 ТБ, реополиглюкин — 400 мг, никотинат кислота — 20 мл, новокаин — 2,5 г, изотоник натрий хлорид эритмаси ёки Рингер — Локк эритмаси — 1000 мл умумий ҳажмгача.

Бунинг учун, катетер рентгентелевизион мослама назорати остида ўрнатилади. РИМ нинг асосий даво вазифаси протеолиз ва кининогенез жараёнларини тўхтатиш, қон микроциркуляциясининг локал ва систем ўзгаришларини даволаш, шунингдек марказий гемодинамика бузилишларини бартараф қилишдан иборат. Шунга кўра РИМ панкреатоген шокни даволашда, панкреонекроз ва ферментатив перитонит ривожланишининг олдини олишда асосий усуллардан бири ҳисобланади.

Меъда ости безининг локал гипотермияси. Ўткир панкреатитни даволаш бўйича тадбирлар комплексига меъда ости безини қорин девори, меъда, йўғон ичак орқали совутиш йўли билан гипотермия ҳолатини юзага келтирадилар. Бунда ҳароратни анчагина пасайтириш без тўқимасида модда алмашинуви жараёнларини сусайтиради, унинг ферментатив функциясини ва протеолитик ферментлар активлигини камайтиради.

Бевосита локал гипотермияни операциядан кейинги даврда меъда ости безига операция вақтида киритилган махсус зонд ёрдамида бажарилади. Безда асосий операция (резекция, дренажлаш, оментопексия, абдоминизация ва б.). Ўтказилгандан кейин унга икки бўшлиқли найча билан уланган махсус тайёрланган латекс баллон қўйилади, уни чап қовурғалар остидаги кесма орқали ташқарига чиқарилади.

Меъда ости безини 2—4 соатдан кунига 3 марта мунтазам совутилади.

Кўпгина олимлар эътибор берган бу усулнинг афзаллиги — меъда ости безини умумий ёки локал гипотермия ҳолатини чақиритишдан иборат деб ҳисоблайдилар. Бироқ, улар гипотермияни амалга ошириш учун махсус хирургик операция ўтказишни тавсия қилмайдилар.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит қуйидагича хирургик даво қилинади:

1) Ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда;

ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг муҳими — Қорин бўшлиғини суяқлиқ аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), Қорин бўшлиғини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Ўткир панкреатитни даволаш касаллиқнинг даврита асосланади. Касаллиқнинг ферментатив даврида беморларга базис, антисекретор, детоксикацион муолажа, иммунитетимуляция, антибактериал даволаш олиб борилади (1-жадвал).

1-жадвал

**Ўткир деструктив панкреатитни ферментатив даврида даволаш**

Базис муолажа	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Очлик (3 кунгача);</li> <li>2. Локал гипотермия;</li> <li>3. Назогастрал аспирация;</li> <li>4. Новокан блокдалар;</li> <li>5. Плазма- ва холинolitиклар.</li> </ol>
Антисекретор муолажа	Сангостатин, окреотид, 5-фторурацил, даларгин, рибонуклеаза.
Ошқозон ости бези гистопротекцияси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реологик актив муолажа: реополитрокин, гепарин, фраксингарин, клексан, сулолексил;</li> <li>2. Антиоксидант ва антигипоксантлар: Е ва С гуруҳлар витаминлари, олифен.</li> </ol>
Йирингли асоратлар профилактикаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибиотиклар;</li> <li>2. Иммунокоррекция (ронколейкин, циклоферон, тимоген).</li> </ol>
Детоксикация	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Носпецифик: диурезни кулайтириш, плазмоферез;</li> <li>2. Специфик: антиферментлар (тордокс, контрикал, трасилол);</li> <li>3. Хирургик каминвазия усуллар (лапаросцентез, лапароскопия).</li> </ol>

Кичик ўчоқли панкреонекрозда консерватив муолажа қуйидагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беши фаолиятини босиш (очлик, маҳаллий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор муолажа — октреотид, сандостатин).

2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан қорин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; инфузион муолажа ва диурезни кучайтириш).

3. Антиферментатив муолажа — контрикал, гордокс, трасилол.

4. Оғриқни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, но-вокаин блокадалар).

Катта ўчоқли панкреонекрозда беморларга антисекретор, детоксикацион, антиоксидант, антигипоксанти, антифермент муолажа ўтказилади. Агар бемор кеч мурожаат қилса, катта ўчоқли панкреонекрозда антисекретор муолажа ўтказилмайди, чунки панкреонекроз ривожланиб бўлган ва бу ҳолатда меъда ости беши фаолиятини босишдан фойда йўқ.

Ўткир деструктив панкреатитни реактив даврида даволаш қуйидагилардан иборат: энтерал зондли озиқлантириш, юқори калориялик парҳез; ичакнинг нормал флорасини тиклаш; йирингли асоратларни олдини олиш (антибиотиклар, иммунокоррекция); антиоксидант ва антигипоксантилар.

Ўткир деструктив панкреатит септик турида беморларга оператив даволаниш кўрсатилган.

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг қуйидаги турлари қўлланилади:

- 1) чарви халтасини дренажлаш,
- 2) меъда ости беши дум қисми ва танасини резекция қилиш,
- 3) панкреатэктомия.

Бизнинг мамлакатимизда ёпиқ операциялар - чарви халтасини дренаж қилиб, перитонеал перфузия, оментопанкреатопексия, меъда ости беши олдинги юзасини катта чарви тўплами билан ўраш кўпроқ тарқалган. Оментопанкреатопексия жараёнининг чегараланишига, меъда ости бешида қон таъминотини яхшиланишига имкон беради, некроз бўлган қисмларнинг битишини тезлашади. Бу усул ёғли панкреонекрознинг майда ва йирик ўчоқли якка формаларида қўлланилиши керак.

Катта ва тотал некрозларда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш учун эрта ўтказиладиган радикал операциялар: секвестрэктомия, некрэктомия, без резекцияси, панкреатэктомия энг истиқболли ҳисобланади. Кейинги иккита операцияни актив комплекс даволаш натижа бермаган некротик жараён эса тез авж олиб бораётган беморларда ўтказилгани маъқулроқ бўлади.

Секвестрэктомия — некрозга учраган без қисмини жонсизланган тўқима чегарасида олиб ташлаш — ўтмас йўл, дигитоклазия билан бажарилиши мумкин ва бунда қон оқмайди.

Некрэктомия — некрозланган без қисмини қон билан таъминланадиган тўқималар чегарасида олиб ташлаш — ўткир йўл билан бажарилади; без тўқималари некроз чегараси бўйлаб кесилади ва қонаб турган томирлар қунт билан тикилади.

Меъда ости беzi резекцияси — аъзонинг бир қисмини безнинг ўзгармаган тўқималари чегарасида қўндалангига кесиб олиб ташлаш спленэктомия билан ўтиши ёки ўтмаслиги мумкин. Кўпинча меъда ости безининг корпорокаудал резекцияси талоқни олиб ташлаш билан бирга бажарилади, чунки одатда қорин пардаси ортидаги инфилтратсия билан ўтадиган панкреонекрозда талоқ венаси тромбози бўлади. Бундан ташқари, талоқни сақлаб қолиш унинг томирли оёғини без тўқимасидан ажратиш қийинлиги операцияни мушкуллаштиради.

Радикал операцияларда меъда ости беzi юзасини ва қорин бўшлиғи бўлимларини дренажлаш алоҳида аҳамиятга эга. Кўпгина олимларнинг тажрибаси шуни кўрсатадики, операция натижаси кўп жиҳатдан экссудатни яхши эвакуация қилишга ва операция қилинган жойни доимий ювиб туришга боғлиқ. Меъда ости беzi резекциясидан кейин қорин бўшлиғида дренажларни энг қулай жойлаштиришни В. С. Земсков таклиф этган.

Панкреонекрозда панкреатодуоденал резекция ниҳоятда кам қўлланилади. Уни собиқ Иттифокда А. А. Шалимов (1979) 12 бармоқли ичак девори деструкцияси билан ўтган тотал панкреонекрозли беморларда биринчи марта муваффақиятли қўллаган.

### **Сурункали панкреатит**

Сурункали панкреатит мустақил касаллик ҳисобланмай, балки ўткир панкреатитнинг давоми ва натижаси бўлган босқичи - ҳолати ҳисобланади.

Классификацияси: Сурункали панкреатитнинг турли клиник кечиши билан фарқ қиладиган қуйидаги формалари тафовут қилинади (М. И. Кузин ва муаллифдошлари).

1. Сурункали қайталанадиган панкреатит.
2. Сурункали оғриқли панкреатит.
3. Сурункали панкреатитнинг латент (оғриқсиз) формаси.
4. Сохта тумороз панкреатит.
5. Сурункали калькулёз панкреатит.
6. Сурункали сохта кистали панкреатит.

**Этиологияси.** Сурункали панкреатитнинг этиологик омиллари қаторига меъда ости беzi билан анатомик ва физиологик жиҳатдан боғланган аъзоларнинг (ўт пуфағи, ўт йўллари, жигар, меъда, 12 бармоқли ичак) турли зарарланишларини, алкоголизм, озиб кетиш, турли дори-дармонлар ва кимёвий омиллар таъсири, меъда ости беzi шикастлари, ўткир ва сурункали инфекциялар, интоксикация, без йўли системаси, меъда ости беziдаги ўзгаришлар (бирламчи ўсмалар)ни киритиш мумкин.

**Патогенези.** Сурункали панкреатитнинг ўткир панкреатит патогенези билан кўп ўхшаш томонлари бор. Қасаллик қайталаниши жараёнга меъда ости безининг янги-янги бўлимлари тортилишига олиб келади, бу вақти келганда функционал паренхиманинг чандиқли бириктирувчи тўқима билан алмашинувига сабаб бўлади, без йўлларида ва паравазал клетчаткадаги склеротик ўзгаришларга олиб келади.

**Патологик анатомияси.** Ўткир ва сурункали панкреатит меъда ости бези ациноз ҳужайраларининг ўз-ўзини ҳазм қилиши, яллиғланиш реакцияси ривожланиши, жонсизланган паренхима ўрнида бириктирувчи тўқима ўсиб қалинлашиши, жараён авж олганда эса аъзо склерози билан ўтадиган некрози билан характерланади. Бириктирувчи тўқима жадал ривожланиши натижасида без зичлашади ва аксарият ҳолларда, ҳажми ўзгаради. Микроскопик текширишда тўқима фибрози билан бир вақтда унинг яллиғли инфильтрацияси, липоматоз, без йўллари деворида яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади. Баъзан без йўли бўшлиғи облитерацияси: без тўқимасига тузлар ва кальций йиғилиши натижасида кўп сонли майда кисталар топилади.

**Клиникаси.** Сурункали панкреатитнинг асосий клиник белгилари оғриқ синдроми; меъда ости бези ташқи секретор етишмовчилигининг авж олишига алоқадор ҳазм қилишнинг бузилиши; инсуляр аппарат функцияси бузилишининг клиник симптомлари; биляр (ўт) гипертензияси синдроми (механик сариқлик, холангит, иккиламчи холецистит); меъда ости бези кисталари ва оқмалари каби панкреатит асорати симптомлари, сегментар портал гипертензия, дуоденал стаз ва бошқалар.

Одатда, қориннинг юқори ярмидаги оғриқ беморни тиббий ёрдамга мурожаат қилишга мажбур этган энг муҳим ва илк симптомлардан бири ҳисобланади. Оғриқ қорин бўшлиғининг гир атрофни ўраб олади (белбоғсимон оғриқ), орқага курак ораси соҳасига, ўнг қовурғалар остига берилади. Оғриқ доимий ёки хуружсимон бўлади. Оғриқ хуружлари бир неча соатдан 4—6 суткагача давом қилади. Кўпинча бунга парҳезнинг бузилиши сабаб бўлади.

Диспептик бузилишлар, кўнгил айниши, қусиш, сўлак оқиши, ич бузилиб туриши (қабзият ич кетиши билан алмашилиб туради) доимий бўлади ёки фақат кўзиш даврида кузатилади.

Диарея алкоғолли панкреатитли беморлар учун айниқса хос. Шунингдек креаторея (ҳазм қилинмаган мушак толалари) ва стеаторея (ҳазм қилинмаган ёғлар) ҳам бўлади. Сурункали панкреатит учун ахлат массалари ҳажмининг кўпайиши айниқса характерли бўлади.

Меъда ости безининг ички секретер функцияси бузилишларининг клиник белгилари сурункали панкреатитнинг нисбатан кечиккан симптомларидан бўлсада, бирмунча кўп учраб туради, улар қандли диабет, камроқ гипогликемия авж олиши билан характерланади.

Билиар гипертензия синдроми, яъни механик сариқлик сурункали панкреатитнинг энг муҳим асоратларидан бири ҳисобланади. У қайта-қайта қўзғалувчи ва доимий характерда бўлиши мумкин. Кўпчилик беморларда сариқлик аҳолия билан бирга учрайди, меъда ости бези бошчасининг шишиши, индуратив панкреатит оқибатида ўт чиқарув йўлларининг босилиши, без йўлларида ва Одди сфинктерида чандиқли ва яллиғланиш ўзгаришлари, катта дуоденал сўргич ампуласидаги тош натижаси ҳисобланади.

Бемор баъзан хаддан ортиқ ориқлаб кетади. Бунинг сабаблари: панкреатик ферментларнинг етарлича ишланмаслиги ва 12 бармоқли, ичакка тушмаслиги, парҳезга риоя қилмаслик, оғриқнинг зўригидан овқат ейишдан кўрқиш. Кўпгина беморларда оғриқ хуружлари шира ҳайдовчи хоссалари бўлмаган ҳатто оз миқдорда суюқ овқат ичилгандан кейин ҳам пайдо бўлади.

Объектив текширишда мустақил оғриқлар билан бирга сурункали панкреатит диагностикасида қорин ва орқани пайпаслаганда оғриқ борлигини аниқлаш ҳам катта аҳамиятга эга. Сурункали панкреатити бор беморларнинг тахминан 1/4 қисмида катталашган ва оғрийдиган меъда ости безини пайпаслаб кўришга муваффақ бўлинади. Қорин деворида бир қанча соҳалар борки, улар пайпаслаб кўрилганда оғриқ бўлиши, меъда ости бези, айниқса дум қисми зарарланишига хос бўлади. Мейо-Робсон нуқтаси (киндикни чап қовурға равоғининг ўрта қисми билан туташтириб турадиган ташқи ва ўрта чизиқ чегарасида); Кач нуқтаси (киндикдан 5 см юқорида чап тўғри мушак проекциясида); Малле-Ги нуқтаси (чап тўғри мушак ташқи чеккаси бўйлаб қовурға равоғининг нақ пастида) шундай нуқталар жумласига киради.

Меъда ости бези пальпацияси Грот усулида бажарилади. Бу усул 3 босқичдан иборат. Грот бўйича меъда ости безини пальпациясидаги биринчи босқичи. Бемор чалқанча ётган ҳолда оёқлари тизза соҳасида букилган ва белига қўлини мушт қилиб қўйган. Шифокор қўл бармоқларини киндик ва чап қовурға ости орасига киритиб безни пальпация қилади. Грот бўйича меъда ости безини пальпациясидаги иккинчи босқичи. Бемор танасини бир оз олдинга ташлаган ҳолда туради. Шифокор чап қўли билан беморни белини 12 қовурға соҳасида ушлаб туради, ўнг қўли билан эса киндик ва чап қовурға ости орасини пальпация қилади. Грот бўйича меъда ости безини пальпациясидаги учинчи босқичи. Бемор ўнг ёнбошида, оёқларини бир оз тизза соҳасида букиб, ўнг қўлини бош орқасига қўйган ҳолатда ётади. Шифокор қўл бармоқларини киндик ва чап қовурға ости орасига киритиб безни пальпация қилади.

**Диагностикаси.** Сурункали панкреатит диагностикаси касалликнинг субъектив клиник симптомлари, лаборатория таҳлиллари маълумотлари ва махсус текшириш усуллари натижалари асосида ўтказилади.

Жараён авж олган даврда лаборатория текширишларидан ферментлар — амилаза, трипсин, липаза, трансминаза кўрсаткичининг ошишига аҳамият берилади. Хуружлараро даврда у нормал бўлади.

Копрологик текширишлар кўп миқдорда ҳазм бўлмаган мушак толалари (креаторея) ва нейтрал ёғ томчилари (стеаторея) борлигини кўрсатади.

**Махсус текшириш усуллари. Рентгенологик текширишлар.** Рентгенологик усул сурункали панкреатитли беморларни текширишда асосий усуллардан бири ҳисобланади. Наҳорга ўтказиладиган рентгенологик текшириш учун махсус тайёргарликнинг ҳожати йўқ. Текшириш қорин бўшлиғини икки проекцияда обзор рентгенография қилишдан бошланади. Бу без паренхимасидаги оҳакланиш ёки унинг йўлларидаги конкрементларни аниқлаш учун зарур, улар рентгенограммаларда топилади. Меъда ости безида кальцификация топилиши сурункали панкреатитнинг ишончли рентгенологик симптоми ҳисобланади.

Сурункали панкреатитда ультратовуш билан текшириш ва компьютер томография бутун безнинг ёки фақат бошчасининг катталашганини (сохта тумороз панкреатит), без бағридаги кистоз ўзгаришларни топишга имкон беради. Бирмунча ҳолларда умуртқа поноасидан ўнг ва чап томонда II-III бел умуртқалари сатҳида жойлашган, без йўли бўшлиғида тошлар ёки без бағри паренхимасида кальцинатлар борлигига боғлиқ зич эхоструктуралар аниқланади (6, 7, 8, 9, 10-расмлар).



6-расм. Компьютер томограмма. Ошқозон ости беzi кальцификатлари.

Без радиоизотоп сканерланганда сурункали панкреатитнинг энг типик белгиларига яллиғланишнинг илк босқичларида сцинтиграфик тасвирнинг кучайиши, изотоп йиғилиши нуқсонлари киради, булар меъда ости безининг кистали ўзгаришлари ёки паренхимасининг оҳакланганидан далолат беради.

Сурункали панкреатит диагностикасида ўт чиқарув сис-

темасини ретроград контрастлаш имконияти ҳам катта аҳамиятга эга. Бу усул иккиламчи панкреатитга сабаб бўлган ўт йўлларидаги тошларни аниқлашга, шунингдек бирламчи панкреатитда умумий ўт йўлининг тубуляр стенозини диагностика қилишга имкон беради.

Эзофагогастродуоденофиброскопия сурункали панкреатитнинг билвосита белгиларини аниқлашда ва уни меъда ости беzi ўсмала-

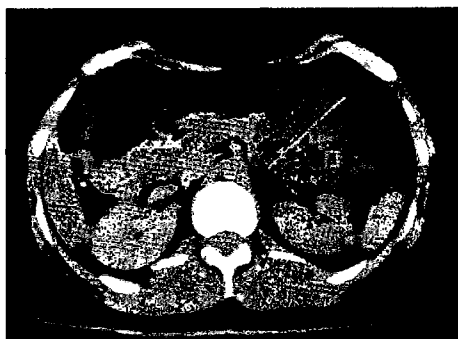


ридан фарқ қилишда кўп ахборот беради. Айни вақтда у шикаст етказмайди ва етарли даражада хавфсиз. Бироқ, ўт ва панкреатик йўллари ретроград контрастлаш ўткир панкреатит ва холангит хуржлари тутишига, панкреанекроз ривожланишига, бош панкреатик йўлнинг ёпилишига ва бошқа асоратларнинг пайдо бўлиши имкониятини оширади.

Клиник панкреатитнинг илк босқичларида ангиографик текширишлар (целиако-ва мезентерикография) гипervasкуляризация заҳирасини, сўнги босқичларда эса томир расмининг тарқоқ фиброзодиффуз қашшоқланиши, архитектурасининг ўзгариши, жигар кисталари ривожланаётганда томирларининг сўрилиши ёки қисилишини кўрсатади.

Дифференциал диагностикаси. Фақат умум клиник ва лаборатория текширувининг ўзига асосланиб, меъда ости беши зарарланишини аниқлаш ва сурункали панкреатит диагнозини ишонч билан қўйиш мумкин эмас. Шунинг учун қорин бўшлиғининг ҳар хил касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур:

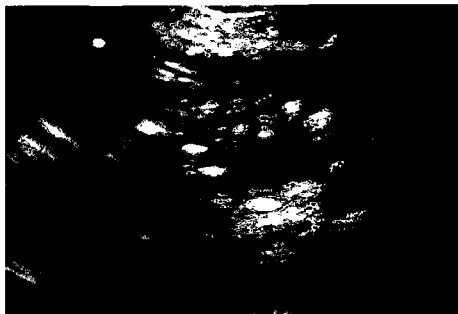
- 1) калькулёз холецистит ва холедолитиаз,
- 2) меъда ости беши турли бўлимлари, периампуляр соҳа, меъда, йўғон ичак ўсмалари,
- 3) пенетрацияловчи гастродуоденал яралар,
- 4) аорта аневризмаси,
- 5) қорин стволи ва юқори ичак тутқич артериянинг атеросклеротик зарарланишлари.



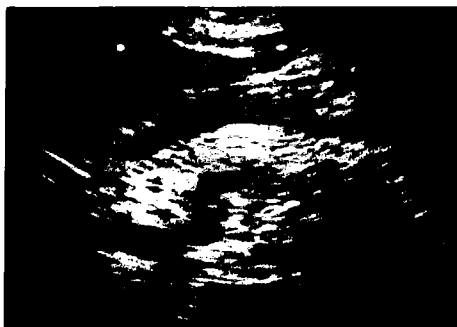
7-расм. Компьютер томограмма. Ошқозон ости беши кистаси.



8-расм. УТТ. Ошқозон ости беши сохта кистаси.



9-расм. УТТ. Ошқозон ости беши кальцификатлари.



10-расм. УТТ. Ошқозон ости бези сурункали панкреатитда.

б) тож артерияларнинг стенокардия ҳодисалари бўлган атеросклерози ва бошқа.

**Даволаш.** Хуружлараро даврда ёғлиқ, ўткир, қовурилган овқатлар истисно қилинган махсус парҳез овқатдан иборат. Аини вақтда парҳез юқори калорияли ва осон ҳазм қилиш бўладиган оқсилларни етарли миқдорда сақлаган бўлиши керак. Ҳазм қилишни яхшилаш учун бе-

морларга меъда ости бези ферментларини ўзида сақлаган (панкреатин, фестал, панзинорм) препаратларни бериш тавсия этилади.

Сурункали панкреатитнинг ҳар бир кўзишини ўткир панкреатит хуружи сифатида кўздан кечирмоқ лозим. Кўзиш даврида даволаш худди ўткир панкреатитни даволаш тамойиллари бўйича ўтказилади.

Асоратланмаган сурункали панкреатитни даволашнинг асосий усули консерватив усул ҳисобланади: 1) сурункали панкреатитни касаллик фазасига кўра даволаш, 2) меъда ости бези функционал етишмовчилигини бартараф этиш, 3) босқичига қараб даволаш ва профилактикаси.

Кўзиш фазасида даволаш: а) оғриққа қарши кураш, б) антифермент муолажа.

Сурункали босқичда даволаш: а) меъда ости бези секретор етишмовчилигини бартараф қилиш, б) витаминлар билан даволаш, в) меъда ости бези инкретор етишмовчилигини бартараф этиш.

Сурункали панкреатитнинг аксарият кўшни аъзолар касалликлари замирида пайдо бўлишини назарда тутиш лозим, шунга кўра кўшни аъзоларни хирургик даволаш сурункали панкреатит кечишини яхшилайди. Меъда, 12 бармоқли ичак, ўт йўлларида патологияси бўлмаганда меъда ости безининг ўзида операция ўтказиш масаласи пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолда қўйидагилар операцияга кўрсатма бўла олади: без йўлларида тош борлиги, без йўлидаги чандиқли стриктура, оғриқ берадиган панкреатитнинг оғир формалари. Хирургик даволашнинг асосий мақсади — панкреатит ширанинг меъда-ичак йўлларига оқиб тушиши учун оптимал шароитлар яратишдан иборат.

Операция вақтида меъда ости бези, ўт чиқарувчи йўллар ва 12 бармоқли ичакни қунт билан интраоперацион тафтиш (ревизия) қилиш зарур. Шу мақсадда интраоперацион холеграфия, эхография ва ўт пуфагини текшириш амалга оширилади. Операция вақтида без йўлига дуоденал сўргич орқали канюля қўйиш ёрдамида ретроград панкреатография ёки без йўлининг кенгайган дистал қисмини без тўқимаси орқали пункция қилинади.

Панкреатик йўл охириги қисмининг унчалик катта бўлмаган стриктураларида трансдуоденал папиллосфинктеротомия билан меъда ости беши йўлини транспапилляр дренажлаш тавсия қилинади. Панкреатик йўлда катта стриктуралар бўлганда бундай операцияни қилиб бўлмайди, бунда без багри орқали узунасига кесилган панкреатик йўл билан Ру бўйича узиб қўйилган оч ичак қовузлоғи ўртасида анастомоз қўйиш — бўйлама панкреатоеюностомия операцияси мақсадга мувофиқ бўлади.

Без йўли бошчаси ва танаси соҳаси анчагина торайганда безнинг дистал қисмини резекция қилиш ва уни Ру бўйича узиб қўйилган оч ичакка тикиш лозим. Бундай операциядан мақсад панкреатик ширани ретроград йўналишда оқиб кетиши учун шароит яратиб беришдан иборат. Безнинг катта қисмидаги фаолият кўрсатиб турган паренхима патологик жараён оқибатида некрозга учраганда, без йўли системасида диффуз склеротик ўзгаришлар юзага келганда ва сурункали панкреатитнинг асосий симптомлари кескин юзага чиққан ва консерватив даво усуллари қор қилмайдиган ҳолларда меъда ости беши (дум қисми, танаси ва панкреаттэктомия) резекция қилинади.

### МЕЪДА ОСТИ БЕШИ КИСТАЛАРИ

Меъда ости беши кисталари безнинг ўзида ҳамда уни ўраб турган тўқималарда капсула билан чегараланган суюқлик йиғилган бўшлиқлардан иборат. Касаллик турли ёшга оид гуруҳларда, эркалар ва аёллар ўртасида бир хилда учрайди.

Келиб чиқишига кўра кисталарни қуйидаги 5 та турга бўлиш мумкин:

1) эмбрионал даврдаги ривожланиш негизида келиб чиққан кисталар (буларга дермоид кисталар, оддий кисталар, бездаги фиброз-кистоз ўзгаришлар ва безнинг поликистоз бўйрак ёки жигар типини бўйича поликистоз ўзгаришлари киради);

2) яллиғланиш жараёни сабабли келиб чиққан кисталар (без бўлақларининг чиқарув йўли бекилиб қолишидан пайдо бўлган сохта, кўп камерали, ретенцион кисталар);

3) жароҳат оқибатида юзага келган кисталар;

4) ўсма-кисталар (цистаденома, цистаденокарцинома, тератома);

5) паразитар кисталар (эхинококк).

Патологик анатомияси. Кисталарнинг ҳосил бўлиш сабаби ва механизмларига, деворларининг тузилиш хусусиятларига кўра меъда ости безининг шунингдек чин ва сохта кисталарини фарқ қилиш лозим.

Чин кисталарга туғма безнинг туғма дизонтогенетик кисталари, орттирилган ретенцион кисталар, цистаденомалар ва цистаденокарциномалар киради. Чин киста ички юзасида эпителиал қават борлиги унинг нисбий хусусияти ҳисобланади. Чин кисталар без кисталарининг 20 фоизини ташкил қилади.

## Сохта кисталар

Сохта кисталар бирмунча кўпроқ кузатилади (ҳамма кисталарнинг 80 фоизи). Улар тез орада тўқиманинг ўчоқли некрози, без деворларининг емирилиши, панкреатик шира ажралиб чиқиши ва без ташқарисига қон қуйилиши билан ўтадиган ўткир деструктив панкреатит ёки меъда ости беши шикастидан кейин ҳосил бўлади. Сохта киста деворлари зичлашган қорин пардаси ва фиброз тўқимадан иборат бўлиб, чин кистадан фарқли равишда ички томонидан эпителиал қавати эмас, балки грануляцион тўқимаси бўлади. Сохта киста бўшлиғи одатда суюқлик ва некротик тўқималар билан тўлган бўлади. Суюқлигининг характери ҳар хил бўлади. Сохта киста меъда ости безининг бошчаси, танаси ва дум қисмида жойлашиши мумкин ва катта ўлчамларда бўлади. Сохта кистада суюқлик миқдори аксарият 1—2 л ва ундан кўпроқ бўлади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Меъда ости беши кисталарининг симптоматологияси киста этиологиясига, унинг ўлчамларига, жойлашувига ва қанча вақтдан буён мавжудлигига боғлиқ. Киста ўлчами катталашмасдан илгари у оғриқ сезгиларини кўзгатмаслиги мумкин ва беморни текширганда мезогастриядаги шарсимон ўсма кўринишида топилади. Меъда ости беши ўсмалари кўпинча тўш ости соҳасида оғриқ пайдо қилади, оғриқ орқага ёки белнинг чап ярмига ўтади (90% гача беморларда), бу кўпинча травматик ёки яллиғланишга алоқадор псевдокисталарида учрайди.

Киста меъда ости беши бошчасида жойлашганда умумий ўт йўли босилиши ва сариқлик пайдо бўлиши мумкин. Юқорида айтилганидек, беморни текширишда тўш ости соҳасида ёки мезогастрияда деярли оғримайдиган, консистенцияси эластик, пайпаслаб кўрилганда ва нафас олганда кам силжийдиган шарсимон ўсма аниқланади.

Киста аста-секин авж олиб кечиши ва бирмунча ўткир кечиши мумкин. Кейинги ҳолда киста қисқа вақт ичида катталашиб кетади, бошқа аъзоларда оғир функционал бузилишлар келтириб чиқаради ва асоратлар билан ўтади.

Меъда ости безининг энг кўп учрайдиган асоратларидан киста бўшлиғига қон қуйилиши, йирингланиш, ёрилиб перитонит ривожланиши, ташқи ва ички оқмалар, қўшни аъзолар босишидан келиб чиқадиган бузилишларни кўрсатиб ўтиш мумкин.

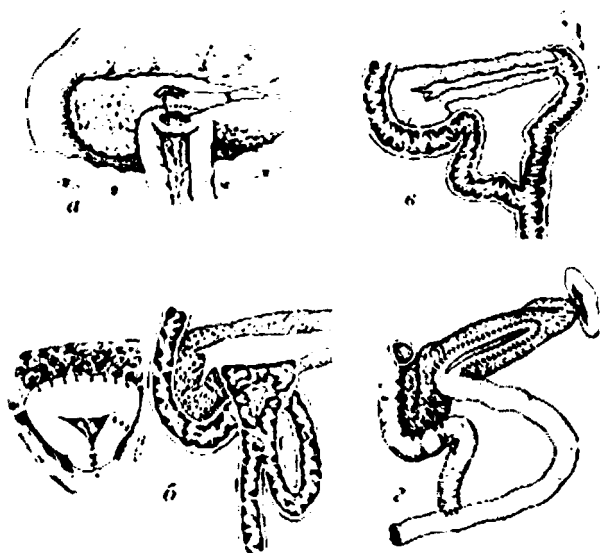
**Диагностикаси.** Клиник симптомларни ҳисобга олишдан ташқари, меъда ости беши кистасининг диагнози махсус текшириш усули маълумотларига асосланади. Сийдик ва қонда меъда ости беши ферментларининг бироз ошишидан ташқари, баъзан уларнинг 12 бармоқли ичак суюқлигида камайиб кетиши қайд қилинади.

Рентгенологик текширишда меъда, кўндаланг чамбар ичакнинг одатдаги вазиятидан олдинга ва юқорига ёки пастга сурилганлиги аниқланади. Компьютер томографияси ва ультратовуш билан сканирлаш меъда ости беши билан боғлиқ бўлган тузилманинг суюқлик билан тўлганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Меъда ости бези кисталарини дифференциал диагностика қилишда меъда ости бези ўсмалари, аорта аневризмаси, қорин пардаси орқасидаги лимфатик тугунлар ўсмаси, жигар ўсмалари ва кисталари, гидронефроз ва буйрак ўсмалари, чамбар ичак тутқичи кисталарини истисно қилиш зарур.

**Даволаш.** Меъда ости бези кисталарига даво қилиш учун қуйидаги операциялар таклиф қилинган: марсупиализация, кистани оддий дренаж қилиш, кистанинг ички дренажи, кистани кесиш ва безни қисман киста билан резекция қилиш. Меъда ости бези кисталарини операция усули билан даволашнинг ҳар хиллиги кистанинг келиб чиқиш формалари кўплигига ва уларнинг ривожланиш даражасига боғлиқ.

Псевдокисталарда дренаж қиладиган турли операциялар қўлланади. Безнинг дум қисмида жойлашган меъда ости бези кисталарида меъда орқали цистогастротомия қилиш буюрилади. Бу киста билан меъда ўртасида анастомоз ҳосил қилишдан иборат. Меъда ости бези бошчасида жойлашган унчалик катта бўлмаган кисталарда трансдуоденал цистодуоденостомия қилинади, бу киста билан 12 бармоқли ичак ўртасида анастомоз ҳосил қилишдан иборат. Без танаси ва бошчасида келиб чиқадиган йирик кисталарда киста билан функцияси тўхтатиб қўйилган оч ичак қовузлоғи ўртасида анастомоз ҳосил қилинади (11-расм).



11-расм. Панкреатикоеюностомия турлари:

а - Cattell бўйича; б - Cattell A.A.Шалимов модификациясида; в - Puestow-I бўйича; г - Puestow-II бўйича.

## ТАЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

### Анатомик-физиологик хусусиятлари

Талоқ — қорин бўшлиғининг тоқ аъзоларидан ҳисобланиб, диафрагманинг чап томонида қовурға ости соҳасида жойлашган. Соғлом одамда, унинг оғирлиги ўрта ҳисобда 150—250 граммга яқин бўлади. Талоқ яхши ривожланган бойлам аппарати : талоқ-диафрагмал, талоқ-буйрак, талоқ-йўғон ичак ва меъда-талоқ бойламлири билан маҳкам ўрнашган.

Талоқ артериал қон таъминотини truncus coeliacus (қорин пояси) тутамидан чиқадиган талоқ артерияси амалга оширади. Вена қон оқими шу номдаги вена бўйлаб қопқа (portae) вена системасига келиб тушади. Вегетатив иннервацияни қорин чигалидан олади. Қон томирлар талоқ тўқимасига унинг дарвозаси соҳасида кириб, бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган трабекулалар йўли бўйлаб боради. Трабекуляр артериялар талоқнинг ҳам қизил, ҳам оқ лимфатик фолликулаларидан, шунингдек марказий артерияларни ўраб турадиган мальпигий таначаларидан ҳосил бўлган. Оқ пульпанинг кўпчилик ҳужайра элементлари лимфоцитлар, плазматик ҳужайралар ва макрофаглардан ташкил топган. Қизил пульпа унинг катаксимон структурасини ҳосил қиладиган ретикуляр ҳужайралар трабекулалардан иборат. Трабекулалар орасида талоқнинг артериал ва веноз системасини боғлаб турадиган эгри-бугри томир синуслари жойлашган.

Талоқнинг фаолияти турлича бўлиб, эски эритроцитлар ва тромбоцитларнинг емирилишида ва фагоцитозидида қатнашади. Эмбрионал ривожланиш ва болалик ёшида эритропоз фаолиятида иштирок этади. Талоқ лимфоцитлар, моноцитлар, плазматик ҳужайралар ишлаб чиқаради, унинг бу қобилияти одамда балоғат ёшидан ўтганда ҳам сақланиб қолади. Бундан ташқари, талоқ иммуноглобулинларнинг айрим фракциялари ишланишида фаол иштирок этади. Талоқнинг ретикулоэндотелиал ҳужайралари гемоциркуляциядаги қондан витал бўёқлар, каллоид металллар, инфекцияно касалликлар қўзғатувчилари (айниқса пневмококклар)ни ушлаб қолади. Талоқ шунингдек организмда темир алмашинувида ва суяк кўмиги фаолиятининг гуморал бошқарилишида қатнашади. Бироқ бу гормонал идора қилишининг нозик механизмлари ҳозирча очилмаган.

### Талоқ ривожланишидаги нуқсонлар

Талоқнинг ривожланиш жараёнида туғма нуқсонлар пайдо бўлиши мумкин, буларга: талоқнинг умуман бўлмаслиги, унинг қўшалоқ ҳолда учраши ёки қўшимча талоқларнинг бўлиши киради. Қўшимча талоқлар, ривожланиш жараёнида энг кўп учрайдиган туғма нуқсонлардан ҳисобланади, ҳамда улар одатда талоқ дарвозаси соҳасида, талоқнинг боғламларида ёки катта чарвида жойлашади.

Талоқ дарвозаси соҳасида жойлашган хос қон томирлар тутами унинг оёқчаси дея аталиб, унинг узайиши ҳисобига серҳаракат бўлган, “адашган” талоқ номини олган ҳолат ҳам ривожланиш нуқсони қаторига кириши мумкин. Бу ҳолат, постнатал ривожланиш даврида талоқ катталаниши натижасида ҳам рўй бериши ҳам мумкин.

### Талоқ жароҳатлари

Очиқ ва ёпиқ жароҳатлар тафовут қилинади. Очиқ жароҳатлар трансабдоминал ва трансторакал, жароҳатловчи воситанинг тури бўйича — ўқ теккан, санчилган-кесилган ва бошқача табиатга эга бўлиши мумкин. Бунда кўпчилик беморларда қорин ёки кўкрак бўшлиғи қўшни аъзоларидан: меъда, йўғон ичак, меъда ости беши, буйрақлар, диафрагма, чап ўпканинг жароҳатлари қайд қилиниши мумкин. Талоқ очиқ жароҳатининг клиник кўриниши ёки манзараси талоқ ва қўшни аъзолар жароҳатининг характерига боғлиқ. Бундай ҳолларда ичга қон кетиши ва шок белгилари биринчи ўринга чиқади (тери қопламанинг оқариши, рангпарлиги, тахикардия, АҚБнинг пасайиши, гемоглобин ва гематокрит миқдорининг камайиши ва б.). Қорин бўшлиғига қон қуйилиб борган сайин, қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари, трансторакал яраланишларда эса, гемоторакс симптомлари кўшилади. Диафрагма ости бўшлиғида қон йиғилганда аксарият “ётолмаслик” белгиси кузатилади, бунда бемор диафрагмал қорин пардаси нерв рецепторларининг қаттиқ таъсирланиши оқибатида, мажбурий ярим ўтирган ҳолатини эгаллайди. Қорин бўшлиғига талайгина қон кетганда, уни перкутор аниқлаш мумкин. Олдинги қорин девори мушакларининг таранглашиши, Шеткин—Блюмберг симптомини мусбат бўлиши, қориннинг шу соҳасидаги оғриқни пальпация (пайпаслаш) орқали аниқласа бўлади. Талоқ жароҳатларининг, кўкрак ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари жароҳатлари билан кўпинча қўшилиб келиши, касалликнинг клиник манзарасини ўзгаришига, қўшимча симптомларнинг юзага келишига олиб келади: ичга қон кетиши, ковак аъзоларнинг тешилиши ёки ёрилиши, тарқалган перитонит ривожланиши, қориндаги парда орти гематома, шок, гемопневмоторакс ва ўпка етишмовчилиги устунлик қилиши мумкин.

Талоқнинг яқка ўзи жароҳатланиб кучли қон оқиш ҳолати бўлганда, уни диагностика қилишда анчагина қийинчиликлар вужудга келиши мумкин. Бундай ҳолларда шошилиш лапароскопия текширув усулини қўллаш, уни техник сабабларга кўра бажариш имкони бўлмаганда эса, қорин бўшлиғига “изловчи” катетер киртилиб лапароцентез қилиш фоят муҳим ахборот берилади. Катетер бўйлаб қон чиқса, талоқ жароҳати ҳақида ўйлаш мумкин.

Даволаш: беморга зудлик билан операция қилиб, гемостаз ва қорин бўшлиғига инфекция тушишининг олдини олишдир. Кўпинча спленэктомия бажарилади. Талоқнинг кўп сонли муҳим фаолия-

ти тўғрисидаги замонавий тасаввурлар спленэктомия ўтказишга кўрсатмаларни бирмунча камайтиради. Унчалик катта бўлмаган жароҳатларда, айниқса у қутбларидан бири соҳасида бўлганда, юзаки шикастланишларда чокнинг ситилиб кетмаслиги учун катта чарвидан ёки синтетик материалдан фойдаланиб талоққа чок қўйиш ёки қутблардан бирини резекция қилиб, талоқ атериясини боғлаш мумкин. Мамлакатимизнинг яхши жиҳозланган айрим клиникаларида бундай операциялар лапароскопик усулда, эндохирургик асбоб-усуналардан фойдаланган ҳолда ўтказилади.

Талоқнинг ёпиқ жароҳатлари қориннинг тўмтоқ жароҳатида, аксари ҳолларда баландликдан йиқилганда пайдо бўлади. Баъзан талоқнинг ўз-ўзидан (спонтан) йиртилиш ҳоллари ҳам кузатилган. Ўз-ўзидан йиртилишлар аксарият талоқнинг катталашishi ва структурасининг ўзгариши билан ўтадиган турли хил касалликларда (безгак, инфекцион мононуклеоз) кўпроқ кузатилади. Талоқда, қориннинг юқори қисми аъзоларида бажарилаётган операциялар (қорин аъзолари тафтиши, гастрэктомия, меъда ёки меъда ости беzi резекцияси ва б.) вақтида тасодифан, ятроген жароҳатларнинг рўй бериши, алоҳида аҳамиятга эга бўлади.

Қориннинг тўмтоқ жароҳатида талоқнинг бир ёки икки босқичли ёрилишлари фарқланади. Бир босқичли ёрилишда, аввалига талоқ капсуласи нуқсон пайдо бўлади, бу кўп ёки кам миқдорда ички қон кетиш симптомлари биринчи ўринга чиқади. Икки босқичли ёрилишда, аввалига капсула бутунлиги бузилмаган ҳолда капсула ости гематомаси ҳосил бўлади ва маълум фурсат ўтгач (бир неча кундан бир неча ҳафтагача), арзимаган жисмоний ҳаракат таъсири остида ҳам талоқ капсуласи йиртилиб, гематома қорин бўшлиғига бўшалади ва ички қон кетиш бошланади. Талоқ ёпиқ жароҳатида талоқнинг бундай ёрилиши деярли 15% жароҳатларда кузатилади. Бу ҳолда диагнозни аниқлаш маълум қийинчиликлар туғдиради. Қорин ёпиқ жароҳати сабабини суриштириб кунт билан йиғилган анамнезининг аҳамияти муҳимдир.

Талоқ жароҳатланганда қориннинг тўмтоқ жароҳатида клиник манзара унинг очиқ жароҳатидаги каби, қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг қўшма жароҳатларига боғлиқ. Талоқ йиртилиши ва ички қон кетишининг ўзига хос рентгенологик белгилари қуйидагилар: меъда газ пуфагининг медиал сурилиши, диафрагма чап гумбазининг баланд туриши, газ билан тўлган ичак қовузлоқлари орасида эркин суюқлик борлиги. Тахминан 25—27% беморларда пастки қовурғаларнинг чап томонлама синишлари кузатилади. Лапароскопия ва “изловчи” катетер фойдаланиб лапароцентез қилиш, диагностика жиҳатидан текширишнинг энг қимматли усуллари ҳисобланади. Талоқнинг ёпиқ шикастларини даволаш фақат хирургик йўл билан. Операциянинг тури унинг очиқ жароҳатларидаги сингаридир. Талоқнинг икки босқичли ёрилишларида спленэктомия, танлов операцияси ҳисобланади.



## Талоқ касалликлари

**Талоқ инфаркти.** Бу касалликнинг ривожланишига тромбоз ёки қон томирлар эмболияси сабабчидир. Талоқ инфаркти бактериал септик эндокардит, митрал стеноз, портал гипертензия, тифда ривожланади. Касаллик чап қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлардан бошланади, иситма, яққол тахикардия, қайт қилиш, ичак парези билан ўтади. Клиник манзарасининг юзага чиққанлиги аъзодаги инфаркт соҳасининг катта-кичиклигига боғлиқ. Майда инфарктлар кам даражадаги клиник белгилар ёки уларсиз ўтади. Кўпинча беморларда инфаркт соҳаси чандиқ ҳосил қилиб, ўз-ўзидан тuzалади. Кам ҳолларда инфаркт бўлган соҳага инфекция тушади ва йиринглаб, талоқ абсцесси ҳосил бўлади, баъзан эса инфаркт соҳасида талоқнинг сохта кистаси ривожланади. (1-расм).



1-расм. Талоқ инфаркти (УЗИ текшируви).

**Талоқ абсцесси.** Аъзода абсцесс ривожланишининг кўпроқ учрайдиган сабаблари: септикопиемия, талоқ инфаркти ёки илгари мавжуд бўлган гематоманинг йирингланиши, инфекциянинг қўшни аъзоларидан контакт йўли билан ўтиши. Талоқ абсцесслари ёлғиз ёки кўп сонли бўлиши мумкин. Клиник жиҳатдан абсцесс чап қовурғалар остида тўмтоқ оғриқлар билан бошланиб, бемор ҳаракат қилганда кучаяди, юқори лейкоцитоз бўлади. Йирик абсцессларда катталашган талоқни пайпаслаб кўриш мумкин. У агарда талоқнинг пастки қутбида жойлашган бўлса, флюктуация симптоми бўлади.

Абсцесс унинг юқори қутбида жойлашса, аксарият ҳолларда, кўкрак қафасида реактив экссудат топилади, кейинчалик эса унга инфекция тушиши ва плевра эмпиемаси ривожланишига туртки бўлиши мумкин. Талоқ абсцессининг асорати — йирингликнинг эркин қорин бўшлиғига (тарқалган йирингли перитонит ҳосил қилиб) ёки кавак аъзо бўшлиғига (меъда, йўғон ичакка), баъзан эса буйрак жомчасига ёрилиши мумкин. Клиник жиҳатдан бундай асоратлар қайт қилиш маҳсулотлари, нажас ёки сийдикда йиринг борлиги билан юзага чиқиши мумкин. Текширишнинг усуллари орасида кўпроқ маълумот берадиганлари: ультратовуш ёрдамида сканерлаш, компьютер томография, талоқни радионизотоп сканерлаш.

Даволаш: хирургик йўл орқали (спленэктомия).

### Талоқ кисталари

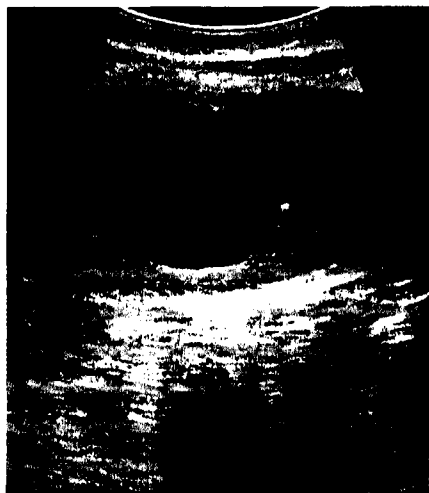
Талоқ кисталари нопаразитар ва паразитар бўлиши мумкин. Нопаразитар кисталар ҳақиқий (ички томони эндотелий билан қопланган) ёки сохта (эндотелиал тўқимасиз) бўлиши мумкин. Ҳақиқий кисталар туғма бўлади ва эмбриогенезнинг бузилиши натижасида пайдо бўлади. Сохта кисталар — орттирилган бўлиб, аксарият жароҳатлар, инфекцияни касалликлардан сўнг ва бошдан кечирилган талоқ инфаркти оқибатида пайдо бўлади. Кисталар ёлғиз ёки кўп сонли бўлиши мумкин. Уларнинг ҳажми миллиметрнинг бир неча улушларидан токи 5 л ва бундан кўпроқ сифимга эга бўлиши мумкин. Киста ичидаги суюқлик, одатда сероз ёки геморагик табиатга эга бўлади. Нопаразитар кисталарнинг клиник белгилари турли-туман бўлиб, беморлар чап қовурғалари остида чап елкага ёки елка устига бериладиган доимий симиллаган оғриқларни қайд қиладилар. Кисталар катта ўлчамда бўлганида оғриқлар кучайиши мумкин, қорин бўшлиғи қўшни аъзоларининг (меъда, йўғон ичак) эзилиши ёки тўсилиш симптомлари пайдо бўлиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Беморни текширишда чап қовурғалар остида бўртмани, қорин асимметриясини, пайпаслаганда эса катталашган, оғриқсиз талоқни аниқлаш мумкин. Киста талоқнинг қуйи қутбида жойлашганида, флюктуация симптоми аниқланади.

Талоқ кисталари диагностикасида талоқ абсцессига қўлланиладиган барча усуллардан, шунингдек ультратовуш ёрдамида текширув, КТ, талоқ томирларини рентген-контраст текшируви - целиакографиясидан фойдаланилади (2-расм).

Ангиографияда талоқ соҳасида, интраорган қон томирларини қисиб қўйган томирсиз соҳа аниқланиши мумкин. Даволаш: хирургик йўл орқали (спленэктомия) амалга оширилади.

Талоқнинг паразитар кисталаридан кўпроқ учрайдигани эхинококк кистаси бўлиб, бирмунча камроқ цистоцерк ва ниҳоятда кам ҳолларда альвеококк кузатилади. Паразитнинг талоққа кириш йўллари: асосан гематоген, камроқ - лимфоген. Касалликнинг ривожла-

ниш жараёни (давомийлиги) бир неча йилдан 15 йилгача ва ундан кўпроққа бориши мумкин. Паразит ривожланган сайин қорин бўшлиғи қўшни аъзоларини эзиб қўйиши ва талоқ тўқимасининг атрофияси кузатилади. Талоқ паразитар кисталарининг клиник белгилари нопаразитар кисталаридаги белгилардан деярли фарқланмайди. Талоқ абсцессининг клиник белгилари ривожланганда бошланадиган йирингланиш, талоқ эхинококкозининг асорати бўлиши мумкин. Талоқнинг паразитар кисталари диагностикасида, юқорида кўрсатиб ўтилган усуллардан ташқари, Кацони реакцияси ва латекс-аглотинация тести қўлланилади.



2-расм. Талоқнинг ёлғиз нопаразитар кистаси (УЗИ текшируви).

**Даволаш:** хирургик йўл орқали (спленэктомия).

Кейинги йилларда юртимизнинг бир қатор хирургик клиникаларида амалий жарроҳликка янги технологияларнинг жорий этилиши туфайли, талоқда юзаки жойлашган эхинококкларда лапароскопик усуллар орқали кисталарни олиб ташлаш амалиётлари қўлланилмоқда. Албатта, бу усул учун кўрсатмалар изчиллик билан, текширувлар натижаларини таҳлил қилиш орқали амалга оширилади.

### Талоқ ўсмалари

Талоқ ўсмалари хавсиз ва хавфли бўлиши мумкин. Хавфсиз ўсмаларга: гемангиомалар, лимангиомалар, эндотелиомалар киради. Улар жуда кам учрайди ва уларда хос клиник симптомлар деярли бўлмайди. ўсма ривожланган сайин, чап қовурга остида оғриқлар пайдо бўлиб, улар чап елкага ва елка устига иррадиация беради. Хавфли ўсмалар қаторига саркомаларнинг ҳар хил турлари (фибросаркома, лимфосаркома ва б.) киради. Хавфли ўсмаларга хос хусусиятлар қуйидагилар: касалликнинг эрта босқичларида клиник кўринишида белгилари кам бўлгани ҳолда, бирмунча жадал ўсиш. Ўсма катталашган сайин, интоксикация симптомлари, кахексия, асцит пайдо бўлади. Талоқ ўсмаларини диагностика қилишнинг асосий тамойиллари - ўсмага алоқадор бўлмаган, юқорида кўрсатиб ўтилган зарарланишлардаги кабидир. Даволаш хирургик йўл орқали. Хавфсиз ўсмаларда спленэктомия соғайишга олиб келади, хавфли ўсмаларда бу операцияни, касалликнинг илк босқичларидагина қилиниши мумкин. Ўсмалар ўлчамлари катта бўлган ҳолларда, спленэктомия амалиёти паллиатив операция ҳисобланади.

## Гиперспленизм

Клиник амалиётда “гиперспленизм” ва “спленомегалия” тушунчаларини фарқлаш талаб этилади. Спленомегалия деганда талоқ ўлчамларининг катталашганлиги тушунилади. Гиперспленизм — талоқнинг қон ҳужайра элементларини ортиқча емиришидир. Бу клиник жиҳатдан, айланиб юрадиган қон таркибидаги эритроцитлар, лейкоцитлар ёки тромбоцитлар миқдорининг пасайиши билан намоён бўлади. Спленомегалия кўпинча гиперспленизм билан ўтади, бироқ ҳамиша ҳам бундай бирга қўшилиб келиш кузатилавермайди. Гиперспленизм яққол ифодаланган спленомегалиясиз ҳам пайдо бўлиши мумкин. Спленомегалия талоқ ва инсон организмнинг бошқа аъзолари системаларининг қатор касалликлари симптоми ҳисобланади ва бундай шароитларда ҳамиша ҳам спленэктомия, даво тадбири сифатида танланаверилмайди.

Гиперспленизм талоқнинг қон емирувчи фаолиятида бузилишларнинг бир кўриниши бўлиб, касалликнинг кечишини беморнинг жиддий равишда оғирлашувига олиб келади, бу кўпчилик ҳолларда талоқни олиб ташлашни талаб этади. Узоқ муддат ичида талоқнинг ишчан гипертрофиясини келтириб чиқарган спленомегалия билан боғлиқ бирламчи гиперспленизмни, унинг бошқа касалликлари (яллиғланиш, паразитар, аутоиммун ва б.) да пайдо бўладиган иккиламчи гиперспленизмдан фарқ қилиш керак бўлади. Бирламчи гиперспленизм туғма (гемотилик анемия, талассемия, гемоглобиноопатия ва б.) ва орттирилган (тромбоцитопеник пурпура, бирламчи нейтропения) бўлиши мумкин. Иккиламчи гиперспленизм тиф (терлама), сил (туберкулёз), Бек саркоидози, безгак, жигар циррози, қопқа ёки талоқ венаси тромбози, ретикулез (Гоше касаллиги), амилоидоз, лимфогранулематоз ва бошқа кўпгина касалликларга боғлиқ бўлиши мумкин.

Диагностикаси. Катталашаган талоқ пайпаслаганда, айниқса ўнг ёнбош билан ётилганда яхши аниқланиши мумкин. УЗИ текширувида унинг катталашганини, тузилишидаги ўзгаришларни қайд этиш мумкин. Қорин бўшлиғи аъзоларининг обзор рентгенографияси ҳам қўшни аъзолар (меъда, йўғон ичак) нинг эзилиши ҳисобига, спленомегалиянинг билвосита белгиларини бериши мумкин. Текширишдан кўпроқ маълумот олиш учун рентгенографияни меъда ва йўғон ичак бўшлиғига олдиндан ҳаво юбориб (инсуфляция қилиб) кейин бажарилади. Радиологик текширув усуллари: талоқни радиоактив технеций ёки индий билан сканерлашдан кенг фойдаланилади. Усул препаратнинг талоқ ретикулоэндотелиал ҳужайралари томонидан танлаб ютилишига асосланган. Сг 51 препарати билан нишонланган аутоген эритроцитлар билан сканерлаш услуги ҳам қўлланилади. Текширишдан олдин эритроцитлар 50°С гача қиздирилади, шундан сўнг улар сферик шаклга (нормада икки томони

ботиқ шаклда) киради. Талоқ бу эритроцитларни фаол ушлаб олади ва емиради. Бундай ҳолларда сканерлаш талоқ ўлчамларини аниқлашга имкон беради.

Гиперспленизмнинг функционал белгилар қон шаклли элементлари миқдорининг пасайиши билан ифодаланади, бу гемограммани синчиклаб текширишда топилиши мумкин. Баъзан гемограмма кўрсаткичлари суяк кўмигининг гемопозитик фаолиятини кучайиши ҳисобига патологик шароитларда 5—10 марта ошиши, баъзан эса нормага яқин бўлиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим. Шунинг учун ҳам, кўпинча суяк кўмиги биоптати ёки суртма препаратини текширишга киришилади. Бунда ретикулоцитлар миқдори, қизил ва оқ куртак элементларининг нисбатига ва бошқаларга аҳамият берилади. Баъзи бир касалликларда периферик қонда аномал (сфероцитлар) эритроцитлар, хужайра - нишонларни аниқлаш мумкин. Гемолитик анемияларда билвосита биллирубин миқдорининг ортишига, ахлатда стеркобилин концентрациясининг кўпайишига эътибор берилади. Аномал эритроцитлар, одатда функционал жиҳатдан ўзгармаган эритроцитларга қараганда тўла қимматли эмас ва барқарорлиги кам бўлади. Тўла қимматли бўлмаган эритроцитлар учун, уларда осмотик барқарорликнинг пасайиши хосдир.

### Туғма гемолитик анемия

Аутосом-доминант белгилар бўйича наслга ўтадиган бу касаллик (туғма гемолитик сариқлик, ирсий сфероцитар анемия, микросфероцитар анемия) эритроцитар мембранасининг тузилиш нуқсонини билан боғлиқ бўлади. Мембрана натрий иони учун ўтувчан бўлиб қолади, бу эса эритроцит ичидаги осмотик босимнинг ортишига олиб келади ва у сферик шаклга киради, бир мунча мўртлашиб қолади. Бу шаклдаги, тўла қимматли бўлмаган эритроцитлар талоқ тўқимасини эгаллаб олади ва уни тез парчаланишга учратади ва гемолитик анемиянинг ривожланишга олиб келади. Бу касалликда талоқ ортиқча миқдорда аутогемолизинлар ишлаб беради деган нуқтаи назар ҳам бор. Бу ҳолларда спленомегалия жадаллашган ишчан гиперплазия ҳисобига пайдо бўлади. Касаллик илк гўдаклик даврида, баъзан эса туғилган заҳоти бошланади. Касаллик гемолитик кризлар ривожланиши билан ўтиши мумкин. Чақалоқда анемиянинг тез ора бориши (бир неча кун ичида) ва гемолитик сариқликнинг клиник белгилари кузатилади. Бу даврда уларда кўнгил айнаши, қайт қилиш, қориннинг юқори қисмидаги оғриқлар, тахикардия, нафас қисиши, гипертермия, тери қопламанинг рангпарлиги пайдо бўлади. Бу ҳолат, тезда ортиб борадиган сариқлик билан алмашинади. Гўдаклик ёшида бундай кризлар боланинг ўлимига олиб келиши мумкин. Аксарият бундай кризлар ўткир инфекцион касалликларни кўзгаши мумкин. Касаллик кризларсиз кечганда, ане-

мия ва гемолитик сариқлик симптомлари биринчи ўринга чиқади. Анемия ғоят ўртача (80—100 г/л), сариқлик камдан-кам иненсив бўлади. Бундай ҳолларда, касаллик биринчи марта ўсмирлик, йигитлик ва ҳатто навқирон ёшда яққол намоён бўлиши мумкин. Қонда биллирубин миқдори кўтарилиши туфайли, гемолитик анемияси бўлган 50—60% беморларда ўт-тош касаллиги пайдо бўлиб, бу клиник жиҳатидан буйрак санчиғи, ўткир ёки сурункали холецистит хуружларини юзага чиқаради. Бунинг натижасида, айниқса 10 ёшгача бўлган болаларда ўт пуфагида тошлар топилиши, туғма гемолитик анемияни аниқлаш учун синчиклаб текширишга кўрсатма ҳисобланади. Бемор синчиклаб кўрилганда, талоқнинг катталашгани аниқланади. Жигар олатда, катталашмаган бўлади. Касалликнинг диагностикасида қонни таҳлили асосий текширишдан бири ҳисобланади. Бунда микросфероцитоз, эритроцитар осмотик босимнинг пасайиши топилади. Нормада эритроцитлар 0,47% натрий хлорид эритмасида емирила бошлайди, гемолитик анемияда эса бу жараён 0,6% ли эритмада ёки ундан ҳам юқорироқ концентрацияли натрий хлорид эритмаларида бошланади. Қонда ҳам хос ретикулёз бўлади. Суяк кўмиги суртма препарати текширилганда қизил куртак гиперплазиясини аниқлайдилар. Криз вақтида ретикулоцитопения суяк кўмиги қизил куртаги гипоплазиясини кузатадилар. Кризисдан сўнг ретикулоцитлар сони сезиларли даражада кўпаяди. Гемолитик анемиянинг ўзига хос белгилари: қонда билвосита биллирубин концентрациясининг ортиши, сийдикда уробилин ва ахлатда стеркобилин миқдорининг ортиши характерлидир. Дорилар билан даволаш вақтинчалик натижа беради холос, лекин касалликнинг янада авж олишини ва гемолитик кризнинг ривожланишини олдини ололмайди.

Туғма гемолитик анемияни даволашнинг радикал усули спленэктомия ҳисобланади. Гарчи касалликнинг асосий сабаби талоқ гиперплазияси ва унинг фаолиятининг ортиши бўлмасада, спленэктомия беморнинг батамом соғайиб кетишига олиб келади. Бу операция натижасида эритроцитларнинг яшаш давомийлиги (ҳатто тўла қимматли эмас, аномал бўлсада) сезиларли даражада ортади, анемия ва сариқлик йўқолади. Агар операция вақтида ўт пуфагида тошлар топилса, беморнинг умумий ҳолати имкон берса, холецистэктомия амалиётини қўшиб ўтказиши лозим. Жарроҳлик амалиётини касалликнинг ремиссияси даврида, болаларнинг 3—4 ёшида бажариш мақсадга мувофиқ бўлади. Прогнози яхши.

**Талассемия.** (ўрта ер денгизи анемияси, кули анемияси). Касаллик негизини гемоглобин пептид занжирлари тузилишидаги генетик бузилишлар натижасида тўла қимматли бўлмаган эритроцитлар ишлаб чиқарилиши ташкил қилади. Касалликнинг енгил турлари симптомларсиз кечади ва гематологик текширишдагина топилиши мумкин. Касалликнинг оғир турлари тери қопламанинг сарғимтир тус олиши, калла суяги тузилишидаги яққол бузилишлар (бош-

нинг катталиги, жағларнинг кучли ривожланганлиги, бурун илди-зининг ичига тортилгани) билан юзага чиқади. Аксарият беморлар, тез-тез инфекцион касалликларга чалиниб туришларини қайд эта-дилар. Текширишда жигар ва талоқ ўлчамларининг катталашгани аниқланади. Гематологик текширишда ўзига хос «нишон» хужайра-лар топилади, эритроцитларнинг осмотик резистентлигининг ор-ганлиги маълум бўлади. Тромбоцитлар миқдори нормал бўлгани ҳолда, қонда лейкоцитлар ва ретикулоцитларнинг миқдорининг кўпайганлигини қайд қиладилар. Қон биллирубини нормадан бир мунча юқори, зардобдаги темир концентрацияси анча ошган. Ўт тошлари 25% беморларда пайдо бўлади. Талассемияда спленэктомия паллиатив операция ҳисобланиб, зарур бўлган гемотрансфузиялар миқдорини камайтиришга ва жуда катталашиб кетган талоқ билан боғлиқ бўлган ноқулайликларни тугатишга имкон беради.

**Ортирилган гемолитик анемия** — аутоиммун касаллик ҳисобла-ниб, унинг негизида ўз эритроцитларига қарши антитана (антите-ло) лар ҳосил қилиш ётади. Касалликка ҳар хил физик ва кимёвий таъсирлар, дорилар, инфекциялар туртки бўлади. Ортирилган ге-молитик анемияли беморнинг эритроцитлари, ўз таркибида ано-мал протеинлар, бунда беморларининг қон зардоби эса иммуно-глобулин Ig G (гаммаглобулин) лар сақлайди. Булар ўз эритроцит-лари ва нормал донор эритроцитларини аглюцинация қилиш қоби-лятига эга бўлади. Клиник жиҳатидан касаллик деярли туғма ге-молитик анемия каби кечади. Бироқ ортирилган анемия учун, ка-салликнинг аксари 50 ёшдан ошган аёлларда бошланиши, гемоли-тик кризларга мойиллик, бир мунча оғир (туғма туридан фарқли) кечиши хос бўлади. Спленомегалия беморларнинг ярмида қайд қилинган, бунда кўпинча гепатомегалия ҳам топилади. Лимфатик тугунларнинг катталашуви бирмунча камроқ кузатилади. Қон таҳ-лилларида ўртача анемия аниқланади. Билвосита биллирубин миқ-дорининг ортиши, эритроцитларнинг осмотик резистентлиги кам ўзгаради. Кумбс бевосита ва билвосита реакцияси кўпчилик бемор-ларда мусбат бўлади.

Даволаш сенсibiliзация қиладиган омилларни бартараф этиш-дан (уларни аниқлаш ва тугатишга ҳамма вақт ҳам муваффақ бўлин-майди), антитаналар ишланишни тўхтатиш (кортикостероидлар), ювилган донор эритроцитлари трансфузиясидан иборат. Антитана-лардан аглюцинацияланган эритроцитлар фақат талоқдан эмас, балки бутун ретикулоэндотелиал система томонидан ютилиши ва емири-лиши муносабати билан спленэктомия ҳамма вақт ҳам, қутилган натижаларни беравермайди.

Спленэктомияга кўрсатма бўлиб кортикостероид препаратлар қўлланиб бўлмаслиги ва стероид муолажанинг наф бермаслиги, тез-тез гемолитик кризлар бўлиб туриши, яққол гиперспленизм ҳодисалари хизмат қилади. Агар кўпчилик эритроцитлар жигардан

эмас талоқ томонидан емирилса, буни шу аъзоларни Cr 51 билан нишонланган эритроцитлар қўланиб аниқлаш мумкин бўлса, спленэктомия яхши натижа бериши, ремиссия даврларининг узайиши мумкин. Бироқ спленэктомиядан кейин ҳам касаллик қайталаниши, ҳатто гемолитик кризлар ривожланиши мумкин, буни энди ретикулоэндотелиал системасининг бошқа аъзоларида сақланиб қолган фаолияти билан боғланади. Шунинг учун ҳам операциядан кейин стероид муолажани давом эттиришга тўғри келади.

**Тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги)** — геморрагик диатез бирдан намоён бўлади. Касалликнинг этиологик омиллари бугунги кунгача топилмаган. Лекин, касалликнинг келиб чиқишида нейроэндокрин бузилишлар, бактериал ва вирусли инфекция маълум жиҳатда роль ўйнайди. Касалликнинг ўткир ва сурункали турлари фарқланади. Ўткир тури асосан болаларда учрайди ва бир неча кунлар, ҳафталар ёки ойлар мобайнида ривожланади. Касалликнинг сурункали тури йиллар давомида кечади ва аксарият аёлларда, айниқса вояга етиш даврида аниқланади. Верльгоф касаллиги геморрагик синдром патогенезида етакчи ўринни тромбоцитопения, тромбоцитларнинг адгезив хусусиятларининг бузилиши ва гипокоагуляция муҳим ўринни эгаллайди. Бу касалликда капиллярларнинг мўртлиги ва меъърдан ошган ўтказувчанлиги қайд этилади. Бу касаллик патогенезида талоқнинг роли охиригача маълум эмас. Талоқ антиромбоцитар антитаналар ишланишида қатнашади, айланиб юрган тромбоцитларни актив тутиб олади, емиради ва эҳтимол, суяк кўмигининг трмбоцитлар ҳосил қилиш хусусиятига пасайтирувчи таъсир кўрсатади деб ҳисоблайдилар.

Клиник манзараси: касаллик шиллиқ парда ости ва тери остига қон қуйилишлар, бачадондан қон кетишлар (айниқса репродуктив даврдаги аёлларда), бурун ва милқлар қонаши билан юзага чиқади. Меъда - ичак системасидан қон кетиш, макрогематурия ва миёга қон қуйилиш бирмунча камроқ учрайди. Юза жароҳат ва тирналишлардан қон оқиш характерли, бу ҳолларда соғ одамда қон оқмайди ёки жуда ҳам кам оқади. Объектив текширишда тери қопламларининг рангпарлигини, тери остига кўп сонли қон қуйилишларини топиш мумкин. Улар кўпинча кўкрак, қориннинг олдинги юзасида, оёқ-қўлларда жойлашади, оғиз бўшлиғида, кўз соққаларида шиллиқ парда остига қон қуйилади. Тери остига қон қуйилишлар катталиги бир неча миллиметрдан то бир неча сантиметргача катталикда бўлади. Жигар ва талоқ катталашмаган. Фақат 2% беморларда пайпаслаганда катталашган талоқни топиш мумкин. Жгут симптоми (Кончаловский—Румпель—Леде) мусбат бўлади.

Қон умумий анализида анемия яққол ифодаланган бўлиши мумкин, тромбоцитлар сонининг  $50 \times 10^9 / \text{л}$  гача пасайиши ёки  $1 \text{ мм}^3$  да 5000 ва бундан кам бўлиши мумкин. Касаллик қўзи-



ганда ва айниқса қон кетиш вақтида тромбоцитлар миқдори 0 гача пасайиши мумкин. Қон ивиш системаси текширилганда гипокоегуляция аниқланади. Қон оқиш вақти узайиши, ғовак қон ивиндиси ҳосил бўлиши, қон ивиш вақти ва протромбин вақти нормада бўлганда, унда ретракция йўқлиги характерли. Суяк кўмиги суртмаларида мегакариоцитларнинг тромбоцит ҳосил қиладиган турлари сонининг анча пасайиши аниқланади. Тромбоцитопеник пурпурани даволаш усулини танлаш беморнинг ёшига, тромбоцитопения давомийлигига, касалликнинг турига ва ўтказилаётган даволанишнинг самарадорлигига боғлиқ бўлади.

Прогнози: 16 ёшгача бўлган касалликнинг ўткир тури билан касалланган болаларда даволаш яхши натижа беради. Адекват кортикостероид даволаш қонда тромбоцитлар миқдорини оширишга, геморрагик диатез ҳодисаларини камайтиришга, кейинчалик эса соғайишига ёки деярли 80% беморларда давомли клиник ремиссияга имкон беради.

Даволаш: касалликнинг ўткир тури бўлган катта ёшдаги одамларда қийинчилик туғдиради. Стероид даволаш ҳам, спленэктомия ҳам қўлланилиши мумкин. Қон кетиш пайти хирургик операция ўтказишнинг хавфи катта, бироқ қон кетишини дори воситалари билан тўхтатишга муваффақ бўлинмаганда, операция зарур чора-тадбирдир. Тромбоцитопеник пурпуранинг сурункали турлари даволашда дори воситаларидан: кортикостероид препаратлар билан даволаш, қон ва унинг таркибий қисмларини қуйиш таъсирчан муолажадир. Дори воситалари билан даволаш 60% ҳолларда қон тромбоцитлари сонининг ортиши билан ўтади, давомли клиник эффект эса фақат 30% беморларда кузатилади. Дорилар билан даволаш яхши натижа бермаса, касаллик тез-тез қайталаниб турса, спленэктомия қилиш керак. Операция ўтказиш вақтида қўшимча талоқлар бўлиши мумкинлигини унутмаслик лозим бўлади. Уларни қолдириш операция натижасини яхши тугамаслигига сабаб бўлиши мумкин. Спленэктомиядан сўнг давомли ремиссиялар 60—90% беморларда кузатилади. Спленэктомиядан кейин стероид терапия, шунингдек иммунодепрессантлар (азатиоприн, циклофосфан ва б.) билан даволаш самаралидир.

### **Инфекцион ялиғланиш касалликларида иккиламчи гиперспленизм.**

Баъзи бир ўткир инфекцион касалликларда эритроцитларнинг қисман гемолизи, шунингдек уларнинг суяк кўмиги томонидан ишланишининг пасайишини кузатилади. Бу ретикулоэндотелиал системанинг гиперреактивлиги сабабли рўй беради. Бу хил спленомегалия, кейинчалик иккиламчи гиперспленизмнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлади. Ўткир инфекцияни тегишлича даволаш гиперспленизм симптомларининг йўқолишига олиб келади.

**Сурункали яллиғланиш ва паразитар касалликлари.** Ретикулоэндотелиал система тўқималарининг гиперплазияси билан ўтиши мумкин ва кейинчалик спленомегалия ва гиперспленизмга олиб келиши мумкин. Иккиламчи гиперспленизмнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири безгак ҳисобланади. Безгакда талоқ жуда катта ўлчамларгача катталашиб, яққол гиперспленизм ҳодисаларини, атрофдаги аъзоларнинг эзилишини келтириб чиқаради. Бундан ташқари, безгакда катталашиб кетган талоқ бирданига ёрилиб, қон кетиш хавфини туғдиради.

**Портал гипертензия ва талоқ венаси тромбозиди гиперспленизм.** Аксарият жигар циррози оқибатида юзага келган портал гипертензияда ва инфекциян касалликни бошдан кечириш натижасида талоқ венаси тромбозиди (Бантти синдроми), қопқа вена системасидаги босимнинг ортиши, талоқнинг спленомегалия ўлчамларигача катталашшига ва панцитопения ҳолати билан юзага чиқадиган иккиламчи гиперспленизмга олиб келади. Спленэктомия гиперспленизм ҳодисаларини тугатади. Баъзан қопқа вена системасидаги синдроми даволаш учун хирургик операцияни портокавал анастомоз билан тўлдиришга тўғри келади. Бантти синдромида спленэктомия яққол портал гипертензия ривожланишига қадар самаралидир. Портал гипертензияда спленэктомия қопқа вена системасида веноз босимнинг сезиларли камайишига олиб келмайди.

**Гоше касаллиги.** Бу касалликда бемор қонида аномал липоидлар — керазин пайдо бўлиб, у ретикулоэндотелиал хужайралари ва аввало талоқ томонидан актив тортиб олинади. Бу аъзоларда Гоше керозин хужайралари ҳосил бўлади. Касаллик этиологияси кам ўрганган. Касалликнинг оилавий характери ҳақида ахборотлар бор. Касаллик икки турда: ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Ўткир турида спленомегалия ва гиперспленизм тез ривожланади, клиник жиҳатидан геморрагик диатез билан бирга юзага чиқади. Касалликнинг сурункали тури болалик ёшида бошланади, узоқ вақт (баъзан бир неча 10 йилларгача) давом этади. Спленомегалия ривожланишига қадар касаллик белгилари ифодаланмайди. Касаллик белгилари ривожланиб кетган босқичида, гемосидерин йиғилиши сабабли қўл панжалари ва юз териси сарғиш ёки жигар ранг тус олади. Йирик бўғимлар соҳасидаги тери қизаради ва бир оз шишади, конъюнктивга ўзига хос қалин тортади, баъзан соннинг пастки учдан бир қисмида тўғноғичсимон қопламалар пайдо бўлади. Беморда ўртача анемия, баъзи ҳолларда геморрагик диатез симптомлари характерли. Объектив текширувда яққол спленомегалия (баъзан талоқ қорин бўшлигини деярли бутунлай эгаллайди), жигарнинг ўртача катталашуви аниқланади. Периферик лимфатик тугунлар одатда катталашмаган бўлади. Сариклик ва асцит, одатда бўлмайди. Қон таҳлилларида ўрта даражадаги анемия, лейкопения, тромбоцитопения этиборни тортади. Диагноз суяк кўмиги пунктатида ёки талоқда Гоше

хужайралари топилганда узил-кесил тасдиқланади. Гоше касаллигини даволашнинг бирдан бир таъсирчан усули спленэктомия ҳисобланади. Бироқ, бу ҳам беморнинг батамом соғайиб кетишига олиб келмайди. Операциядан кейин беморни изтиробга соладиган, катташиб кетган талоқ туфайли юзага келган гиперспленизм белгилари йўқолади.

### **Лимфогранулематоз (Хожкин касаллиги)**

Бу лимфоид тўқиманинг систем ўсма касаллиги. Морфологик жиҳатидан лимфатик тугунлар тўқимасини кўп ядроли гигант Березовский-Штернберг хужайралари ва уларнинг аждоди бир ядроли Хожкин хужайраларидан инфильтратланиши аниқланади. ўсма жараёни кўпроқ лимфатик тугунларни (бўйин, қорин пардаси орти, медиастенал, чов соҳасидаги), шунингдек лимфоид тўқимага бой аъзолар: талоқ, жигар, суяк кўмигини зарарлантиради. Бошқа ички аъзоларнинг зарарланиши жуда камдан кам кузатилади. Аксарият 20—40 ёшдаги эркаклар касалланидилар. Касаллик ремиссиялар ва қўзиш даврлари билан циклли кечади ва ўрта ҳисобда 2-5 йил давом этади. Касалликнинг 10 йил бундан узоқ вақт кечадиган «хавфсиз» номини олган турлари тўғрисида ҳам ахборотлар мавжуд. Лимфогранулематознинг ғоят жадал суръатда кечишига оид кузатувлар ҳам бор. Бу ҳолда касалликнинг биринчи йилидаёқ (ўткир лимфогранулематоз) бемор нобуд бўлади. Касаллик ривожланиб бориш жараёнида локал, чегараланган характерга эга бўлади, лимфатик тугунларнинг муайян гуруҳи зарарланади. Бир мунча кечиккан босқичларида ўсма жараёнига, турли аъзоларда жойлашган лимфатик тугунлар, талоқ, ўпка, жигар ва бошқалар тортилади.

Халқаро клиник классификация (тасниф)га кўра лимфогранулематознинг 4 та босқичи фарқ қилинади.

1-босқич (локал турлар) — диафрагманинг бир томони бўйлаб жойлашган бир ёки иккита ёндош лимфатик тугунлар гуруҳларининг зарарланиши.

2-босқич (регионар турлар) — диафрагманинг бир томони бўйлаб жойлашган иккита ёки ундан кўп ёндош бўлмаган лимфатик тугунлар гуруҳларининг зарарланиши;

3-босқич (авж олиб кетган турлари) — диафрагманинг икки томони бўйлаб лимфатик тугунларининг зарарланиши ва жараёнга талоқнинг тортилиши;

4-босқич (диссеминацияланган тури) — кўпгина лимфатик тугунлар гуруҳлари ва ички аъзоларининг зарарланиши.

Касалликнинг ҳар босқичида интоксикациянинг йўқлиги (А) ёки бир неча симптомлар борлигига кўра (В), кичик босқичлари (тана ҳароратининг 37—38° гача ошиши, тунги кучли терлашлар, тердаги қичима, тез озиб кетиш) фарқ қилинади.

Лимфогранулематоз ўз ривожланишида умумий беҳоллик, лоҳаслик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, тери қичиши билан намоён бўлади. Иситма кузатилиб, ўзига хос тўлқинсимон табиатга эга бўлади, бунда юқори гипертермия даврлари тана ҳароратининг нормал бўлиши билан алмашинади. Касаллик авж олиб борган сайин гипертермия даврлари тобора кўпроқ пайдо бўлади. Лимфогранулематозга ғоят хос белгиси - лимфатик тугунларнинг ўлчамларини катталашувидир. Бунда касалликнинг аввалги жараёнида бўйин лимфатик тугунларини эгаллайди (орқа гуруҳини). Пайпаслаганда лимфатик тугунлар юмшоқ, эластик консистенцияда, оғримайди, ҳаракатчан бўлади. Касалликнинг кечиккан босқичларида лимфатик тугунлар каттиклашиб қолади, ўзаро қўшилиб кетади ва ҳаракатсиз бўлиб қолади. Лимфатик тугунларнинг медиастенал гуруҳи зарарланганда кўкс оралигидаги ҳаётий муҳим аъзоларнинг эзилиши билан ўтадиган юқори ковак вена синдроми, Горнер синдроми, товушнинг бўғилиб қолишига боғлиқ бўлган бир қатор белгиларни топиш мумкин. Абдоминал ва қорин пардаси ортидаги лимфатик тугунлари гуруҳлари зарарланганда узоқ вақтга чўзиладиган ич кетиш бошланади. Касаллик чўзилган сайин, интоксикация белгилари, кахексия ортиб боради. Обьектив текширилганда беморларнинг тахминан 2/3 қисмида спленомегалияни топиш мумкин. Талоқ қаттиқ, эластик консистенцияли, унинг юзаси силлиқ, пайпаслаганда ўртача оғриқ пайдо бўлади. Анчагина катталашган талоқ баъзан чап қовурғалар орқасида ўз-ўзидан оғриқ сезгиларини пайдо қилади. Ўсма жараёни фақат талоқни танлаб зарарлантириши мумкин, бу ҳолда касаллик бир мунча хавфсиз кечади. Талоқ анча катталашганда периспленит, талоқнинг қайталанувчи инфарктлари ривожланади. Клиник жиҳатдан чап қовурғалар остида кучли оғриқлар, гипертермия кўринишида юзага чиқади. Қон таҳлилида ўртача гипохром анемия, нейтрофилез, лимфопения, бироз эозинофилия, тромбоцитопения аниқланади. ЭЧТ одатда бир мунча тезлашган бўлади. Лимфогранулематознинг медиастенал турида кўкс оралиги соясининг кенгайганлиги аниқланади. Сўнгги йилларда лимфогранулематозли беморларни клиник текшириш дастурига ичак тутқичи, парааортал лимфатик тугунлар биопсияси билан диагностик лапаротомия, спленэктомия операцияси киритилган. Бу ўсма жараёнининг тарқалганлигини аниқлаш имконини бериб, дорилар билан даволашнинг энг мақбул усулини танлашга ва касалликнинг кечиши ва прогнозиди ёрдам беради. Спленэктомия лимфогранулематознинг локал турида ифодаланган гиперспленизмда, кўкрак ҳамда қорин бўшлиқлари аъзоларининг эзилиши билан боғлиқ спленомегалияда тавсия этилади. Касаллик босқичи аниқлангандан сўнг зарарланган лимфатик тугунлар гуруҳи рентген нури билан даволанади ва цитостатиклар қўлланилади.

Прогнози (оқибати). Жараённинг клиник босқичига ва унинг кечиш турига боғлиқ. Касалликнинг 1 – 3 босқичларидаги 80%

беморларда тўғри даволаш олиб борилганда соғайишига ёки узоқ муддатли (10 йилдан кўп) ремиссияларга эришиш мумкин бўлади.

**Сурункали лейкоз** — қон яратилишида иштирок этувчи аъзоларнинг систем касаллиги ҳисобланади. Сурункали лейкозларнинг кўпроқ учрайдиган 2 та тури тафовут қилинади: сурункали миелолейкоз ва сурункали лимфолейкоз. Миелолейкоз учун қонда миелопозэнинг ўтмишидан ҳужайралар, яъни етилмаган ҳужайраларнинг пайдо бўлиши хос. Бу касаллик суяк кўмиги, талоқ, жигар, лимфатик тугунлар гиперплазияси билан ўтади. Лимфолейкоз қонда лимфоид қаторнинг етилмаган ҳужайралари пайдо бўлиши, лимфоид аппарат: лимфатик тугунлар, талоқ, жигар, камроқ бошқа аъзолар гиперплазияси кузатилади. Касаллик навқирон ва кекса ёшда пайдо бўлиб, кўпинча эркаларда учрайди. Клиник манзараси: беморлар дармонсизлик, тез чарчаш, меҳнат қобилиятининг пасайиши, кўп терлаш, субфебрил ҳароратларга шикоят қиладилар. Касалликнинг дастлабки белгиларидан бири тери ости лимфатик тугунларининг катталашуви дир ва бу айниқса сурункали лимфолейкоз учун хосдир. Миелолейкозда лимфатик тугунларининг катталашуви ўртача, миелоид тўқима гиперплазияси туфайли суякларда оғриқ пайдо бўлиши қайд этилади. Жигар ва айниқса талоқнинг ўлчамлари анча катталашган, кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларининг эзилишунини гиперспленизм келтириб чиқаради. Аксарият периспленит, талоқнинг қайталанадиган инфарктлари кузатилади. Ҳаддан ташқари катталашган талоқ, чап қовурғалар остида доимий оғриқлар пайдо қилиши, ёрилиб, қорин бўшлиғига кўп миқдорда қон кетиши хавфи ҳам мавжуд. Сурункали лейкоз диагнози гемограмма, суяк кўмиги пунктати, талоқни қунт билан текширишга асосланиб қўйилади.

Даволаш: сурункали лейкозларни даволашнинг асосий усули цитостатиклар, кортикостероидлар билан муолажа, лимфатик тугунлар катталашганда (лимфолейкоз), рентген нури билан даволанади. Гиперспленизм яққол юзага чиққан ҳолларда, унинг белгилари орасида геморрагик асоратлар биринчи ўринни эгаллаганда, талоқнинг қайталанадиган инфарктларида талоқни олиб ташлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Спленэктомия сурункали лимфолейкозда бир мунча самарадор бўлади. Операциядан сўнг қонда лейкоцитлар сони, геморрагик ва гемолитик ҳодисалар бир мунча камаяди. Беморларнинг умумий аҳволи яхшиланади. Талоқ соҳасига рентген нури орқали нурлаш, катта ўлчамлардаги гиперспленизм ҳолатлари юз берганда ёки спленэктомияни бажаришга қарши кўрсатмалар бўлганда қўлланилади. Спленэктомияни дори воситалари ва нур билан бирга қўшиб қўллаш, беморларнинг умумий аҳволини яхшилашга, узоқ вақтгача клиник ремиссияга эришишга имкон беради.

## ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

### Қорин пардасининг анатомик-физиологик хусусиятлари

Қорин пардаси қорин деворининг ички юзасини ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзоларни қоплаб турадиган юпқа сероз пардадан иборат. Парданинг қорин деворини ички юзасини қоплаб турган қисмига — париетал қорин пардаси (қалинлиги 90—130 мкм) ва ички аъзоларнинг каттагина қисмини қоплаб турган қисмига - висцерал қорин пардаси (қалинлиги 45—75 мкм) деб фарқланади.

Қорин пардаси юзасининг умумий сатҳи  $\approx 2 \text{ м}^2$  атрофида бўлиб, эркакларда қорин пардалари орасидаги бўшлиқ ёпиқ бўлади, аёлларда эса ташқи муҳит билан, бачадон ва унинг найлари орқали алоқада бўлади. Одатда, қорин бўшлиғида нормал шароитда ички аъзолар юзасини намлаб турадиган, меъда ва ичаклар перистальтикасини осонлаштирадиган оз миқдорда ( $\approx 20$  мл гача) тиниқ сероз суюқлик бўлади. Қорин пардаси полигонал мезотелий ва бириктирувчи тўқима қаватларидан иборат бўлиб, қон томирлар, лимфатик томирлар, ҳамда нерв толалари билан мўл таъминланган.

Қорин пардасининг бундай бой васкуляризацияси, уни бўшлиғида бўлган суюқликни сўриш хусусиятига ва яллиғланиш жараёнида иштирок этганида - экссудация қобилиятларига эга қилади. Бу хусусият қорин пардасининг диафрагмал юзасидаги сатҳида суюқликни сўриш кўпроқ даражада, кичик чаноқ соҳасида эса камроқ даражада ривожланган. Қорин пардасининг диафрагмал юзасининг бу хусусияти, унинг проксимал қисмлари ва плевра варагининг базал қисмларини боғлаб турадиган лимфатик томирлар билан биргаликда, яллиғланиш жараёнининг қорин бўшлиғининг юқори қаватидан плевра бўшлиғига ўтишига имкон туғдиради.

Париетал қорин парда сезувчан соматик нервлар (қовурғалараро нерв тармоқлари) билан иннервацияланади. Шу туфайли париетал қорин парда ҳар қандай таъсир (механик, кимёвий ва б.) турига сезувчан бўлади, бўладиган оғриқлар эса маҳаллий (локал), чегараланган (соматик оғриқлар) ҳолда ўтади. Висцерал қорин парда вегетатив (парасимпатик ва симпатик) иннервацияга эга бўлиб, соматик иннервацияга эга эмас. Шунга кўра висцерал қорин парда таъсирланганда пайдо бўладиган оғриқлар тутиш характерига эга, яъни локал эмас (висцерал оғриқлар). Кичик чаноқ қорин пардаси соматик иннервацияга эга эмас. Бу ҳол, кичик чаноқ бўшлиғидаги қорин пардасининг яллиғланиш жараёнларида, олдинги қорин девори мушакларининг ҳимоя таранглиги (висцеромотор рефлекс) бўлмаслигини изоҳлайди. Қорин пардаси яққол намоён бўладиган пластик хусусиятларга эга бўлиб, механик ёки кимёвий жароҳат етган ҳолда биринчи соатлардан бошлаб, унинг юзасига фибрин чўкади, бу бир бирига тегмай турадиган юзаларининг ёпишишига ва яллиғланиш жараёнининг чегараланишига олиб келади (ҳимоя

воситаси). Бундан ташқари, қорин пардасининг ўзи ва у ишлаб берадиган суюқлик антимиқроб хусусиятларга эга.

### Ўткир перитонит

Ўткир перитонит — висцерал ва париетал қорин пардаларининг яллиғланиши бўлиб, у инсон организми касалланишининг оғир умумий ва маҳаллий белгилари билан ўтади, ҳамда қисқа вақт ичида ҳаётий муҳим аъзолар ва системалар фаолиятининг бирмунча жиддий, ортга қайтмас бузилишларига олиб келади. Бу ҳолат, қорин бўшлиғи аъзоларининг турли ўткир касалликлари ва жароҳатларининг энг оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Қорин пардаси жароҳатланишлари одатда икки турда: очиқ ва ёпиқ бўлади.

Очиқ жароҳатланишлар (кесиб кирувчи, тешиб ўтувчи жароҳатлар), одатда ички аъзоларнинг жароҳати ёки яраланиши билан бирга учрайди, ҳамда бу ҳолат шошилишч хирургик операция (лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзолари ревизияси) ни ўтказиш заруратини тақозо этади. Очиқ жароҳатларнинг клиник кечиши ва белгилари, ички аъзога етказилган жароҳат тури ва ҳажмига боғлиқ бўлади.

Қориннинг ёпиқ жароҳатларида, кўпинча қорин пардасининг жароҳатланишлари ички аъзоларнинг шикастланиши билан бирга учрайди. Жароҳатланиш тури ва ҳажмига кўра ичга қон кетиши, посттравматик ёки постгеморрагик шок, перитонит каби белгилар мажмуаси биринчи ўринни эгаллайди. Қорин бўшлиғига бактерияларнинг тушиши билан боғлиқ бўлган бактериал (микробли) перитонитлардан ташқари, қорин бўшлиғига, қорин пардасига агрессив таъсир кўрсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: қон, сийдик, ўт, панкреатик шира - тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарқ қилинади.

Бугунги кунда, жароҳлик техникасининг такомиллашуви, кардинал ва антибактериал муолажа ютуқлари, анестезия усуллари-нинг хилма-хил турларидан фойдаланиш имкониятлари, ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятини тиклашнинг турли-туман йўллари борлигига қарамай, ўткир перитонит касаллигини даволаш муаммоси бутун жаҳон жароҳларининг диққат марказида турибди. Ёпиқ, анатомик мураккаб қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг тобора авж олиши, интоксикациянинг тез фурсатда ривожланиши, ичаклар атонияси ва булар билан боғлиқ ҳолдаги гемодинамик ва нафас олиш жараёнининг бузилишлари, кескин даражада издан чиққан метаболизм ўткир перитонит кечишини ғоят мураккаблаштиради. Бу эса ўз навбатида, специфик ва носпецифик асоратлар сонининг кўпайиши (12—48%) ва ўлим даражасининг юқорилиги билан тасдиқланади (Б.Д. Савчук, 1979; А.А. Шалимов, 1981; В.А. Попов; 1985, В.М. Буянов, 1999; В.К. Гостищев, 2002).

Бу касалликнинг аҳоли орасида кенг тарқалганлигини, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир яллиғланиши касалликлари билан

касалланиш тенденциясининг тобора ортиб бораётганлигини, шунингдек, сўнги йилларда микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан резистентлигини камайишини эътиборга олсак, бу муаммонинг клиник тиббиёт учун нечоғлик муҳимлигини англаш мумкин бўлади.

Агарда биз тарихга назар ташласак, қорин бўшлиғининг яллиғланиши жараёнлари, инсоният тарихида узоқ ўтмишдан маълум бўлиб келаётганини англаймиз. Бундан минг йилча муқаддам тиббиёт аҳлининг перитонит касаллиги белгилари ҳақида бирмунча оддийроқ тушунчаларга эга бўлганликларини, уни жарроҳлик йўли билан даволашга уринганликларига доир асосланган фикрлар мавжуд бўлганини кўрамиз (Мюллер, 1892). Янги эрамизгача бўлган даврнинг III асрида юнон врачлари Эрозотрат, қорин бўшлиғида йиғилган йирингни чов соҳасидаги кесма орқали ташқарига чиқариб ташлашга уринган. Эрамизнинг 100 - йилида рим врачлари Озерапус Эффесский: “Агар йиринг қорин пардаси билан ичаклар орасига йиғилган бўлса, йиринг қорин бўшлиғидан қарга кета оларди, энг осони чов соҳасида кесма қилиб, уни чиқариб юборган маъқул”, — деб ёзган.

III аср ўрталарида Амбруаз Паре касалликнинг кечуви (клиникаси) бўйича септикопиемияга ўхшаш “умумий зарарланиш” тўғрисида сўз юритиб, бу ҳолатнинг сабабларидан бири - қорин бўшлиғи ички қисмларининг яллиғланиши эканлигини айтади. XVIII асрда атоқли француз жарроҳи Жан Луи Пти қорин анатомиясини ўрнаётганда, қорин бўшлиғи аъзолари орасида йирингли оқмалар юз бериши мумкинлигига эътиборни қаратган. Россия табобатида, қориннинг барча яллиғланиш касалликлари - «Антон алангаси» деган умумий ном билан бирлаштирилиб, тузалмайдиган касалликлар қаторига киритилган.

Перитонит касаллигининг клиник кечуви белгиларини, ҳарбий врач Василий Шабанов (1816) биринчи марта аниқроқ тасвирлаган. У меъда ёки ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши негизида ёш аскарда, перитонит касаллигининг ривожланганини батафсил тасвирлаган. Бирмунча кейинроқ, ҳарбий медицина журналида (1840) Г. Шаляининг ичаклар перфорацияси тўғрисидаги иши эълон қилиниб, унда перитонитнинг клиник манзараси янада аниқроқ тасвирланади. Ўша йили оператив хирургия бўйича нашр қилинган қўлланмада, академик Соломон ўрта лапаротомия, ичак чокларининг баъзи турлари ва қорин деворини тикиш техникасини таклиф қилади.

Москвалик жарроҳ Л.И. Шмидт (1881 й) безгак касаллигида йиринглаб кетган талоқнинг қорин бўшлиғига ёрилиши сабабли юз берган тарқалган йирингли перитонитда, жаҳонда биринчи бўлиб муваффақиятли лапароскопияни амалга оширган. Фақат 4 йил ўтгач (1885) Англияда Траве ва Олмонияда Oberet перитонитларни операция усулида даволаш керак, деган қатъий фикрни илгари сур-



ганлар. Шундай қилиб, А.И. Шмидт операциясини, йирингли перитонитни хирургик даволашнинг бошланиши деса бўлади.

XX асрнинг биринчи чорагида кўпчилик нуфузли жарроҳлар, имкон борича операцияни эрта ўтказиш зарур, деган ягона фикрга келдилар. Бироқ, қорин бўшлиғини дренажлаш ва ювиш масалалари, айниқса ўткир баҳсларга сабаб бўлди. Агар В.М. Зиков (1897), А. Гагман (1901) қорин бўшлиғини кунт билан ювиш шарт деб айтишса, С.П. Федоров (1901) ва И. Греков (1952) уни кўп ювишга қарши чиқиб, бунда инфекция қорин бўшлиғининг бурмалари – “чўнтақларига” тушиб, унинг тарқалишига олиб келиши мумкин, деб ҳисоблаганлар. XX асрнинг 30-йилларида клиник амалиётга сульфаниламид препаратларининг жорий қилиниши ва С.С. Юдиннинг (1937) уларни қорин бўшлиғига юбориб қўллашни таклиф этиши, даволаш натижаларини анчагина яхшилади. Бу йўналиш II жаҳон уруши даврида яна камол топиб, уруш жараёнида эса жарроҳлар йирингли перитонитнинг ўлим даражасини 38—50% гача олиб борадиган, жуда оғир турларига дуч келдилар. Бу давр, қорин бўшлиғида операция қиладиган юқори малакали жарроҳларни етиштирди, уларда жарроҳлик техникасини сайқалланишига, қорин аъзоларининг оғир жароҳатларини даволашда бой тажриба орттиришга, йирингли перитонитнинг асоратлари: ичак оқмалари, эвентерациялар, инфилтратлар ва қорин бўшлиғидаги қайталанадиган йирингликларни даволашнинг асосий тамойилларини ишлаб чиқишга имкон яратди. Антибиотиклар даврининг бошланиши (Flemming, 1946, Ермольева, 1946), шунингдек 50-йилларида таъсир доираси кенг антибиотикларнинг пайдо бўлиши, йирингли перитонитларни даволашда катта ютуқларга эришишга имкон берди ва унда ўлим даражасини кескин камайтирди (Б.А. Петров, 1951, Ҳ.Ф. Фафуров, 1953). Бироқ, кейинги йилларда антибактериал препаратлар турларининг тобора кўпайишига, муолажада унинг миқдорини ошириб берилишга қарамай, антибиотикларнинг хирургик инфекцияга таъсир даражаси пасайиб, самарадорлигини йўқотмоқда ва перитонитларни даволаш натижалари янада ёмонлашмоқда.

Шундай қилиб, сўнги йилларда микроорганизмларнинг антибиотикларга резистенлиги ошиб бориши туфайли перитонитда оқибат натижа (прогноз) янада ёмонлашди ва ўлим даражаси ошди. Ўлим даражаси нисбатининг турли муаллифларда фарқланишига сабаб, ҳанузгача перитонитларнинг амалда ягона қабул қилинган классификациясининг йўқлигидир. Ваҳоланки классификация яратишга дастлабки уринишлар 1886 йилдаёқ А.Д. Павловский томонидан бошланган эди.

**Классификацияси.** Сўнги йилларда перитонитнинг ихчам, ишла-тишга қулай классификация (турлаш) ларига мойиллик кузатилмоқда. Жумладан, А.М. Карякин (1968) перитонитни фақат маҳаллий ва тарқалган турларга, В.И. Стручков муаллифдошлари билан

(1967) эса, маҳаллий, диффуз ва тарқалган (умумий) перитонитларга бўладилар. Т.С. Симонян (1971) клиника кўринишида перитонитнинг тарқалганлиги алоҳида аҳамиятга эга эмас деб ҳисоблайди ва перитонит гиперергик реакциялар нуқтаи назаридан кўздан кечириладиган классификацияни илгари суради, бунда у перитонитнинг уч босқичи — реактив, токсик ва терминал босқичларини фарқ қилади.

Бу ўринда И.И. Грековнинг (1952) қуйидаги сўзларини эслатиб ўтишни лозим топдик: “Йиринг нисбатан кам тарқалган беморларда касалликнинг оғир клиник кечиши ҳар қадамда кузатилади, бу барча тегишли даво чоралари кўрилишига қарамай, аксарият, ўлим билан якун топади”. Дарҳақиқат, клиник амалиётда кўпгина перитонит ҳолларини кузатиб, перитонитнинг тарқалганлиги муҳим прогностик белги бўлиб хизмат қилсада, ҳамиша ҳам бемор ҳолатининг оғир-енгиллиги ва прогноз билан тўла мос тушавермаслигига гувоҳ бўламиз. Яллиғланиш жараёнининг оғир - энгиллик даражаси, шубҳасиз, даво тадбирларининг ҳар хил ҳажмини талаб этади, шунингдек перитонитнинг кечишида босқичлилиқ омилидан батамом воз кечишга ёки унинг аҳамиятини пасайтиришга имкон бермайди.

Бизнинг фикримизча, бугунги кунда жарроҳлик амалиётида Б.Д. Савчук томонидан 1979 йилда таклиф этилган перитонит классификацияни қўллаш, бирмунча соддароқ ва амалиётда ишлатиш учун қулайроқ ҳисобланади. Қуйида шу классификацияни келтирамиз.

#### I. Маҳаллий перитонит:

1. Чегараланган — қорин бўшлиғининг битта ёки иккитагача анатомик соҳаларида аниқ чегараланган яллиғланиш (йиринглаш) жараёнининг бўлишидир. Бу абсцесс тушунчасига тўғри келади (1-расм).

2. Чегараланмаган — қорин бўшлиғининг бир ёки иккитадан кўп бўлмаган анатомик соҳаларини эгаллаб, атроф тўқималардан аниқ чегара (капсула) билан ажралмаган ҳолдаги яллиғланиш (йиринглаш) жараёнидир.

#### II. Тарқалган перитонит:

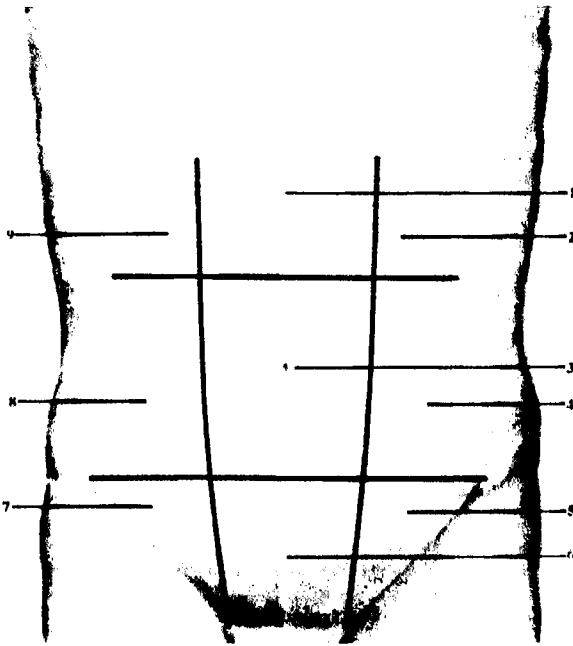
1. Диффуз — қорин бўшлиғининг иккитадан бештагача анатомик соҳаларини қамраб олган яллиғланиш (йиринглаш) жараёнидир.

2. Тарқалган перитонит — қорин бўшлиғининг бештадан ортиқ анатомик соҳаларини, кўпинча эса бутун қорин бўшлиғини эгаллаган яллиғланиш (йиринглаш) жараёнидир.

Қорин бўшлиғига йиғиладиган экссудат характериға кўра: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдик, ўт ёки меъда ости беши ширасига хос, ёинки қуруқ бўлиши мумкин.

Келиб чиқиши бўйича перитонит:

- **бирламчи перитонит** — жуда камдан кам учрайдиган тури. Бунда касалликнинг бошланишига инсон организмда бўлган би-



1-расм. Қорин бўшлиғининг анатомик соҳалари.

ро-бир инфекция сабаб бўлиши мумкин. Инфекцияни қуйидаги тушиш йўллари мавжуд:

- гематоген;
- лимфоген;
- криптоген;

йирингли жараённинг ёрилиши (абсцеснинг атрофидаги аъзолар ва тўқималардан озод қорин бўшлиғига ёрилиши).

- **иккиламчи перитонит:**

- аппендикуляр;
- холецистопанкреатит;
- перфоратив (ЯБЖ ва ДПК, Крон касаллиги ва б.);
- травматик (қорин бўшлиғидаги кавак аъзоларининг жароҳатланиши ёки жароҳатланмагани билан ўтадигани);
- некротик (ичакнинг ўткир тутилишида, меъда-ичак йўллари флегмонасида, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллиғланганда, қорин бўшлиғи аъзоларининг кам учрайдиган яллиғланишида (Меккел дивертикули);
- операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йўғон ичаклар, ўт йўллари ва бошқа аъзоларидаги операциялардан кейинги);
- гинекологик (найлар, тухумдонлар, бачадон яллиғланганда, най ёрилганда, бачадон перфорациясида, бачадон тугруқ пайти шикастланганда, тухумдон кисталари ва ўсмалари буралиб қолганда).

Кўпчилик ҳолларда перитонит полимикроб касаллик ҳисобланади. Бактериялар орасида - ичак таёқчаси (*B. coli*) гуруҳи асосий ўрин тутади, бироқ сўнги пайтларда оддий протей ва бошқа шартли патоген бактериялар аҳамияти кўпроқ бўлмоқда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмококklar ва Кох таёқчалари камроқ учрайди.

Перитонитнинг клиник кечишида ўткир йирингли перитонит ривожланишининг уч босқичи тафовут қилинади.

**1. Перитонитнинг реактив босқичи** (яллиғланишда дастлабки 24 соат, перфоратив перитонитда 12 соат) — кўпроқ маҳаллий белгилар юзага чиққан босқич: кескин оғриқ синдроми, мушакларнинг таранглашиши, қайт қилиш, мажбурий ҳолат ва б. Умумий белгилар: пульснинг 120 мартагача тез уриши, артериал қон босими (АҚБ) нинг ошиши, нафас олишнинг тезлашуви ва бошқа белгилари, интоксикацияга нисбатан кўпроқ оғриқ шоки учун хос.

**2. Перитонитнинг токсик босқичи** (яллиғланишда 24—72 соат, перфоратив перитонитда 24 соат) — маҳаллий белгиларнинг сўниши ва интоксикацияга хос умумий реакциянинг яққол устунлик қилиши билан намоён бўлади: юз қиёфаси ўткирлашган, рангпар, беморда камҳаракатлик, эйфория, пульс 120 ошган, АҚБ пасайган, кеч қайт қилиш, ҳароратнинг гектик характери, қон формуласида йирингли - токсик сурилиш. Токсик босқич учун маҳаллий белгилардан оғриқ синдромининг пасайиши, қорин мушакларининг таранглашуви ёки қориннинг шишиши, метиоризмнинг ортиб бориши хос.

**3. Терминал босқич** (яллиғланишда 72 соат, перфоратив перитонитда 24 соатдан ортиқ) — қайтиши гумон чегарадаги чуқур интоксикация босқичи: Гиппократ юзи, адинамия, руҳий ҳолат тонуси ва ҳаракатларнинг пасайиши, аксарият интоксикациядан делири, нафас олиш ва юрак-қон томир фаолиятининг талайгина бузилишлари, қўланса ҳидли кўп қайт қилиш, қон формуласидаги кескин йирингли — токсик силжиш, ҳароратнинг тушиб кетиши, баъзан бактеремия. Маҳаллий белгилардан перистальтиканинг бутунлай йўқолиши, қорин дам бўлиши ва шишиши, бутун қорин бўйлаб тарқалган оғриқ кузатилади.

### Этиологияси ва патогенези

Ўткир перитонит — висцерал ва париетал қорин парданинг яллиғланиши бўлиб, касалликнинг оғир умумий белгилари билан ўтади ва қисқа вақт ичида кўпинча ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларнинг ортга қайтиш ёки қайтмаслиги гумон бузилишларига олиб келади. Кўпчилик ҳолларда қорин пардасининг йирингли яллиғланиши қорин бўшлиғидаги бирор аъзонинг йирингли касаллиги асорати сифатида иккиламчи ривожланади. Тадқиқотчиларнинг аниқлашича, қорин бўшлиғига инфекция тушишининг асосий манбалари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: чувалчангсимон ўсимта (3—12%), ўт пуфаги (10—12%), аёллар жинсий аъзолари (2—3%) ва

ичаклар (3—5%). Камроқ сабабчилар бўлиб: травматик жароҳатлар (2,7% гача), меъда ости бези (1% гача), шунингдек операциядан кейинги перитонитлар (1% гача) ҳисобланади.

Перитонитни вужудга келтиришда энг кўп учрайдиган этиологик омил - микроб омилдир (инфекцион перитонит); кимёвий ва физик омиллар перитонитлар ривожланишида камроқ ўрин тутди (асептик). Кейинчалик, инфекция кўшилганда, асептик перитонит инфекцияга айланади (йирингли). Бироқ айрим ҳолларда, перитонитнинг бирламчи сабабини ҳатто аутопсиядан кейин ҳам аниқлашга муваффақ бўлинмайди. Бундай перитонит криптоген перитонит деб аталади. Перитонит пайдо бўлишининг асосий сабаби қорин бўшлиғига патоген микрофлора тушиши ҳисобланади, бироқ қорин бўшлиғида микрофлора борлиги ҳамisha ҳам перитонит пайдо бўлишини белгилаб бермаслиги тўғрисида кўпгина далиллар топилган.

А.А. Запорожец (1969) ва К.С. Симонян (1971) маълумотларига кўра, операция асептик шароитларда ҳамда чоклар мутлақо герметик бўлганда ҳам, қорин бўшлиғидан олинган экмаларда, кўпинча бирор микрофлоранинг ўсиши аниқланган, айти вақтда операциядан кейинги давр мутлақо силлиқ кечган. Бу далиллар қорин бўшлиғида микроблар борлиги, ҳали перитонит ривожланиши учун кифоя қилмаслиги ҳақида далолат беради, чунки бундай ҳолларда организмнинг ҳимоя кучлари агрессив сабаб таъсирини бостириш учун етарлича бўлади. Агрессия кучи (микроб дозалари)нинг ортиб бориши перитонит авж олишини келтириб чиқаради, деб тахмин қилиш табиий бир ҳолдир. Ўтказилган экспериментал тажрибалар ва клиник материалларни таҳлил қилишлар (К.С. Симонян, 1971; Б.Д. Савчук, 1979 ва б.), перитонит пайдо бўлишига замин ҳозирлаган сабаб — организмда ўткир деструктив жараён бор эканлигини кўрсатди. Н.М. Баклимова ҳаммуаллифлари билан қилган тажрибаларида итнинг қорин бўшлиғига турли концентрацияларда ахлат суспензиясини юбориб, перитонит қақришга муваффақ бўлмади. Кам концентрацияларда юборилган ахлат суспензияси ҳеч қандай белги бермади. Жуда кўп миқдорда юборилганда эса итлар, бактериемик шок ҳолати юзага келиши оқибатида ўлди, лекин перитонит ҳолати юзага келмади. Перитонит ривожланишида бирор-бир деструктив жараён зарур деган гумон билан, аввало итнинг оёғи юмшоқ тўқималарига 10% кальций хлорид эритмасини юбориб, юмшоқ тўқималар деструкцияси (некрози) ни ҳосил қилиб, сўнгра қорин бўшлиғига кам миқдорда ахлат суспензияси юборилганда, перитонитнинг яққол клиник манзараси юзага келган. Демак, перитонит қақришда нафақат бактериялар, балки бирор-бир ўткир деструктив жараён бўлиши зарурлиги, перитонитдан олдинги босқич деб қараш мумкин.

Перитонитни келтириб чиқарадиган этиологик омилларнинг кўплиги: қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир деструктив яллиғла-

ниши турлари, қўзғатувчи сабабларнинг кўплиги, шунингдек клиник белгиларнинг турли — туманлиги, бу касалликнинг полиэтиологияли эканлигини кўрсатади.

Катехоламинлар, гистамин, кортикостероидлар эндотоксинлар таъсири остида ажралиб, паренхиматоз аъзоларни оғир зарарлантиради, чуқур гемодинамик бузилишлар, оқсил, сув — туз алмашинуви ва кислота — ишқор мувозанатининг жиддий бузулишларини (гипопротеинемия, гиповолемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва метаболит ацидоз) келтириб чиқаради.

Меъда-ичак йўлининг нерв-мушак аппаратидаги гуморал ёки нерв тормоз таъсирлар оқибатида юз берадиган деструктив ўзгаришлар, шунингдек ичак деворидаги микорциркуляциянинг бузилиши сабабли яллиғланиш жараёни авж олган даврда, ичаклар атонияси ва фалажи ривожланади. Касалликнинг аввалги босқичларида ичаклар парези рўй бериб, у ичак қовузлоқларининг кенгайиши билан ўтади, бу ичак девори механорецепторларининг жиддий таъсирланишига олиб келади. Бунга жавоб тариқасида овқат ҳазм қилиш системасининг эвакуатор фаолияти тўхтади, яъни энтеро-энтерал тормоз рефлeksi ривожланади (А.А. Шалимов ва ҳаммуаллифлари, 1981). Овқат ҳазм қилиш системасининг фалажи, унинг таркибидаги овқат массалари, ширанинг димланиши ва бижғишига олиб келиб, бу эса ўз навбатида сўрилиб, умумий интоксикация даражасини кўпайтиради. Газлар ҳосил бўлиши ортган сайин, унга мос ҳолда ичаклар ва қорин ички босими кўтариледи, бу эса қорин бўшлиғида қон айланишининг бузилишини тобора кучайтиради ва касаллик кечишини соат сайин оғирлаштиради.

Шундай қилиб, касалликда содир бўладиган бир қатор патологик ўзгаришлар ва яллиғланиш жараёни ортган сайин, уларга қўшиладиган қўшимча таъсирловчи омиллар ҳам бутун бир организмда, ҳам овқат ҳазм қилиш системасининг функционал активлигида бир-бирига алоқадор “ҳалқа” ҳосил бўлишига олиб келади. Шу муносабат билан Ю.М. Гальперин (1975) ўткир перитонит бўлган беморлар ичак фалажидан эмас, балки энтерэргиядан нобуд бўладилар деб ҳисоблайди ва бу тушунча остида меъда ва ичак системасининг барча: ҳаракат, секретор ва сўриш фаолиятларининг ўткир етишмовчилигини келиб чиқишини назарда тутди.

Булардан ташқари, ўткир перитонитда гистогематик ўтказувчанлик, тўқимада газ алмашинуви, эндокрин система, оксидланиш-қайтарилиш жараёнлари, ҳужайралар мембраналари фаолияти, шунингдек жигар ва буйрак фаолиятларининг бузилишлари катта ўрин тутди. Организмнинг иммунобиологик қувватининг пасайиши, фагоцитар активликнинг йўқолиши юз беради. Қон-

нинг ивиш хусусияти ва ивишга қарши системаси фаолияти гиперкоагуляция томонига қараб ўсиш ҳисобига бузилади.

### Касалликнинг кечиши ва белгилари

Клиник нуқтаи назардан перитонит белгиларини шартли равишда умумий ва маҳаллий турларга бўлиш мумкин. Энг характерли илк белгилар қуйидагилар:

- беморнинг умумий аҳволи оғирлиги;
- беморнинг мажбурий ҳолати;
- юз қиёфасининг ўткирлашиб изтиробли кўриниши (Гиппократ юзи);

- тери ва склераларининг сарғимтир тусга кириши оғир интоксикациядан далолат беради;

- қоринда оғриқ: соматик ва висцерал бўлиши мумкин; соматик оғриқлар аниқ локализацияга ва доимий табиатга эга бўлиб, қорин мушакларининг таранглашиши билан бирга ўтади. Висцерал оғриқлар эса ўзига хос иррадиацияли санчиқ кўринишида бўлиб, маълум локализацияга эга бўлади;

- кўнгил айниши, қайт қилиш (қайт қилиш); касаллик аввалида у рефлектор характерда бўлиб, яллиғланиш жараёни қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалган сайин, меъда-ичак системасининг фалажига боғлиқ бўлади;

- ич келмаслиги ва ел чиқмаслиги (ичак парезига боғлиқ), баъзан оз-оз ва тез-тез ич келиши кузатилади;

- тахикардия (минутига 120—150 зарба) кўпинча рефлектор хусусиятга эга бўлади, баъзан брадикардия кузатилиши мумкин (меъда ва 12 бармоқли ичак ярасининг тешилишида — минутига 60 зарба);

- нафас олишнинг тезлашиши нафақат диафрагма экскурсиясининг чекланиши билан, балки ривожланаётган, ўпканинг пастки бўлаклари пневмонияси билан боғлиқ бўлиши мумкин;

- тили “чўтка” каби қуруқ;

- тана ҳарорати 38-40°C гача кўтарилади, касалликнинг терминал босқичида пасайиши мумкин;

- кўздан кечиришда қорин ичига тортилган, “тахтасимон”, таранг ёки кескин таранглашган, пассив ёки нафас олишда қатнашмайди, кеч босқичларида эса ичак парези ҳисобига шишган бўлиши мумкин.

Шеткин—Блумберг белгиси мусбат ва яллиғланиш жараёнида париетал қорин пардасининг иштирокидан дарак беради. Перкуссияда жигар чегаралари яхши аниқланмайди, қорин бўшлиғида экскурдат ёки эркин газ ҳисобига товуш ўзгариши кузатилади. Аускультацияда ичаклар перистальтика шовқинлари бўлмаслиги ичак фалажидан дарак беради.

Гемодинамик бузилишлар йирингли перитонит клиникасида муҳим ўрин тутади, бунинг устига юрак-қон томир ва нафас олиш системаси бузилишлари, қорин пардасининг тарқалган яллиғланишида ўлимга келтирувчи асосий сабаблардан ҳисобланади. Гемодинамиканинг бузилишлари, эндотоксиннинг юрак миокардига бевосита таъсири натижаси деб ҳам қаралади, нафас олиш системаси етишмовчилиги эса, асосан токсинларнинг ўпка томирлар тўрига бевосита таъсири билан боғланади. Чунки гемодинамик бузилишларда ўпка компоненти бирламчи ҳисобланади.

Шундай қилиб, гемодинамик бузилишлари замирида томир ўзанидаги суюқликнинг қорин бўшлиғига ва ички аъзоларга кўп миқдорда диффузланиши, ҳамда суюқликнинг томирлар ўзанидан оралик бўшлиқларга ўтиши ҳисобланади. Бундай шароитда қорин бўшлиғига организмнинг бутун хужайра ташқарисидagi суюқлигининг 50% гача ўтиши мумкин, бу 6—10 литрни ташкил қилади. Илгари суюқликнинг бундай ўтиши секвестрация деб аталган, чунки у қон айланиши таркибидан чиқарилар эди. Секвестрланган суюқликнинг асосий қисми охир-оқибатда экссудат таркибини ташкил этади, организмдан бу экссудат билан бирга кўп миқдорда электролитлар, оқсиллар, актив ферментлар ва бошқалар йўқотилади. Патологик секрет кўринишидаги бу суюқликнинг нисбатан камроқ қисми ичак бўшлиғига тушиб, шундоқ ҳам бузилган метаболик жараёнда, кўп сонли компонентларини ўзига тортиб олади. Суюқликнинг талайгина миқдори, қайт қилиш оқибатида йўқотилади. Бундай шароитда организмда айланиб юрган қоннинг умумий ҳажмининг камайиши, юракдан чиқаётган қон босимининг ўзгаришлари, тахикардия ва гематокрит кўрсаткичларининг ортиши кузатилади.

Касаллик авж олган сайин юрак-қон томирлар системаси фаолиятининг компенсатор заҳиралари ўз-ўзидан камайиб кетиши юз беради, бунинг натижасида юрак сиқиб чиқараётган қон кўрсаткичлари камаяди, юракнинг минутда ва ҳар зарбада етказиб бераётган қон ҳажми мувофиқ равишда пасайиши, қон оқими умумий тезлигининг пасайиши ва қон циркуляциясининг самарадорлик коэффиценти пасайиши кузатилади.

Оғир йиринглик касалликлар одатда модда алмашинуви жараёнларининг кескин активлашиши ва уларнинг катаболик реакциялар томонига силжиши билан ўтиб, организмнинг одатдан ташқари энергетик сарф-харажатларининг ортишига сабаб бўлади. Тана ҳароратининг одатдагидан 1°C га кўтарилиши энергетик сарф-харажатларини 15% гача ортишига олиб келади. Ҳаттоки қорин ички аъзоларидаги маҳаллий модда алмашинуви жараёни нормада организмнинг умумий модда алмашинувининг қарийб 50% ни ташкил қилса, яллиғланиш жараёнида эса унинг анчагина ортиши ва оғир перитонитли беморда энергияга эҳтиёж бир кеча-кундуз мобайнида 3000—3500 ккал ни ташкил этиши мумкин.



Бу соҳада тадқиқотлар олиб борган барча муаллифлар, оқсил метаболизмининг миқдорий бузилишларини қайд этганлар, бунда улар перитонитда яққол оқсил миқдорини ортиқ даражадаги ташқи йўқотишлари, гипо- ва дис протеинемиянинг асосий сабабларидан эканлигини далил сифатида келтирадилар. К.С. Симоняннинг фикрича (1971), сийдик, қайт қилиш массалари ва экссудат билан боғлиқ оқсил йўқотишлар бир кеча-кундуз мобайнида 50 дан 200 г. гача етиши мумкин, аслида бу йўқотишлар ҳамиша ҳам гипопро-теинемия билан ўтавермайди. В.Д. Федоров (1974), аксинча, плазма умумий оқсили даражасининг сезиларли пасайишини кўрсатиб ўтиб, гипопро-теинемия маҳаллий перитонитда ҳам кузатилиб, қорин пар-дасининг тарқалган ва умумий яллиғланишида энг юқори даража-га кўтарилганлигини баён қилган. А.Н. Люлька ва В. Бегуняклар (1976) ҳам, перитонитнинг тарқалган турларида плазма таркибида айланиб юрувчи доимий оқсилларнинг миқдорини бирмунча па-сайишини аниқлаганлар.

Одатда, кўпроқ мутлоқ оқсил йўқотишлар йирингли экссудат билан рўй беради, бу Welch, Burke (1963) маълумотларига кўра 30 дан 50 г/л гача етади, яъни қон плазмасидаги протеин миқдорига яқин йўқотишлар бўлади. Аҳамияти жиҳатидан иккинчи ўринни оқсилнинг қайт қилиш массалари билан йўқотилиши, охирги ўринда эса сийдик билан йўқотилиши туради. Бу чуқур интоксикацияда буйрак фильтрацияси ва реабсорбциясининг бузилишлари оқибат-ида содир бўлади. Ниҳоят, оқсилнинг каттагина миқдори парез бўлган ичак бўшлиғига диффузия йўли билан ўтиб, у ерда у пато-логик фермент парчаланишига учрайди. Бундай парчаланиш маҳсу-лотларини реабсорбция қилиш имконияти бўлса керак, лекин орга-низм уларни иммун ва пластик материал сифатида ишлатиши гоят шубҳалидир.

Ўткир перитонитда оқсил алмашинуви сифат жиҳатидан ҳам турли бузилишларга учрайди. Аввало гипоальбуминемия юзага келади, кейин эса плазма протеини миқдорининг умумий пасайиши (ги-попротеинемия) таъсирида глобулин фракцияси миқдорининг ор-тиши кузатилади. Одатда альбумин даражасининг кескин камайи-ши ва глобулин фракциясининг ортиши тарқалган перитонитга хос бўлиб, бу мойиллик кузатувнинг 10- кунигача боради. Глобулин фракцияси миқдорининг ўзгаришлари фақат бир томонлама эмас, баъзан плазманинг глобулин компоненти миқдорининг ўсмаслиги мумкин. Бу ҳолат маҳаллий перитонитда бирмунча яққолроқ, тар-қалган перитонитда нисбатан камроқ намоён бўлади.

Перитонитда минерал алмашинуви ҳам бузилиб, организмда сув-электролит мувозанати ўзгаради. Маълумки, калий (K<sup>+</sup>) электро-лити асосий, бунинг устига энг ўзгарувчан ҳужайра катиони ҳисоб-ланади. Яллиғланиш ўчоғида гидростатик тўқима мувозанати бу-зилган ҳолатларда калий иони энг ўзгарувчан бўлгани туфайли

тўқимани тарқ этади ва ҳужайра структураларида натрий ( $\text{Na}^+$ ) иони ёки (анаэроб гидролиз шароитида) водород ( $\text{H}^+$ ) иони билан алмашинади. Бундан ташқари, калийнинг катта миқдори ҳужайра элементларини емирилиши натижасида озод бўлади. Перитонитда яллиғланиши экссудати таркибида калий иони миқдорининг одатдан ташқари кўплиги (8,1—10,1 ммоль/л) бунинг тасдиғи бўлади, яъни плазмадаги нисбатан 2 марта юқори бўлади.

Калий патологик ўзгарган меъда-ичак йўллари шираси таркибида бундан ҳам кўп миқдорда бўлади. Перитонитда, бузилган реабсорбция шароитларида, эҳтимол буйрак найчалари даражаларида, калий катионининг натрий ёки водород иони билан алмашинуви рўй беради ва бу сийдикда калий миқдорининг кўпайишига олиб келади. Айни вақтда калийнинг сийдик билан кўп миқдорда ажралиб чиқиши, унинг яллиғли экссудат ва қайт қилиш маҳсулоти билан ҳам йўқолиши сабабли организмда юзага келган гиперкалиемия, тез фурсатда гипокалиемия билан алмашинади, бу организмда калий ионининг мутлоқ танқислигини пайдо қилади. Ниҳоят, перитонитнинг терминал босқичида ўткир буйрак етишмовчилигининг орта бориши электролитларнинг (1-навбатда калийнинг) буйрақлар томонидан экскрециясини кескин бузади, бу ҳужайра ичидаги калий миқдори пастлигича қолган бўлсада, гипокалиемиянинг тобора чуқурлашиб боришига олиб келади.

Организм учун  $\text{K}^+$ нинг патологик йўқотилишининг муҳимлигини таъкидлаб ўтишга эҳтиёж бўлмаса керак, чунки у нерв толасининг ўтказувчанлиғи жараёнларида, юрак фаолиятида муҳим ўрин тутди. Умумий калий танқислиғи перитонитда ичак парези пайдо бўлишида ва миокард фаолиятининг бузилишида муҳим аҳамиятга эга. Ўз навбатида бу ҳол перитонитда вужудга келадиган гемодинамик бузилишларининг келиб чиқишида ҳам алоҳида аҳамиятга эга бўлади.

Натрий ( $\text{Na}^+$ ) иони алмашинуви перитонитда аксари тенденцияда бўлади, яъни унинг организмда тутилиб қолишига мойиллиғи билан белгиланади. Бу унинг миқдорини ҳужайра элементларида ортиши ва ўртача гипонатримия пайдо бўлиши, унинг сийдик билан экскрециясининг пасайиши кузатилади. Натрийнинг бундай тутилишини буйрак усти безлари минералкортикоид фаолиятининг кучайиши, хусусан альдостерон ишланишининг жадаллашиши билан изоҳланади. Биологик муҳитларда осмотик мувозанатни сақлаб туришда натрий катиони етакчилик қилишини назарда тутиб, альдостерон ишланиши кучайишини, организмнинг кескин бузилган шароитларида ўзига хос ҳимоя воситаси эканлигини тан олиш лозим. Экссудатда, меъда ва ичак суюқлиғида натрий миқдорининг нисбатан юқори эмаслиғи ҳам бунинг тасдиғи бўлади.

Перитонитда организм кислота-ишқор ҳолати (КИҲ) мувозанатининг бузилишлари кўп йиллар мобайнида клиницистларнинг диқ-

қат марказида турган. Баъзи муаллифлар (В.Я. Шлапобарский, 1958; П.Л. Сельцовский, 1963) перитонитда, айниқса тарқалган турларида ҳамиша яққол ацидоз ҳолати пайдо бўлади деб ҳисоблаган. Бироқ, Аструпнинг аниқ экспресс микроэлектролитларни текшириш усули пайдо бўлиши билан перитонитда бу тенденциянинг ҳамиша доимий эмаслиги қайд этилган. Бунинг устига перитонитда, аксарият аввалда алкалоз ҳолати, кейин эса ацидоз кузатилади, ҳамда КИХ кўрсаткичлари бундай шароитларда жуда тез ўзгариши мумкин.

Тобора чуқурлашиб борадиган паралитик ичак тутилиши (45-85%) перитонит кечишини оғирлаштиради. Кўпинча муаллифларнинг ичак парези даражаси билан касалликнинг эҳтимол тутилган оқибати ўртасидаги бевосита алоқадорликни кўришлари бежис эмас. Бу асорат перитонитнинг реактив босқичида 40% беморларда, токсик босқичда — 80%, терминал босқичида эса, барча беморларда кузатилиши мумкин. Маҳаллий перитонитда яққол ичак парези умуман олганда 54%да, унинг тарқалган турларида эса — 82,7% беморларда кузатилиши мумкин. Шундай қилиб, перитонит патогенезида паралитик ичак тутилиши белгилари билан касаллик оғирлигининг орта бориши ўртасида аниқ боғланиш борлиги кузатилади.

### Диагностикаси

Ўткир перитонит билан хасталанган беморларни текшириш мунтазам, ҳар томонлама бўлиши ва касаллик анамнези, шикоятлар, объектив кўрик, пайпаслаш, аускультация ва перкуссия натижаларини ўрганишни ўз ичига олиши, клиник ва биокимёвий текширишлар ўтказишни талаб этади.

Касаллик анамнезини синчиклаб ўрганиш тўғри ташхис қўйиш, ўз вақтида ва асосланган даволашда I-даражали аҳамиятга эга. Анамнезга аввало касалликнинг асосий белгилари тўғрисидаги аниқ маълумотларни, беморнинг жарроҳлик бўлимига ётқизилгунча қадар қўлланилган даво чора-тадбирларини аниқлаш лозим бўлади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликларининг асосий белгиларидан бири оғриқ бўлиб, унинг жойлашуви, кучи, характерини аниқлаш муҳим ҳисобланади. Бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви билан ўтадиган, қоринда қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши, қорин бўшлиғидаги жиддий таҳдиддан дарак берувчи ҳимоя белгилардан бири ҳисобланади. Перитонит диагностикасида қайт қилиш, унинг маҳсулоти ёки таркиби, неча мартаба қайталанишини аниқлаш алоҳида ўрин тутди.

Тилни текшириш асосий омилларидан бири ҳисобланиб, организмда суюқликнинг деполаниши, дегидратация ривожланаётганига боғлиқ бўлади. Перитонитда тил “чўтка” сингари қуруқ бўлиши кузатилади.

Перитонит диагносикасида қоринни текшириш муҳим аҳамиятга эга. Қоринни кўздан кечиришда, одатда беморнинг шикоятига

алоҳида аҳамият берилиб, ичга ботган ёки шишганлиги, нафас олиш жараёнида иштироки, тери қопламларининг рангини ўзгартиришига алоҳида аҳамият берилади. Қорин девори ҳаракатланишининг асосий яллиғланиш ўчоғи соҳасида ҳаракатланиши, бошқа соҳалардагидан кўпроқ чекланганлиги қайд этилади. Юзаки пайпаслаб кўрилганда яллиғланган париетал қорин пардасига тегишли соҳада қорин олди девори мушакларининг ҳимоя таранглашуви аниқланади. Мушак ҳимояси, айниқса ковак аъзолар перфорациясида аниқ (“тахтасимон қорин”) ифодаланган бўлади. Ушбу белги яллиғланиш жараёни кичик чаноқ бўшлиғида жойлашганида ёки қориннинг орқа девори париетал пардаси шикастланганда камроқ намоён бўлиши мумкин. Биринчи ҳолатда, перитонит диагностикасида ректал текшириш қимматли маълумот беради. Бунда тўғри ичак олдинги деворининг экссудат йиғилиши ҳисобига осилиб қолганини, тўғри ичак деворини босилганда оғриқ бўлишини аниқлаш мумкин. Аёлларда вагинал текширишда, қин орқа гумбазининг осилганини, бачадоннинг бўйин қисми силанганда оғриқнинг бўлишини аниқлаш мумкин. Қорин деворининг орқа қисми яллиғланиши белгиларини топиш учун, шу соҳа мушакларининг тонусини аниқлаш лозим бўлади.

Қорин перкуссияси пневмоперитонеум борлиги, қоринда қон йиғилгани ёки экссудат борлигини аниқлашга имкон берадиган текшириш усули ҳисобланади. Перкуссияда яллиғланган қорин пардасининг тегишли соҳасидаги оғриқни, ичак парези ҳисобига юқори тимпанит товушини, шунингдек қориннинг бирор соҳасида кўп миқдорда экссудат йиғилганда перкутор товушнинг тўмтоқлашганини аниқлаш мумкин.

Аускультацияда перистальтика шовқинларининг йўқлиги паралитик ичак тутилиши мавжудлигидан далолат беради. Паралитик ичак тутилиши оқибатида, одатда таркибини ичакда йиғилган суюқлик ташкил этган такрорий қайт қилишлар, ҳиқичоқ тутиши қайд этилиб, булар диафрагма нерви таъсирланишидан далолат беради. Ич келмай қолиши ва елнинг чиқмай қолиши касалликка хос белгилардан ҳисобланади.

Беморнинг ташқи кўринишига, юрак-қон томирлар системаси, нафас олиш аъзолари фаолиятини текширишга, шунингдек тана ҳароратини ўлчашга катта аҳамият берилади, булар ташхис қўйишда қўшимча маълумотлар бериши мумкин. Қон анализидида юқори даражадаги лейкоцитоз, ҳимоя кучлар пасайганида лейкопения билан алмашилиши мумкин. Сув-электролит мувозанати, кислота-ишқор ҳолатининг бузилишлари юқори даражаларгача чиқади.

Электрокардиография (ЭКГ)да миокарднинг токсемия ҳисобига зарарланишига ва электролитлар мувозанатининг бузилишларига (гипокалиемия)га хос белгилар пайдо бўлади. Коагулограммада диссеминацияланган томир ичида ивиш синдроми (ДВС-синдром)

белгилари аниқланади. Бу эса ўз навбатида микроциркуляцияни бузади, касаллик кечишини оғирлаштиради. Бу нохуш омилларининг барчаси ҳаётий муҳим аъзолар ва системалар фаолиятининг декомпенсациясига олиб келади, юрак-қон томирлар, нафас олиш системаси ва жигар-буйрак етишмовчилигини ривожлантиради.

Ўткир перитонитни диагностикасида фойдаланиладиган инструментал (асбоб-ускуна ёрдамида) текшириш усуллари 2 гуруҳга бўлиш мумкин.

**1. Ноинвазив усуллар:** Бугунги кунда кўп қўлланиладиган усулларга қорин бўшлигининг умумий рентгенографияси (обзор рентгенография), ультратовуш ёрдамида сканерлаш (УЗИ текшируви), реографиялар кирази.

**Қорин бўшлигининг рентгенографияси.** Бу текширувда, айниқса ковак аъзолар (меъда, 12 бармоқли ичак, ингичка ичак яраси ёки ўсмасининг) перфорациясида диафрагманинг ўнг ёки чап гумбази остида газ (ел) йиғилганини, жароҳат томонида диафрагманинг юқори турганлигини топиш мумкин. Айрим ҳолларда яллиғланиш ўчоғида ёндош ичакларнинг парамтик ҳолати ёки елдан шишганини, перитонитнинг кечки босқичларида — ичак қовузлоқларида, ўткир ичак тугилишига хос, суюқлик сатҳлари (тўнқарилган Клойбер косачалари)ни аниқлаш мумкин. Рентгенологик усулнинг диагностика имкониятлари полипозицион рентгенография, пневмоперитонеография, ретропневмоперитонеография услублари қўлланилганда янада кенгайади ва бирор аъзонинг илк босқичида яллиғланишни (аъзонинг қалинлашгани, кўшни аъзоларга ва деворларга ёпишганлиги, қорин бўшлиғи лимфа тугунларининг эрта гиперплазияси ва б.) топишга имкон беради.

**Қорин бўшлиғини ультратовуш ёрдамида сканерлаш:** Бу усул - қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳолати, улардаги ўзгаришлар, ҳамда бўшлиқнинг бирор бўлимида экссудат йиғилганини аниқлашга ёрдам беради, айрим ҳолларда эса ўт пуфағи ёки меъда ости беши соҳасидаги инфилтрация ёки деструктив жараёни, елдан шишиб кетган, парамтик ичакни ёки деструктив жараённи аниқлашга имкон беради.

**Реография** - диастолик тўлқин баландлигининг систолик тўлқинга нисбатан кескин ошганини (нормада аксинча) аниқлашга имкон беради, бу меъда-ичак системасининг қон томирларидаги димланиш ҳодисалари тўғрисида хулоса қилишга ёрдам беради.

**2. Инвазив усуллар:** лапароцентез, “изловчи” катетер усули, диагностикак лапароскопия ва диагностикак лапаротомия.

**Лапароцентез** текширишнинг бирмунча оддий усули бўлиб, қорин деворини тешиб, қорин бўшлиғига ингичка катетер киритиш йўли билан амалга оширилади. Перитонеал экссудатни катетер орқали ташқарига чиқиши перитонит борлигига далил бўлади. Бу усул операция ўтказиш катта хавф билан боғлиқ бўлган диагнос-

тик қийин ҳолларда, қорин бўшлиғида экссудат ёки қон борлигини топишга, уни аспирация қилишга ва микроскопик текширишга имкон беради. Олинган суюқлик хусусияти бўйича (қон, йиринг ва б.) қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Экссудатни рН миқдорига, амилаза, эритроцитлар борлигига, унинг ташқи кўриниши, хиди, рангига кўра лапаротомияга кўрсатмаларни аниқлаш мумкин. Бу усулни қўллаш 91% гача ҳолларда тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

**Лапароскопия** бевосита яллиғланиш манбаини топишга ёрдам берадиган бирмунча ишончли усул ҳисобланади. Бу усул текширишнинг, ноинвазив усуллари маълумот бермаган тақдирда, ташхис қўйишга ишонч бўлмаганда қўлланилади. Лапароскопияда қорин бўшлиғининг деярли ҳамма аъзоларини кўздан кечириш, париетал ва висцерал қорин пардасининг ҳолатига баҳо бериш, экссудат бор ёки йўқлигини топиш мумкин.

**Диагностик лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзоларини** қийин ҳолларда тафтиш қилиш ўз вақтида тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

### **Дифференциал диагностикаси**

Тахминан 85% ҳолларда қорин бўшлиғининг бирорта аъзосидаги патоморфологик ўзгаришлар белгилари билан параллел ҳолда ривожланади ва ташхис қўйишни осонлаштиради. Бироқ, ўткир хирургик касалликларнинг тахминан 15% ҳолларда маҳаллий белгилар ноаниқ характерда бўлади, баъзида умумий белгилар ҳам ноаниқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда оғриқ хуружи характерига алоҳида эътибор бериш керак. Ўткир хирургик касалликларда оғриқ чўққиси, меъда-ичак йўли фаолияти бузилишларига қараганда, бир мунча яққолроқ намоён бўлади. Иккинчи муҳим дифференциал белги диспептик белгиларнинг қандай табиатга эга эканлиги ҳисобланади. Деструкция бўлмаганда анамнездаги қайт қилиш камдан кам бўладиган ҳодиса ҳисобланади, ваҳоланки, деструкция бўлганда диспептик белгилар касалликни етакчи белгилари бўлиб ҳисобланади. Шеткин—Блюмберг белгиси муҳим белги ҳисобланади, унинг мусбат бўлиши, деструктив жараёнга қорин пардасининг алоқадорлиги ҳақида далолат беради.

Перитонитнинг токсик ва терминал босқичида дифференциал диагноз, одатда, жиддий қийинчиликлар туғдирмайди, бироқ худди шу босқичларда перитонитни даволаш кўпинча кам фойдали бўлади. Перитонитнинг бошланғич босқичида аниқлаш бирмунча қийин бўлади, чунки унинг клиник белгилари перитонит манбаи бўлган (ўткир аппендицит, ўткир холецистит ёки б.) касаллик белгиларидан кам фарқ қилади.

Ўткир панкреатитда перитонит учун хос қатор белгиларни аниқлаш мумкин. Айни вақтда панкреатитда тўхтамайдиган қайт қилиш таъсирида, қорин олд девори мушаклари таранглашуви яққол на-

моён бўлмаслиги мумкин. Қорин пардасининг алоҳида таъсирланиш белгилари йўқ, касаллик бошланишида ҳарорат нормаллигича қолади. Қон ва сийдик таҳлилида диастаза ферменти миқдорини ошганлиги аниқланади.

Ўткир механик ичак тутилиши клиник жиҳатдан перитонитдан фақат бошланғич даврларида фарқ қилади, кейинчалик тўғри муолажа бўлмаганда, ичак перфорацияси ривожланади ва ичак тутилиши белгиларига перитонит ҳам қўшилади. Агар ўткир ичак тутилишининг бошланғич даврида оғриқлар кучли (хуружсимон) хусусиятга эга бўлса, перитонит учун доимий оғриқлар хос бўлади. Ичак тутилиб қолганда перистальтика аввалига кескин кучайган, ҳаттоки баъзан кўзга илғаб олинадиган даражада перистальтика аниқланади. Перитонитда ҳам рентгенологик текширувда, ичак тутилишига хос белги — Клойбер “косачалари”ни аниқлаш мумкин.

Жигар санчиғи учун ўнг қовурға остида, ўнг курак ости ёки ўнг елка устига иррадиация берадиган (ўтадиган) хуружсимон оғриқлар, таркибига ўт аралашган оз миқдорда меъда суюқлигини қайт қилиш хос бўлади. Ўнг қовурға остида мушак таранглашуви баъзан яққол эмас, қорин пардасининг таъсирланиш белгилари бўлмайди. Иссиқ тутиш ва муолажа жигар санчиғи хуружини тезда йуқотади.

Ўткир холецистит ва перитонит ўртасида дифференциал диагноз ўтказиш анча қийин кечади. Ўткир флегмоноз холециститда маҳаллий перитонит учун хос белгилар: доимий оғриқлар, мушаклар таранглашуви, қорин пардаси таъсирланиш белгилари, ичак перистальтикаси активлигининг пасайиши, гипертермия, лейкоцитозни аниқлаш мумкин. Беморларни соат сайин кунт билан кузатиш, яллиғланиш жараёни объектив белгиларини — ҳарорат, пульс тезлиги, артериал босим даражаси, лейкоцитозни бемор шикоятларидаги ўзгаришларни ва объектив текшириш маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, бир неча марта аниқлаш врачга ўт қопчасидаги ўткир жараёнининг кечиш босқичини билиб олиш, самарали даво ўтказиш ва кейинги муолажани қандай олиб боришга ёрдам беради.

Меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружида, айниқса йирик каллез ёки ёйилган яраларда яллиғланиш жараёнига қорин пардаси қўшилганда, қоринда доимий кучли оғриқлар, мушаклар таранглашиши, баъзан мусбат Шеткин—Блюмберг белгисини кўриш мумкин. Айни вақтда перитонитдан фарқли равишда овқатдан сўнг оғриқларнинг бир оз камайиши, перистальтиканинг йуқолмаганини аниқлаш мумкин. Тана ҳарорати нормаллигича қолади, тахикардия хос бўлмай, беморнинг тили нам, қон формуласидаги ўзгаришлар одатда кам бўлади.

Буйрак санчиғи қоринда оғриқ сезгилари, унинг дам бўлиши, ич келиш ва ел чиқшнинг тутилиши билан ўтиши мумкин, бу перитонитда ҳам бўлади. Бироқ оғриқларнинг ўзига хос жойлашуви (асосан бел соҳасида), уларнинг хуружсимон табиати ва сонга,

жинсий аъзоларга берилиши (иррадиацияси), оғриқларнинг бемор тана вазиятини ўзгартиришига алоқадор эмаслиги, беморнинг безовталиги, гипертермия, қорин пардаси таъсирланиш белгиларининг йўқлиги, шунингдек сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар (гема-турия, лейкоцитурия), бу иккала касаллик ўртасида аниқ дифференциал диагностика тафовут ўтказишга имкон беради.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликларига алоқадор бўлмаган баъзи бир бошқа касалликлар (базал плеврит, пневмония, миокард инфаркти, қовурғаларнинг кўплаб синиши) перитонитга хос белгилар билан ўтиши мумкин. Бундай ҳолларда кўкрак бўшлиғи аъзоларини қунт билан инструментал текшириш усуллари ва рентгенологик текширувдан фойдаланиш ёрдам беради.

Кекса ёшдаги шахсларда перитонитни диагностика қилиш жиддий қийинчиликлар туғдириши мумкин. Бунда ҳам анамнез йиғиш қийин, организм реактивлигини пасайиб кетиши ҳисобига оғриқ сезгилари ва касалликнинг баъзи объектив белгилари (мушак ҳимояси, гипертермия, лейкоцитоз) пасайганлиги сабабли, кам юзага чиқиши мумкин.

Болаларда перитонитни диагностика қилишда бемор билан ўзаро мулоқат йўқлиги, касалликнинг қимматли анамнезини йиғиб бўлмаслиги, ташхис қўйишни қийинлаштиради. Болаларда перитонит кўпинча яққол оғриқ сезгилари, қорин мушакларининг кескин таранглашуви, юқори гипертермия ва лейкоцитоз билан гиперэргик реакция типи бўйича кечишини унутмаслик лозим бўлади.

Диагностика қилишда операциядан кейинги перитонитлар алоҳида қийинчилик туғдиради, чунки бу даҳшатли касаллик операциядан кейинги даврни кечишини оғирлаштиради. Мазкур ҳолда, инфекциянинг асосий манбаи қорин бўшлиғи аъзолари ўртасида қўйилган анастомоз чокларининг нобоплиги (етишмовчилиги), қон ёки экссудат йиғилиши, кейин эса уларнинг йиринглаши ҳисобига бўлиши мумкин. Чунки операция вақтида асептика қоидаларига қанчалик риоя қилинмасин, операция майдонига микробларнинг тушишини батамом олдини олиб бўлади деб бўлмайди. Диагностика қилишнинг қийинлигига сабаб шуки, операциядан кейинги даврда организм ўз ҳимоя кучларини операция жароҳатига жавобан сафарбар қилганидан, перитонит белгилари яққол намоён бўлмаслиги мумкин.

### **Комплекс даволашнинг асосий тамойиллари**

Беморларни шошилиш операциядан олдин тайёрлаш индивидуал, бирга қўшилиб келган ҳамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда ва интенсив, сув-электrolитлар мувозанатини, КИҲ тиклаган ҳолда, оқсил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тўғри-лашга қаратилган бўлиб, барча текширишлар таҳлилининг назорати остида бўлиш керак. Премедикация ва меъда-ичак системасининг



декомпрессияси (суюқлигини чиқариш) алоҳида ўрин тутати. Операциядан олдинги тайёрлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули оғриқ синдромини бартаф этишга, организмнинг нейроциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тузатишга ва нормаллаштиришига имкон берадиган, сунъий бошқариб туриладиган нафас олиш, умумий эндотрахеал наркоз ҳисобланади.

Кўпчилик беморларда ўткир перитонит ташхиси қўйилганда операцион кесма (қорин бўшлиғига кириш йўли) сифатида ўрта-ўрта лапаротомиядан фойдаланилади. Чунки бу кесма, қорин бўшлиғи аъзоларини тўлиқ тафтишдан ўтказишга ва камроқ шикаст етказишга имконият беради.

Агар перитонитнинг манбаи, олиб ташланиши мумкин бўлган аъзо (чувалчангсимон ўсимта, ўт қопчаси) бўлса ва техник шароитлар шундай қилишга имкон берса, инфекция ўчоғини қорин бўшлиғидан радикал олиб ташлаш мақсадга мувофиқ. Кавак аъзолар перфорациясида (меъда, 12 бармоқли ичак яраси, йўғон ичак дивертикули, меъда ёки йўғон ичак ўсмаси), перфоратив тешик кўпинча тикиб қўйилади. Агар перфорация бўлган вақтдан 6 соатдан кўпроқ вақт ўтган бўлса, қорин бўшлиғини бактериемияси мумкинлигини ва йирингли перитонит ривожланишини кутиш мумкин. Дивертикул яллиғланганида ёки рак ўсмаси тешилганда, аъзо нуқсонини тикиш, одатда бажариб бўлмайди. Бундай ҳолларда зарарланган аъзо (агар бу техник жиҳатдан мумкин бўлса) резекция қилиниши ёки ичак декомпрессиясини берувчи стома қўйиш керак бўлади. Илгари қўйилган анастомоз чокларининг нобоплигини келтириб чиқарган - операциядан кейинги перитонитда, анастомоздаги нуқсонни атроф тўқималардаги яққол яллиғланиш инфилтратив ўзгаришлари сабабли одатда тикишга муваффақ бўлинмайди, шунинг учун аксарият ҳолларда, унинг тешигига ичак суюқлигини ташқарига чиқариш мақсадида дренаж найча қўйиб, инфекция ўчоғини чегаралаш мақсадида кўп каналли найчалар қўйиб дренажланади ёки анастомознинг ўзини (ичаклараро) қорин бўшлиғидан стома тарзида қорин олд деворига чиқарилади. Қорин бўшлиғи қуритилади ва фибрин қолдиқларидан тозаланади. Сўнгра қорин бўшлиғини фурацилин, риванол ёки диоксидин каби антисептик эритмалар билан ювилади.

Қориннинг олд девори лапаротом жароҳатини тикишдан олдин, қорин бўшлиғи орқали қовургалар ости ва ёнбош соҳалардаги контрапертуралар орқали дренажлаш асосий шартлардан ҳисобланади. қорин бўшлиғини дренаж қилиш усуллари қорин пардасининг зарарланиш даражасига боғлиқ бўлади. Чунончи, маҳаллий перитонитда - дренаж яллиғланган соҳага қўйилиши, диффуз перитонитда эса яллиғланган соҳага 2 ёки 3 дренаж назорат ва антибиотикларни қорин ичига юбориш учун қўйилади.

Тарқалган перитонитда нафақат дренажлаш, балки муолажа усуллари мураккаброқ ҳисобланади. Амалиёт врачлари учун шошилишч хирургик операция қилишга мутлоқ кўрсатма ҳисобланган тарқалган йирингли перитонит алоҳида қизиқиш туғдиради. Перитонитнинг эрта турларини ўз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт ўтказиш, бу хатарли касалликни даволашнинг гарови ҳисобланади.

Бу ўринда операция аралашуви ўз ичига қуйидагиларни қамраб олиши керак бўлади:

- қорин бўшлиғи аъзоларини тафтиш қилиш ва перитонит сабабини бартараф этиш,

- антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопик, бактериологик таҳлиллари ва микрофлорани ундириш мақсадида қорин бўшлиғидаги экссудатдан намуна олиш,

- экссудат эвакуацияси, қорин бўшлиғини 5-8 л антисептик эритмалар (фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) билан ювиш ёки лаважи,

- ингичка ичак тутқичи илдизини новокаинлаш ёки ичак атофиясини профилактика қилиш мақсадида, новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор ўрнатиш,

- меъда-ичак йўли суяқлигини эвакуация қилиш мақсадида назоэнтерал зонд киритиб (интубация қилиш) актив аспирация қилиш ва беморни операциядан кейинги даврда ичагини лаваж қилиш, зонд орқали энтерал озукалантириш,

- қорин бўшлиғини назорат қилиш ёки ювиш учун дренажлаш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ ўтказиш.

Операция тугагач, кесма кўрсатмалар бўйича: жароҳатни одатдагидек қаватма-қават тикиш ёки барча қаватларига бирваракайига чок қўйиш билан тугатилади. Қорин бўшлиғидаги аъзолар ҳолатини қайта тафтиш қилиш (режали ревизия учун) ёки муолажа лозим бўлса, чокларни қайта очиш мумкин қилиб бант каби боғлаш ёки жароҳатга очиб-ёпиш мумкин бўлган “молния” илгагини қўйиш ёки беморларни очиқ усулда парваришлаш учун очиқ қолдириш (лапаростома, лапаростомия) билан тугалланади.

Лапаростомияга кўрсатмалар бўлиб, тарқалган йирингли перитонитнинг қўйидаги ўта оғир турлари ҳисобланади:

- ◆ ичак оқмалари билан асоратланган терминал босқичи,

- ◆ операцияда перитонит манбаини бартараф этиш имкони бўлмаганда,

- ◆ операциядан кейинги (кечиши оғир) перитонит ва анаэроб перитонит,

- ◆ ичакнинг йирингли жароҳатга эвентрацияси.

Лапаростомияда одатда ичак қовузлоқлари 2 қават малҳамга бўктирилган дока салфеткалар билан ёпилади, унинг четлари қорин дево-

ри остига 5—6 см га қайрилиб қўйилади ва ҳар куни тафтиш ва муолажа ўтказилиб турилади. Салфеткалар тагига жароҳатининг юқори бурчагига антибиотиклар юбориш учун дренажлар қўйилади.

### **Операциядан кейинги даврда парваришlash**

Бу муолажа мақсадга йўналтирилган антибактериал терапия, гомеостаз бузилишларини тиклаш, детоксикацион ва диурезни тезлаштирадиган муолажа, ҳамроҳ касалликларни коррекциялаш, шунингдек иммунитетни тиклайдиган муолажалардан иборат. Бу жараёнда беморларга қилиниши лозим бўлган перитонеал диализ (ПД) ёки қорин бўшлиғи лаважи, ичак лаважи (ИЛ) билан монанд ичак декомпрессияси (ИД) ва энтерал зонд орқали озуқалантириш (ЭЗО) га катта эътибор берилиши керак бўлади.

**Антибактериал муолажа (терапия)** операциядан кейинги дастлабки 3 кун мобайнида экспресс-бактериоскопик текширувлар натижаси асосида тайинланиши керак. Ҳозирги кунда микрофлорани аниқлаш ва антибиотиклар тайинлашнинг қўйидаги экспресс усуллари мавжуд.

Б.Д. Савчук (1979) усулининг моҳияти қуйидагича: тестлар учун тайёрланган махсус реактив ёрдамида перитонеал экссудат патоген микрофлорасини антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади ва 10—15 минут ўтгач жавоби олинади. Усулнинг камчилиги: реактив перитонеал экссудатда микроблар концентрацияси юқори (106—108 lg КОЭ\мл) бўлгандагина ишга тушади.

В.Е. Роземан (1983) усулининг моҳияти қуйидагича: экссудатдан тайёрланган препарат клостридиялари ва эмланган отнинг қон зардоби орасида комплекс ҳосил қилиши люминисцент микроскопия ёрдамида ўрганилади. Усулнинг камчилиги: усул фақат Грам+ спора ҳосил қиладиган бактерия таёқчаларининг турини ва сезувчанлигини аниқлаш имконини беради.

С.В. Федорчук (1987) усули. Микроорганизмларнинг қайси турга мансублигини перитонеал экссудатдан олинган натив суртма препаратни микроскопияси орқали аниқланади ва улар сезувчанлиги бўйича ишлаб чиқилган махсус жадвалга қараб антибиотиклар танланади.

Клиник амалиётнинг кўрсатишига, микрофлора турини аниқлашнинг барча экспресс усуллари аниқлиги 72% дан 87% ни ташкил этади. Бинобарин, операциядан кейинги 2—3 суткаларда, микрофлора ундирилгач ва одатда қилинадиган антибиотикларга сезувчанлик даражасини экмалар натижалари бўйича аниқлангач, албатта муолажага тузатишлар киритилиши зарур бўлади.

Антибактериал дори (препарат) ларини организмга киритиш йўллари: оғиз орқали (орал), мушаклар орасига, вена қон томирига, тўғридан-тўғри катетер орқали аортага ёки хос артериаларга (селектив), қорин бўшлиғига, қопқа вена қон томирига, ҳамда комбинациялашган йўллар орқали.

## Қорин лаважи ва перитонеал диализ

Қорин лаважи (қорин бўшлиғи аъзоларини ювиш) деганда, қорин бўшлиғи ва ундаги аъзоларни антисептик эритмалар ёки физиологик эритма билан ювиш назарда тутилади. Перитонеал диализ эса, махсус тайёрланган электролитлар эритмаси ёрдамида ювиш, ҳамда қорин парда орқали электролитларнинг организмга сўрилиши назарда тутилади. Бу иккала усулни узлуксиз (оқиб турадиган) ёки фракцион усулда, ювувчи эритмалар таркибига албатта антибиотиклар ва новокаин эритмаси қўшилган тарзда бажариш мумкин. Агарда қорин лаважи жараёнида фурациллин, риванол ёки физиологик эритмалар билан ўтказилса, перитонеал диализни - Петров, Рингер, Рингер-Локк, Симонян, ЦОЛИПК, Дарроу I ва II электролит эритмалари билан ўтказилади.

Қорин лаважини қўллаш ғояси С.Т. Розенакка (1926 й.) тегишли бўлиб, собиқ иттифокда ўткир перитонитларда қўллашга тавсияларни биринчи бор А.Н. Филатов (1958 й.) илгари сурди. Клиник амалиётда эса, уни Х.Ф. Фафуров (1957 й.) ва К.С. Симонян (1964 й.) лар қўлладилар. Тарқалган перитонитни, айниқса унинг оғир босқичларида комплекс даволашда кўпгина муаллифлар (К.С. Симонян, 1971; В.С. Маят ҳаммуаллифлари билан, 1974; Б.Д. Савчук, 1979; А.А. Шалимов ҳаммуаллифлари билан, 1982) қорин лаважи ёки перитонеал диализни қўллашга катта аҳамият берган бўлсалар ҳам, ҳозирги кунгача уни қўллаш усулларида, ўрнатиладиган дренажлар сони ва турлари, эритмаларни киритиш усуллари, сарфланадиган эритмалар миқдори ва таркиби, шунингдек уни ўтказиш муддатлари ҳозиргача қизгин мунозараларга сабаб бўлиб келмоқда.

Перитонеал диализ ёки лаваж ўтказиш қўйидагиларга имкон беради:

- ◆ қорин бўшлиғидан экссудат, йиринг, қон ивиндилари, фибринларнинг тезда ювилиб кетишига, бу интоксикацияни камайтиришга имко беради,

- ◆ диализат таркиби ва турини ўзгариш ҳисобига организмда сув ва электролитлар мувозанатини тартибга солишга,

- ◆ қорин бўшлиғига зарур миқдорда антибиотик ва бошқа дориларни бевосита киритишга,

- ◆ қорин бўшлиғидан борадиган рефлексларни б а р т а р а ф этиш учун (блокада) новокаин киритишга,

- ◆ совитилган диализат юбориш йўли билан қорин бўшлиғида маҳаллий гипотермия ҳолатини юзага келтиришга,

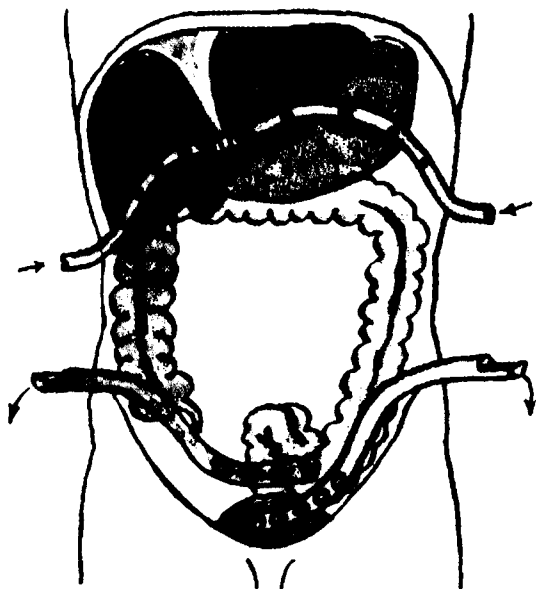
- ◆ диализатга махсус (гепарин ва б.) қўшиб юбориш йўли билан битишмалар ривожланишини олдини олишга,

- ◆ азотли чиқинди (шлак) ларни (мочевина, креатинин ва б.) организмдан чиқарилишига.

Клиникамизда ўтказилган кўпгина тадқиқотларга таянган ҳолда, тарқалган йирингли перитонитларда операциядан кейинги дастлаб-

ки 4—5 сутка мобайнида фракцион усул билан перитонеал диализнинг ўтказилиши мақсадга мувофиқ эканлигига ишонч ҳосил қилдик. Перитонеал диализ жараёнида қон плазмасининг электролит таркибига мос электролитлар эритмасини қўллаш, ёки ундаги  $K^+$  ионлари миқдори оширилган эритмалар қўллаш, сув-электролитлар алмашинувини тикловчи оптимал восита ҳисобланади. Қорин бўшлиғини диализат билан бир текисда ювиш ва адекват диализ ўтказиш учун, биз қорин бўшлиғини дренажлашнинг қўйидаги оригинал услубини таклиф қилдик (2-расм).

Тарқалган йирингли перитонитнинг оғир турларида қорин бўшлиғи аъзоларини тўла қимматли (адекват) ювиш учун операциядан кейинги даврининг биринчи 3 суткагача 10—12 литр, 4- суткада 8—10 л ва 5- суткада 6—7 л диализат сарфлаш кифоя қилади. Бунда ювинди сувлар ва уларнинг электролит таркибини ҳар куни бактериологик ва биокимёвий назорат қилиб туриш зарур. Гомеостаз ва гемодинамика бузилишларини ўз вақтида коррекция қилиш учун, ҳар 2—3 соатда пульс тезлиги, МВБ, АҚБ ни аниқлаш, шунингдек қон, сийдик ва қорин бўшлиғидан чиқадиган ювинди сувларни биокимёвий текширишлардан ўтказиш ( $Na^+$ ,  $K^+$ ,  $Ca^{++}$  ионлари миқдори, гематокрит, қолдиқ азот, мочевино, креатинин, умумий оқсил ва б.) лозим бўлади.



2-расм. Қорин бўшлиғини дренажлаш схемаси.

## Энтерал зонд орқали озуқалантириш

Перитонитли беморларни даволашда парентерал озуқалантириш учун қўлланиладиган воситаларнинг сони жуда кўп, бироқ улардан фойдаланишда бир қанча қийинчиликлар учрайди. Буларга чуқур веналарни катетерлаш билан боғлиқ асоратлар (венада катетернинг узок вақт туриб қолишига боғлиқ яллиғланиш ва септик жараёнлар), аллергик реакциялар киради.

Бевосита парентерал инфузион муолажани ўтказиш вақтида, унинг таркибий қисмларининг зарур миқдори ва сифат таркибини тўғри ҳисоблаш мураккаб текширувлар ўтказишни талаб қилади, ҳамда қийинчиликлар туғдиради. Булар қилинмаса, парентерал озуқалантириш организмда содир бўлаётган жараёнларни бошқариш қобилиятини амалда йўқотади.

Шундай қилиб, амалий жарроҳлик учун бемор организмнинг энергетик талабини қондириш ва пластик материалларга бўлган эҳтиёжларини қоплашнинг бирмунча соддароқ, физиологик ва хавфсизроқ усулларини излаб топиш, энг долзарб масалалардан бири бўлиб қолмоқда.

Кейинги йилларда бемор организмда модда алмашинуви жараёнининг бузилишларини бартараф этиш, ҳамда операциядан кейинги яқин даврда организмнинг энергетик талабини қондириш ва пластик материалларга бўлган эҳтиёжларини қоплаш мақсадида, операция вақтида бевосита бурун йўллари орқали ингичка ичакка ўтказилган зонд воситасида озуқа моддаларини юбориш - энтерал зонд орқали озуқалантириш (ЭЗОО), кенг қўлланилаётгани ҳақида кўплаб тадқиқот ишлари пайдо бўлди. Бироқ, бу усул қатор афзалликларга эгаллигига қарамай, ҳанузгача клиникада кенг қўлланилмаяпти. Бунинг бир неча сабаблари бор. Улардан бири энтерал зонд орқали озуқалантириш (ЭЗОО) учун озиқли аралашманинг оптимал таркибига доир аниқ тушунчалар йўқлиги, иккинчиси бу ҳасталикда меъда ва ичак фаолиятининг сустлиги, ҳамда озуқани ҳазм қилишда иштирок этадиган ферментлар етишмовчилигидир.

Илмий адабиётларнинг таҳлили, ингичка ичакка юбориладиган озуқа воситалари таркибига нисбатан бир биридан фарқ қиладиган иккита ёндошувни аниқлашга имкон беради.

С.И. Спасокукоцкий (1933) таклиф қилган биринчи ёндошув етарли миқдорда оқсил сақлайдиган табиий маҳсулотлардан енгил ҳазм бўладиган моддаларни юборишдан иборат (бульон, тухум, қаймоқ, шарбатлар ва б.) (Е.К.Курапов, 1974, М.И.Яцентюк, 1974). Бу озуқа аралашмалари тайинланган беморларнинг асосий қисми — меъда-ичак фаолиятида жиддий бузилишлар бўлмаган рақ ёки яра касаллиги бўйича меъда резекцияси операциясини ўтказган беморлар ташкил қилганлигини таъкидлаб ўтиш лозим.

Айни вақтда кўпгина олимлар (Ю.М. Гальперин, 1975, Т.С. Попова, 1973, А.А. Шалимов, 1977) перитонитда, ичак атонияси рўй

беришини ва унинг негизда меъда-ичак системасининг нафақат мотор, балки секретор ва сўриш қобилятининг бузилиши ичак қовузлоқлари ичида катта миқдорда ел ва суюқлик йиғилишига олиб келиши билан бирга қўшилиб келган бузилишлари ётади. Бу эса, ўз навбатида ичакларнинг чўзилиб кенгайишига, ундаги бузилишларнинг чуқурлашувига олиб келади. Бундай шароитларда каттабалик бузилишларни ингичка ичакка овқат моддаларни киритиш йўли билан бартараф этишга уриниш фақат муваффақиятсиз бўлибгина қолмай, балки операциядан сўнгги давр кечишига салбий таъсир кўрсатиши, беъмор ҳолатини оғирлаштириши ҳам мумкин.

Кенг тарқалган иккинчи усулнинг замирида - операциядан кейинги илк даврда, аввалдан гидролизланган полимерларни ЭЗОО сифатида ишлатиш тўғрисидаги тушунча ётади. Бу, маълум муҳитда вена қон томирига юбориладиган парентерал озуқа моддаларини ЭЗОО учун ичакка юбориб, озуқа сифатида фойдаланиш назарда тутилади. Бироқ, бу тоифадаги озуқа моддаларини (фақат мономерлар тарзида) ингичка ичак бўшлиғига юбориш, унинг осмотик босими юқорилиги (2000—3000 мосм.) ҳисобига ичакда сўрилиш суръатининг ўта пастлиги ёки чегараланганли, бу эритмаларни киритиш суръатининг оширилиши - кўнгил айниш, қайт қилиш, диарея сингари қатор асоратларга сабаб бўлиши аниқланди. Бу асоратлар биринчи галда мономер эритмаларнинг сув-туз алмашинуви бузилишига олиб келадиган гиперосмолярлиги билан боғлиқ бўлган. Бунда, асоратлар вужудга келтирмайдиган элементи аралашмаларнинг максимал ҳажми — сутка мобайнида 1—1,5 литрга ётади. Мономер озуқа моддаларининг концентрацияси пасайтирилиши ҳисобига аралашманинг суюқлашиши, нафақат унинг ҳажмини кўпайишига, балки унинг энергетик қийматининг пасайишига олиб келади. Бу шароитда, ЭЗОО — организмнинг ички муҳитига тушадиган озуқа моддаларининг умумий миқдори, унинг энергетик ва пластик эҳтиёжларини қоплаш учун етарлича бўлмайди, натижада бир вақтнинг ўзида парентерал озуқалантиришни янада кучайтириш зарурати пайдо бўлади.

Ўткир хирургик патологияларда метаболик бузилишларни бартараф этиш муаммосини ҳал қилишнинг янги истиқболли йўналишларидан бири — Россиянинг Н.В. Склифосовский номидаги Шошилинч Тез Ёрдам Илмий Текшириш Институти (ШТЁИТИ) экспериментал патология лабораториясида (Ю.М. Гальперин, Т.С. Поповалар раҳбарлигида), ҳазм қилиш жараёнлари босқичларини чуқур ўрганишлар негизда ишлаб чиқилган озуқа аралашмалари, ЭЗОО да янги йўналиш ҳисобланади. Бу йўналиш, нафақат озуқа моддаларининг янги турларини, балки ЭЗОО да уларни киритиш усуллари, унинг самарадорлигини ўрганиш йўллари таклиф этди. Ҳозирда, жаҳон миқёсида таклиф этилаётган озуқа моддаларининг (Perative, Нутриен стандарт, Нутриен пульмо ва б.), шу йўналиш асосида ишлаб чиқилган десак бўлади.

Юқорида баён этилганлардан келиб чиққан ҳолда, бугунги кунда тўла қонли ЭЗОО ўтказиш учун қўйидаги шароитлар мавжуд бўлиши зарур:

1. Ичакни ЭЗОО ўтказишга тайёрлаш.
2. Энтерал муҳитнинг доимийлигини ҳисобга олган ҳолда, унга қисман ишлов берилган (гидролизланган) озуқа аралашмаларининг оптимал таркибини танлаш.
3. Техник воситалар (насослар, зондлар ва б.) билан таъминлаш.
4. Озуқа аралашмаларини етказиш усули.
5. Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш қобилятини тикланганлигини аниқлаш (тест усули).

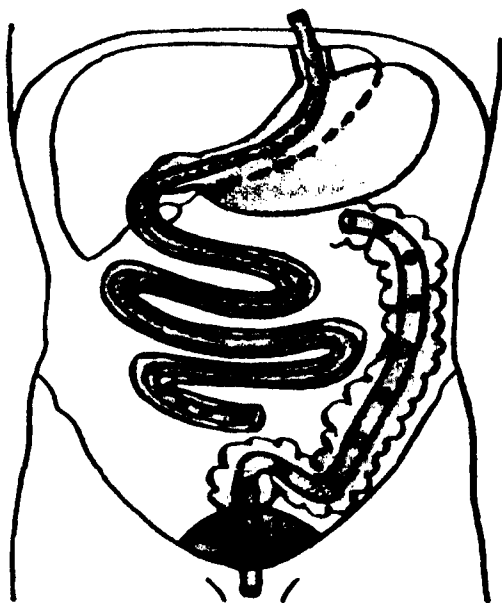
**1. Ичакни ЭЗОО ўтказишга тайёрлаш.** Ўткир перитонитда бўладиган барқарор ичак парези, патологик жараённинг кечишини оғирлаштиради ва ичак бўшлиғида катта миқдордаги токсик моддалар, газ йиғилиши ҳисобига уни чуқурлаштиради, интоксикация даражасини оширади. Бу эса, ўз навбатида меъда – ичак трактида йиғилган токсик моддаларни очиқ, ёпиқ ёки аралаш декомпрессия усуллари орқали эвакуация қилиш (олиб ташлаш) нинг турли хил усулларидадан фойдаланишни тақозо этади. Улардан бугунги кунда энг афзали ва қулайи, клиникамизда таклиф этилган икки каналли (D—12 мм) ли зондни, операция вақтида ичакка оғиз орқали киритиш (интубация), ҳамда шу зонд орқали актив аспирацияни қўллаб меъда ва ичак бўшлиғидаги катта миқдордаги токсик моддалар, газларни олиб ташлаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Операция жараёнида бу йўғон зондни қўллаш, унинг таркибини яхшилаб бўшатишга – ичак декомпрессияси (ИД) имкон бериб, зарурат бўлганда бирваракайига ичакни ювишга шароит яратади. Бу амал бажарилиб бўлгач зонд олиб ташланиб, амалиётдан кейинги илк даврда шу амалларни бажариш мақсадида, ингичкароқ (D-8 мм) оригинал конструкциядаги (АС №1174031) икки каналли зонд бурун орқали (трансназал) киритилади. Бу зонд амалиётдан кейинги илк даврда ИДни ва ичак лаважи (ИЛ) ни, зарурат бўлганда эса кўрсатмалар бўйича ЭЗОО ўтказишга имкон беради (3-расм).

Йўғон ичакни эса трансанал киритилган (интубация) бир каналли оддий зондни талоқ бурчагигача суриб, шу орқали декомпрессия ўтказилади.

Паралитик ичак тутулишини бартараф этиш учун интраоперацион ва амалиётдан кейинги илк даврдаги ИД дан ташқари, беморда ичак ҳаракати активлигини ошириш учун дори-дармонлар қўлланилади (преднизолон, церукал, убретид, орнид ва б.), ҳамда перитонитнинг оғир ҳолларида, микросўрғич ёрдамида доимий меъда ва ичак таркибидаги суюқликлар тортиб олиниб, доимий актив аспирация давом эттирилади.





3-расм. Декомпрессия учун ичакларни интубация қилиш.

Меъда ичак йўли пассажи яхшилаш, перитонитли беморларда сув-электролит мувозанатини қўшимча коррекция қилиш учун, электролит таркиби бўйича ингичка ичак химусига монанд тузли эритмалар билан ИЛ ўтказилади. Ичак лаважи учун эритма таркиби қуйидагича:

Na+ - 220 мг\л,  
K+ - 79 мг\л,  
Ca++ - 40 мг\л  
Cl - 420 мг\л.

ИЛ операция ўтиши билан дастлабки суткаларда 1500 мл тузли эритмани зонднинг кичик канали орқали 4 серияда киритиш, ҳамда 30 дақиқали экспозиция қилиниб, аспирация қилинади.

ИД ва ИЛ нинг самарадорлиги беморлар умумий аҳволининг яхшиланиши, қориннинг дам бўлмаслиги ва оғриқнинг йўқолиши, ичак перистальтик ҳаракатларининг пайдо бўлиши, интоксикация даражасининг пасайиши, периферик ва марказий гемодинамиканинг яхшиланиши, қоннинг асосий клиник ва биокимёвий кўрсаткичларининг тикланишига қараб баҳоланади.

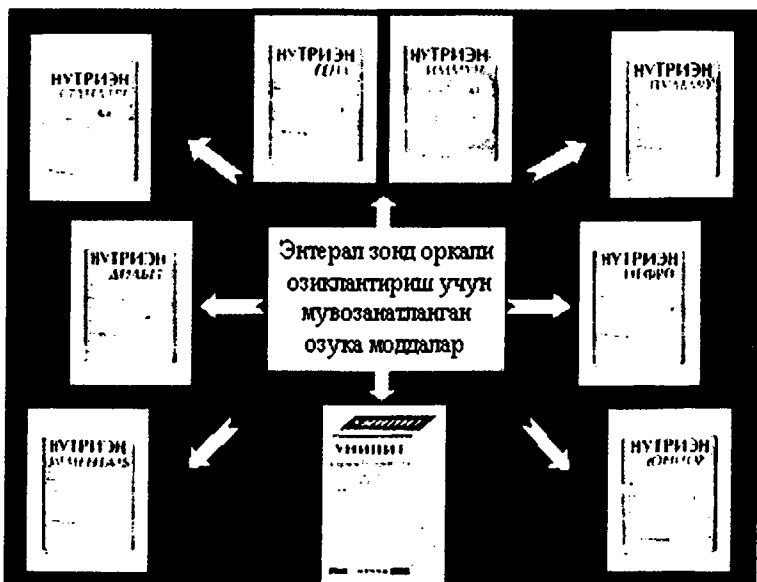
Шундай қилиб, меъда ичак йўли декомпрессиясининг энг оптимал варианты махсус зондлардан фойдаланиб назоинтестинал интубация эканлигини тан олмоқ лозим. Операция вақтида ичакларни бўшатиш қорин бўшлиғидаги бажариладиган жараённи осонлаштиради ва операция жароҳатини камайтиради.

Назоинтестинал интубация операциядан кейинги илк даврда токсик ичак суюқлигини тўлиқ олиб ташлашга имкон беради, бу ичак активлигининг тикланишига бевосита ёрдам беради, ичак девори қон айланишини, микроциркуляцияни яхшилади. Бундан ташқари, бу усулни қўллаш битишмалар ҳосил бўлишини олдини олади, ичаклараро анастомозлар чокларининг битишига шароит яратиб, чок етишмовчилиги ва ичак эвентерацияси каби асоратларнинг келиб чиқишини бартараф этади. ИД билан ИЛ ни қўшиб қўллаш, нафақат меъда-ичак йўли суюқлиги пассажиани таъминлаб, сув-электролит мувозанатини қўшимча равишда тиклайди, балки комплекс даволашга ЭЗОО ни қўшишга замин ҳозирлайди.

**2. Озуқа аралашмаларининг оптимал таркибини танлаш.** Энтерал муҳит доимийлигини инobatга олган ҳолда, қисман ишлов берилган озуқа моддаларини танлаш мақсадга мувофиқ бўлар эди. Шуларни инobatга олиб, ўткир перитонитли беморларда ЭЗОО учун овқат аралашмаларига қўйиладиган талаблар қуйидагича бўлади:

- ◆ энтерал муҳит таркибининг доимийлиги,
- ◆ ингредиентларни олдиндан гидролизланган бўлиши,
- ◆ осмотик босимнинг сўрилишга мос бўлиши (300—500 мосм атрофида),
- ◆ энергетик қимматининг юқори даражада бўлиши.

Ушбу талабларга, бугунги кунда ишлаб чиқарилаётган мувозанатланган полиэлементли озуқа моддалари мисол бўла олади (4-расм).



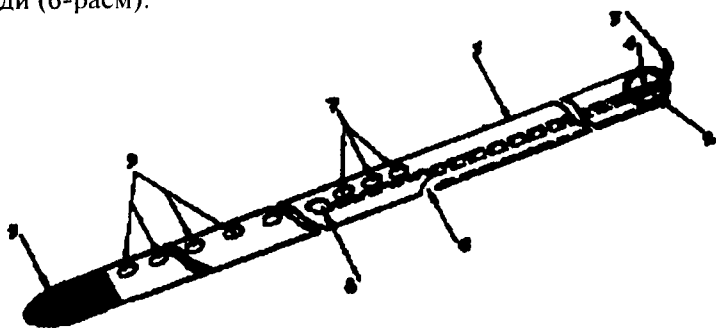
4-расм. ЭЗОО учун мувозанатланган полиэлементли озуқа моддалари.

3. ЭЗОО ни техник воситалари билан таъминлашда озуқа моддаларини ичакка етказишда хизмат қиладиган: турли конструкциядаги зондлар, резервуарлар ва роликли насослар тушунилади (5-расм).



5-расм. ЭЗОО учун ишлатиладиган техник воситалардан намуналар.

4. Озуқа моддаларини аралашмаларини етказиш усули бўлиб Ш.И. Каримов ҳаммуаллифлари билан 1985 йилда тавсия этган оригинал конструкцияли икки каналли назоинтестинал зонд хизмат қилади (6-расм).



6-расм. ИД, ИЛ ва ЭЗОО учун ишлатиладиган зонд тузилиши:  
 1, 4 — аспирация учун хизмат қилувчи ён тешиклари,  
 2 — аспирации учун канал,  
 3 — тест синама ва ЭЗОО ўтказиш учун канал,  
 5 — озуқани етказувчи тешик.

**5. Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш қобилиятини тикланганлигини аниқлаш (тест усули).** Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш фаолиятини тикланганлигини аниқлашда тест синамасининг натижаларига кўра баҳо берилади.

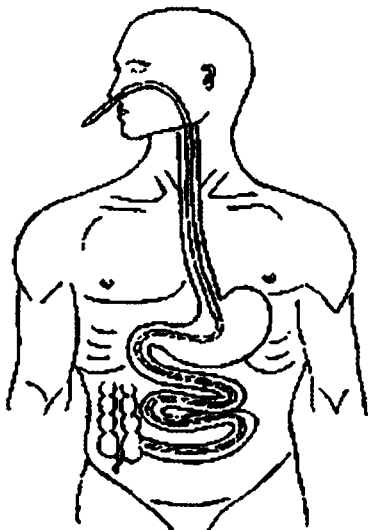
Унинг моҳияти қуйидагича: операциядан кейинги илк даврнинг иккинчи суткасида бошлаб беморда 1 соат мобайнида ичак суюқлигини назоинтестинал зонднинг аспирацион канали орқали актив аспирация ўтказилади. Шундан сўнг, зонднинг кичик канали орқали 100 мл тузли озуқа аралашмаси томчилаб (минутига 60 томчи) киритилади ва 30 дақиқа мобайнида экспозиция қилинади. Сўнгра даражаланган идишга актив аспирация қилинади ва олинган суюқлик миқдор ва сифат жиҳатидан текширилади. Агарда текшириш натижалари (миқдор ва сифат таркиби) киритилган озуқа моддасининг 55% дан кўпроғини ташкил қилса, тест синамаси манфий деб ҳисобланиб зонд ИД ва ИЛ учун ишлашни давом эттиради. Агарда аспирация қилинган суюқлик 55% дан камни ташкил этса, тест синамаси мусбат топилиб, зонд ЭЗОО тартибида ишлайди.

### **Энтерал зонд орқали озуқалантириш (ЭЗОО)нинг услуби.**

Тажрибаларимиз шуни кўрсатдики, ўткир перитонитли беморларда тест синамаларини ўтказиш натижалари операциядан кейин 3-суткада нафақат ичак ҳаракати активлигини, балки унинг ҳазм қилиш ва сўриш қобилиятининг ҳам тикланганини кўрсатди. Ичакнинг биринчи тузли озуқа моддаларига нисбатан сўриш фаолиятининг тикланиши, босқичли ЭЗОО ўтказишнинг маъқуллигини кўрсатди (7-расм).

Бу аввалига тузли озуқа моддалари аралашмаси (операциядан кейинги 3 суткада), сўнгра эса юқорида келтирилган мувозанатланган озуқа аралашмаларидан (4,5 ва 6-суткалар) фойдланиб, кейинчалик эса, 6, 7- суткаларда зонд олиб ташлаб ва орал (оғиз орқали) овқатлантришга ўтишни кўзда тутади.

Текширишларнинг натижалари перитонитни комплекс даволашда мос равишдаги ИД, ИЛ ва ЭЗОО билан бирга олиб борилса, гомеостаз бузилишларининг бирмунча барвақт тикланишига, меъда ва ичак фаолиятларининг эрта изга туши-



7-расм. ЭЗОО учун ичак интубацияси.

шига, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасини кескин камайтиришга имкон беради.

Олиб борилаётган муолажалар самарадорлигини янада кучайтиришда хос артерияга катетер қўйиб, у орқали узоқ давом этадиган (давомли) муолажа ўтказиш ва порта венасига катетер ўрнатиб муолажалар ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

**Хос артерия орқали давомли катетер муолажаси (ХАОДКМ).** Бу муолажа усули ўткир тарқалган перитонитли беморларда кенг тарқалган бўлиб, одатда катетер юқори мезентериал артерияга қўйилиб, у орқали ХАОДКМ ўтказилади. Бу усулдан анчагина муаллифлар (Ш.И. Каримов ҳаммуаллифлари билан, 1986, О.Б. Кунцалиев, 1988, В.И. Гаркуша, 1993, А.А.Асроров, 1996, Б.Д. Бобожонов, О.Р. Тешаев, 2002) муваффақият билан фойдаланганлар.

Улар қуйидаги мақсадларни кўзда тутишган:

- ◆ Яллиғланиш ўчоғида дори воситаларининг юқори концентрацияларини вужудга келтириш.

- ◆ Регионар гемодинамика ва микроциркуляция бузилишларини тиклаш.

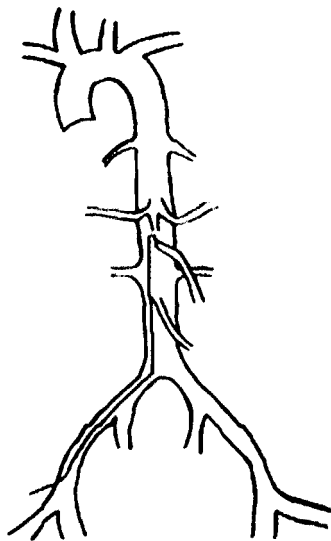
- ◆ Ичак ҳаракатларини тикланиш жараёнини тезлаштириш.

- ◆ Жигар ва буйрак етишмовчилигининг бошланғич босқичларини профилактика қилиш ва тугатиш (8-расм).

**Порта (қопқа, дарвоза) венасига қўйилган катетер орқали муолажа (ПВҚКОМ)** усулидан ҳам, кейинги йилларда ўткир йирингли перитонитли беморларда анчагина муаллифлар (Б.В. Петровский, 1986, А.П. Седов, 1989, Ш.И. Каримов, А.А.Асроров, 1996) муваффақиятли фойдаланганлар (9-расм).

Ўткир тарқалган перитонитнинг оғир турлари бўлган беморларда юқорида кўрсатиб ўтилган муолажалардан ташқари, организмни детоксикация қилиш учун қуйидаги экстракорпорал детоксикация усуллари

дан фойдаланиш мумкин: энтеросорбция, кўкрак лимфатик йўлини дренажлаш, лимфосорбция, УФО, плазмаферез, ксеносорбция ва ГБО.



8-расм. ХАОДКМ да томирларнинг схематик тасвири ва ангиограммаси.



9-расм. Киндик венасини бужлаш ва катетер орқали муолажа.

Ўткир перитонитда прогноз кўп жиҳатдан перитонитни чақирган асосий касаллик табиатига, операциянинг ўз вақтида бажарилганига, олиб бориладиган муолажанинг мувофиқлигига боғлиқ.

### Перитонитнинг айрим турлари

**Сил перитонити** кўпчилик ҳолларда гематоген йўл билан экстраабдоминал манбалардан (ўпка, лимфатик тугунлар), шунингдек сил билан зарарланган қорин бўшлиғи аъзолари ва мезентериал лимфатик тугунлар орқали ривожланади. Сил перитонитининг клиник кечиши ўткир, ўртача ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин, унинг сўнгги тури амалиётда кўпроқ учрайди. Экссудатив, казеоз-ярали (сохта ўсмали) ва фиброз турлари билан фарқланади. Жараён турига кўра клиник кўринишида аста-секин кўпаювчи асцит, қисман ёки тўлиқ ичак тутилиши ёки тарқалган перитонитнинг белгилари устиворлик қилади. Диагностикасида: анамнез (ўтказилган сил), туберкулинга сезувчанликнинг ортиши, лапароскопия усулини қўллаш катта ёрдам беради. Даволаш: одатда, сил жараёнини, ҳозирги замон даволаш тамойилларини ҳисобга олган ҳолда дори-дармонлар билан, тарқалган перитонит ёки ўткир ичак тутилиши белгилари пайдо бўлганда эса хирургик йўл билан даволанади.

**Гинекологик перитонитлар:** носпецифик ва специфик перитонит турлари тафовут қилинади. Носпецифик перитонит бачадон ортиқларининг яллиғли ўсмаси, параметрий абсцесси, тухумдоннинг йирингланган кистаси қорин бўшлиғига ёрилганда пайдо бўлади. Диагностика: туғруқдан кейинги даврда ва касалхонадан ташқари ҳолатда қилинган септик абортдан кейин, инфекция (метроэндометрит, метротромбофлебит) бачадондан лимфоген ёки гематоген йўллар орқали ривожланадиган гинекологик перитонитлар энг кўп қийинчиликка сабаб бўлади. Перитонитнинг пайдо бўлишини яна бир эҳтимолий сабаби - бачадон ва қиннинг жароҳатлари (бачадон перфора-

цияси ёки йиртилиши, очиқ жароҳати ва б.), микрофлоранинг қорин бўшлиғига тушиши ҳисобланади. Бунда яллиғланиш жараёни кичик чаноқ бўшлиғини қамраб олгач, пельвиоперитонит деб аталган касалликни чақириши ва қорин пардасининг катта қисмига ўтиши оқибатида тарқалган перитонит келиб чиқиши мумкин. Гинекологик тарқалган перитонит, инфекциянинг бошқа кўп учрайдиган жойларидаги перитонит каби кечади. Пельвиоперитонит нисбатан хавфсиз кечади. Касалликнинг бошланишидаги қорин пастидagi симиллаган оғриқлар, олдинги қорин деворининг таранглашиши, юқори ҳарорат жадал антибиотикотерапия таъсири остида бир вақт ўтгач камайади, экссудат сўрилишга мойил бўлади, соғайиш бошланади. Пельвиоперитонит авж олганда оғриқлар тобора кучайиб боради, йирингли интоксикация белгилари, яққол гипертермия ҳолати пайдо бўлади. Бу ҳолда хирургик даволаш ўтказилади.

**Специфик пельвиоперитонит** — кўпинча гонококк флорасига боғлиқ гонорея билан касалланган беморларининг тахминан 15% да пельвиоперитонит ривожланиши билан бошланади. Микроблар қорин бўшлиғига касалланган бачадоннинг найлари орқали тушади. Жараён одатда, чаноқ бўшлиғидан ташқарига чиқмайди. Бунда қориннинг пастки қисмида кучли оғриқлар, тенезмлар, ичнинг суюқ келиши, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Қорин дам бўлиб, силаб кўрилганда қорин олд девори мушакларининг таранглашиши, мусбат Шеткин-Блюмберг белгилари аниқланади. Ректал ва вагинал текширишда чаноқ қорин пардасининг яллиғланиш белгилари топилади, қиндан эса сероз-йирингли ажралмалар келиши кузатилади. Бактериологик текшириш диагнозни тасдиқлайди.

Даволаш: гонорея перитонитида хос дори-дармонлар ишлатилади. Детоксикацион ва антибактериал муолажа тайинланади. Бемор ўринда ётганида, тананинг юқори қисмини баландроқ ҳолда тутиши лозим бўлади.

## ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдуллаев Д.С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Хирургия № 8. 1999. с. 19-22.
2. Агзамходжаев С.М., Фрейтаг В.И. Печень и водно-солевой обмен. Ташкент, Изд-во им. Ибн Сины, 1991. 72 с.
3. Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом. Дисс. докт. мед. наук. Ташкент, 1994.
4. Бабалич А. К. Хирургической лечение больных язвенной болезнью 12-перстной кишки. Хирургия № 7. 1999. с. 19-22.
5. Байбеков М.М., Хорошаев В.А., Калиш Ю.И. и др. Функциональная морфология брюшины в норме, при перитоните, спайкообразовании и лазерных воздействиях., Ташкент, 1996.
6. Балдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Москва, 2001.
7. Бежан Л., Зитти Е. Гр. Резекция легких. Анатомические основы и хирургическая методика. Бухарест, 1981.
8. Бейтс Б. и др. Энциклопедия клинического обследования больного. Перевод с английского. Гэотар. Москва, 1997.
9. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной хирургии. Москва, 1999.
10. Береснев А.В., Сипливый В.А., Бублик В.В., Бышенко В.В. Наложение дистального спленоренального анастомоза у больных с циррозом печени. Клиническая хирургия.-1993.- № 11. — С.23-25.
11. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М. и др. Неотложная хирургия груди и живота. С.-Петербург. Изд. «Гиппократ». 2002. 511.
12. Брейдо И.И. Хирургия щитовидной железы. Москва, 1952.
13. Брюс Е., Джаррелл М.Д., Карабази Р.А., Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. Перевод с англ. Гэотар. Москва, 1997.
14. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. 1989.
15. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. Москва, 1981.
16. Вагнер Е.А., Гавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. Пермь, 1977.
17. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Москва, Медицина. 1978. 225.
18. Ветшев П.С., Балаболкин М.И. Диагностика и хирургическое лечение диффузно-токсического зоба (обзор литературы). В журн.: Хирургия, 2000, № 11.
19. Ветшев П.С., Мельниченко Г.А., Кузнецов Н.С., Чилингарида К.Е., Ванушко В.Э. Заболевания щитовидной железы. Москва, 2002.
20. Вишневский А.А., Адамян А.А., Хирургия средостения. Москва, 1977.



21. Войленко В.Н., Меделян А.Н., Омельченко В.М. Атлас операции на брюшной стенке и органах брюшной полости. Москва. 1965. 606.
22. Воскресенский Л.В., Грелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. Москва, 1965.
23. Гавриленко А.В., Скрылев С.И., Кузубова Е.А. Современные возможности и перспективы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 2002; 8: 4: 80-86.
24. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника. Москва, Медицина, 1975.
25. Ганул В.Л., Тарутинов В.И., Окулов Л.В. и др. Программа предоперационной подготовки больных раком пищевода и кардии. Клин. хир. 1982. № 5. с.7-11.
26. Гафуров Х.Г. Разлитой гнойный перитонит. Ташкент, 1957.
27. Гранов А.М., Борисов А.Е. Эндоваскулярная хирургия печени. Л. Медицина, 1986.-224 с.
28. Григорьев П.Я., Солуянова И. П. Язвенная болезнь *Helicobacter pylori* новое понимание этиологии, патогенеза и принципов лечения. В сб. науч. тр. 2-й МОЛГМИ. Москва, 1998. с. 16-34.
29. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О раширенной показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. Вестник хирургии №3. 1999. с. 17-19.
30. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчно-каменная болезнь. Москва, 2000. 128.
31. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата: Казахстан, 1981
32. Данилова Б.С. Брюшной диализ при разлитом гнойном перитоните. Москва, 1975.
33. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
34. Демур М., Мадагейм Д., Уилсон С. Эндокринные заболевания. Перевод с англ. Москва, 1998.
35. Денисов И.Н. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЭОТАР МЕД, 2002.
36. Дерябин И.И., Лизанец М.Н. Перитонеальный диализ. Москва, 1977.
37. Дж Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. Практика, 1998.
38. Диагностика и лечение острого разлитого перитонита. Под ред. Н.А. Цыбырнэ. Кишинев, 1985.
39. Ерамишанцев А.К. Хирургическое лечение портальной гипертензии. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии. М., 1997. Т.7. № 3. С. 72-75.
40. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Киценко Е.А. и др. Консервативная терапия острых пищеводно-желудочных кровоте-

чений у больных портальной гипертензией. Клинич. Медицина, 1998. Т.76. № 7. С. 33-37.

41. Еременко В.П., Майстренко А.А., Негай А.И. Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей. С.Петербург. 1999. 267.

42. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике. Санкт-Петербург. Logos, 1995.

43. Есипова И.К. Легкое в норме и патологии. Новосибирск, 1975.

44. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. Москва. Медицина, 1989.

45. Игамбердиев Р.А. Хирургическое лечение гипоплазии легкого. Ташкент, 1972

46. Исламбеков Р.К. Клинико-морфологическое исследование эндемического зоба с применением радиоактивного зоба. Ташкент, 1968.

47. Исламбеков Р.К., Платонова Л.Б. Воспалительные заболевания щитовидной железы. Ташкент, 1968.

48. Калинин А.П., Майстренко Н.А. Хирургия надпочечников, Санкт-Петербург, 2000.

49. Калита Н.Я., Буланов К.И., Бурый А.Н., Егорова О.Н. Результаты эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени. Клинич. Хирургия, 1995. № 3. С. 9-11.

50. Караханов К.Я., Велиханова Д.М. Селективный дистальный спленоренальный шунт в лечении портальной гипертензии. Хирургия, 2000. № 7. С.60-66.

51. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Ташкент, 1991.

52. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Ташкент, 1994.

53. Каримов Ш.И., Асраров А.А. Острый гнойный перитонит.- Ташкент, 1991.

54. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечение острого перитонита. Ташкент, 1994.

55. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д., Исламов М.С. Диабетическая гангрена нижних конечностей. Ташкент. Шарк, 2003.

56. Каримов Ш.И., Ким В.Ф., Ахтаев А.Р. Эндovasкулярная диагностика и катетерная хирургия профузных пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией. Ташкент. Изд-во им. Ибн Сины, 1992. 139 с.

57. Каримов Ш.И., Шомирзаев Н.Х. Хирургические болезни. Ташкент, 1997.

58. Клиническая хирургия под ред. Р. Кондена, Л. Найхуса. 716 с. Москва, 1998.

59. Колесников И.С., Вихрев Б.С. Абсцессы легких. Л., 1973.

60. Колесников И.С., Лыткин М.И., Лесницкий Л.С. Гангрена легкого и пиопневмоторакс. Москва, 1983.

61. Колесников Н.С. Руководство по легочной хирургии. Л., 1969.

62. Конден Р., Нойхус Л. Клиническая хирургия. 1998. 717.
63. Константинов Б.А., Бочков Н.П., Гавриленко А.В. Возможности и перспективы лечения критической ишемии с использованием генно-инженерных технологий. Ангиол. и сосуд. хирургия. 2003. 9. 3. 14—18.
64. Кузин И.М. Хирургические болезни. Переизд. Москва, 2000.
65. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Хирургия № 1. 2001. с. 27—31.
66. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. Москва, 1969.
67. Кульчинский К.И., Бобрик И.И. оперативная хирургия и топографическая анатомия. Киев. Ваша школа. 1989. 470.
68. Курбанов Ф.С., Домрачев А.С., Асадов С.А. Хирургическое лечение язвенной болезни 12-перстной кишки. Вестн. Хир. № 4. 2001. с. 17—21.
69. Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях. Санкт-Петербург. Наука, 1994.
70. Лайт Р.У. Болезни плевры. Москва, 1986.
71. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации. Санкт-Петербург. Издательство СПбГМУ, 1998.
72. Литман. Оперативная хирургия. Венгрия. 1985. 1174.
73. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. Москва, 2000.
74. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. 1998. 1074.
75. Лукомский Г.И., Шулуток М.Л., Винер М.Г., Овчинников А.А. Бронхо-пульмонология.
76. Лыткин М.И., Диденко В.М. Хирургическое лечение при синдроме портальной гипертензии, осложненном кровотечением. Вестник хирургии им И.И. Грекова. 1989. № 3. С. 130-136.
77. Малярчук В.И. Хирургические болезни. Москва. Медицина, 2003.
78. Масумов С.А. Тиреотоксический зоб. Ташкент, 1956.
79. Милку Ш. Эндокринные заболевания. София, 1974.
80. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Результаты применения ватомии при гастродуоденальных язвах. Хирургия 1999 № 4 с. 3—6.
81. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004.
82. Нарычев А.А. Токсический зоб. Москва, 1971.
83. Нестеренко Ю.А., Шляховский И.А. выбор метода операции при паховой грыже. Сборник научных трудов, посвященный 95-летию со дня рождения В.С. Маята. 1998; 69-85.
84. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. Санкт-Петербург. Росмедполис, 1993.
85. Нидерм Б. Экстренные специальные оперативные вмешательства. Прага. 1984.

86. Николаев О.В. Эндемический зоб. Москва, 1955.
87. Острый разлитой перитонит. Под ред. А.И. Струкова, В.И. Петрова, В.С. Паукова, Москва, 1987.
88. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство. Москва. Медицина, 1988.
89. Панцырев Ю.М., Чернякович С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. Хирургия. № 2. 2003.
90. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. Т., 1984. 319 с.
91. Перельман М.И., Ефимов Б.И., Бирюков Ю.В. Доброкачественные опухоли легких. Москва, 1981.
92. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Мамонтов А.С., Павлов И.Н. Одноэтапная резекция кардии и пищевода раке с внеполостным отсроченным анастомозом на шее. Хирургия. 1982. №5. с.29-32.
93. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. Москва. Медицина, 1989.
94. Петровский Б.В. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. Москва, 1980.
95. Петровский Б.В. Принципиальные основы реконструктивной и восстановительной. Хирургия . 1982. №1. с. 3-9.
96. Петровский Б.В., Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. Современное состояние хирургии пищевода. Хирургия. 1985. №5. с. 3-8.
97. Пирогов А.И., Рындин В.Д., Давыдов М.И., Лабунец И.Н. Хирургическое и комбинированное лечение рака средней и нижней трети пищевода. Грудная хир. 1983. №5. с. 65-68.
98. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей, Москва, 1979.
99. Покровский А.В. с соавт. Хронические окклюзирующие заболевания брюшной аорты, Ташкент, 1982.
100. Покровский А.В., Дан В.Н., Зотиков А.Е. и др. Отдаленные результаты и показания к использованию протеза «Gore-Tex» в бедренно-подколенной позиции у больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей. Ангиол. и сосуд. хирургия. 2004. 10:2: 91-97.
101. Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В. Артериализация венозного кровотока стопы в спасении конечности от ампутации у больных с облитерирующим тромбангаитом с окклюзией артерий голени и стопы при критической ишемии. Ангиол. и сосуд. хирургия. 2000; 6 (1). 86-99.
102. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопапов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии./ Москва: Медицина, 1991
103. Попова Т.С., Шестопапов А.Е., Тамазашвили Т.Ш. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. Москва, 2002.
104. Прокубовский В.И., Бобров Б.Ю. Трансюгулярное интрапеченочное портосистемное стент-шунтирование. Ангиология и сосудистая хирургия. 2001. Т.7, № 3. С.106-112.

105. Ретунбург Г.М., Протасов А.В., Виноградов А.В., Пономарев В.А. Эндоскопическая хирургия. 1997. 1. 91.
106. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Винер М.Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. Москва, 1987.
107. Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Москва, 2002.
108. Савельев В.С. Руководство неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва, 2004. 640.
109. Савельев В.С. Флебология. Москва, 2001.
110. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей. Москва, Медицина. 1997.
111. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. Переизд. Москва, 1995.
112. Сажин П.В., Федоров А.В., Жабаленко В.П. Лапароскопические оперативные вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Эндоскопическая хирургия №3. 1999. с. 16—21.
113. Сапожков А.Ю., Никольский В.И. Декомпрессия кишечника. Пенза, 1992.
114. Сильвестров В.С., Макеева Р.П., Сильвестров Ю.В. Результаты одномоментных операций при раке пищевода. Хирургия пищевода (ошибки и опасности). Москва., 1983. с.36-38.
115. Симонян К.С. Перитонит. Москва, 1971.
116. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Смольянинов М.В. и др. Применение лазерных хирургических аппаратов в пластической хирургии пищевода. Хирургия пищевода (ошибки и опасности). Москва, 1983.-с.25—26
117. Стручков В.И., Медвецкая Л.М., Долина О.А., Бирюков Ю.В. Хронические нагноительные заболевания легких, осложненные кровотечением. Москва., 1985.
118. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. Москва, 1990.
119. Труды V конференции ассоциации флебологов России. Москва, 9—11 декабря 2004 г.
120. Хирургическая инфекция, под ред. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Москва, 1996.
121. Хирургия. Перевод с англ. под. ред. Ю.М. Лопухина, В.С. Савельева. Москва, 1999.
122. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А., Абдуллаев А.Г., Богопольский П.М. Лазерный скальпель в хирургии пищевода и желудка. Баку, 1992.с. 90.
123. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А. Одномоментная тотальная и внутри-плевральная эзофагопластика при раке и доброкачественных стриктурах пищевода. Грудн.серд.-сосуд.хирургия, 1991. №11. с. 51—55.
124. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А., Чернявский А.А.(мл.). Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой. Хирургия, 1991.№5. с.3—9.

125. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А. Внутривенная эзофагопластика желудочной трубкой. Грудная хир. 1984. №1. с.63-66.

126. Черноусов А.Ф., Сильвестров В.С., Курбанов Ф.С. Пластика пищевода желудком при раке и доброкачественных стриктурах. Москва. Медицина, 1990. 144 с.

127. Черноусов А.Ф., Чернявский А.А., Курбанов Ф.С. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудком. Хирургия. 1987. №12. с.12.

128. Шевцов Ю.С. Лечение критической ишемии нижних конечностей обусловленное поражением тромбооблитерирующими заболеваниями бедренно-подколенно-берцовых артериальных сегментов. Дисс. канд. мед. наук. 2000. Курск, 192 с.

129. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. Москва, Геотар-мед. 2002. 864.

130. Шляховский И.А. Выбор метода оперативного лечения паховых грыж. Дис. ... канд.мед.наук. Москва, 1998.

131. Яблоков С.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. Москва, 2001.

132. Airton Delduque Frankini, Marcus Vinicius C. Pezzella Foot revascularization in patients with critical limb ischemia. J Vasc Br. 2002;1(3):193—200.

133. Akiyama H., Tsurumaru M., Kawamura T., Ono. Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus. Ann.Surg. -1981.-Vol.194.-№3.-p.438—446.

134. Akiyama H., Tsurumaru M., Watanabe G., Ono Y. Development surgery for carcinoma of the esophagus. Amer.J.Surg.-1984.-Vol.147, №1.-p.9—16.

135. Babba H, Messedi A, Masmoudi S et al. Diagnosis of human hydatidosis: comparison between imaging and six serologic techniques. Am. J. Trop. Med. Hyg. 1994; 50: 64.

136. Barange K., Peron J.M., Imani K. et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of refractory bleeding from ruptured gastric varices. Hepatology.-1999.- Nov;30(5).-P.1139—43

137. Barnes PF, De Cock KM, Reynolds TB et al. A comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. Medicine 1987; 66: 472.

138. Bergman JJGAM, van der Brnk G.R., Rauws EAJ et al. «Treatment of life duct lesions after laparoscopic cholecystectomy». Gut, 1996, 38, 141.

139. Binmoeller K.F., Borsatto R. Variceal bleeding and portal hypertension. Endoscopy.-2000.-Mar;32. (3).-P.189—99.-00

140. Bioulac-Sage P, Lafon ME, Saric J et al. Nerves and perisinusoidal cells in human liver. J. Hepatol. 1990; 10: 105.

141. Bismuth H. Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. World J. Surg. 1982; 6: 3.

142. Bitsch V. Gastrink sekretory pattens before and after vogotomy. Lancet-1996 Vol. 1, № 7450-p. 1288—1291.

143. Bosch J., Garcia-Pagan J.C. Complications of cirrhosis. I. Portal hypertension. *J Hepatol.*-2000.-32(1 Suppl).-P.141-56.

144. Fabian TC, Croce MA, Stanford GG et al. Factors affecting morbidity following hepatic trauma. A prospective analysis of 482 injuries. *Ann. Surg.* 1991; 213: 540.

145. Frank B.B., clinical evaluation of jaundice. A guideline of the patient care committee of the American Gastroenterological Associon. *JAMA.* 1989; 262.

146. Gil-Grande LA, Rodriguez-Caabeiro F, Prieto JG et al. Randomized controlled trial of efficacy of albendazole in intraabdominal hydatid disease. *Lancet* 1993; 342: 1269.

147. Katwinkel-Wladarsch S, Lascher T, Rinder H. Direct amplification and differentiation of pathogenic and non-pathogenic *Entamoeba histolytica* DNA from stool specimens. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1994; 51: 115.

148. Knudson MM, Lim RC, Olcott EW. Morbidity and mortality following major penetrating liver injuries. *Arch. Surg.* 1994; 129: 256.

149. Magistrelli P, Masetti R, Coppola R et al. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. A 20 year experience. *Arch. Surg.* 1991; 126: 518.

150. O'Leary D.P., Biliary cholesterol transport and the nucleation defect in cholesterol gallstone formation. *J. Hepatol.* 1995; 22: 239.

151. Orringer M., Stirling M. Cervical esophagogastric anastomosis for benine disease. Functional results. *J.Thorac. Cardiovasc. Surg.*-1988.-Vol.96.-p.887-893.

152. Picquet J., Jousset Y. et al. Bypass to the Descending artery of the knee for critical limb ischaemia. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2001; 21 (3): 276-278.

153. Pujari BD, Deodhare SG. Symptomatic accessory lobe of liver with a review of the literature. *Postgrad. Med. J.* 1976; 52: 234.

154. Radin DR, Colletti PM, Rails PW et al. Agenesis of the right lobe of the liver. *Radiology* 1987; 164: 639.

155. Rappaport AM. The microcirculatory acinar concept of normal and pathological hepatic structure. *Bcitr. Path.* 1976; 157: 215.

156. Reitemeier RJ, Butt HR, Baggenstoss AH. Riedel's lobe of the liver. *Castroenterology* 1958; 34: 1090.

157. Sakamoto M, Ueno T, Kin M et al. Ito cell contraction in response to endothelin-I and substance P. *Hepatolo-gy* 1993; 18: 978.

158. Smedsrod B, Do Bleser PJ, Braet F et al. Cell biology of liver endothelial and Kupffer cells. *Gut* 1994; 35: 1509.

159. Sonneberg A., Everhart J.E. Healz impactof peptik ulcer in the United Stases. *Eur. J.Gastroenterol Hepatol* 1999. № 11. p. 59—62. Discussion p. 73.

160. Strasberg S.M., Soper N.J. «Management of choledocholithiasis in the laparoscopic era». *Gastroenterology*, 1995; 109;320.