

**UMUMIY VA BOLALAR
XIRURGIYA KAFEDRASI**

«TO‘QIMA IARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI»

**DASTURLANGAN ELEKTRON
UQUV QULLANMA**

UMUMIY MA'LUMOT

GANGRENA

«YOTOQ» YARALAR

QON AYLANISHINING O'TKIR BUZILISHLARI

SURUNKALI YARALAR

TOMIRNI OBLITERATSIYALOVCHI KASALLIKLARI

OQMA YARALAR



To'qimalarning mahalliy jonsizlanishi (o'lim) **NEKROZ** deb ataladi.

GANGRENA nekrozning bir turi bo'lib, to'qimalar qon pigmentlari bilan ta'minlanishdan mahrum bo'lgan holda yiringlab parchalanadi, natijada to'qimalar qoramtir, hatto qop-qora bo'lib qoladi. Nekrozlar va gangrenalar moddalar almashinuvi kasalliklarida (qand kasalligi, milk kasalligi); markaziy nerv sistemasi (MNS) kasalliklari (o'smalar, neyro-zaxm, siringomiyeliya va b.) da ham, shuningdek, MNS (birinchi navbatda, orqa miya) zararlanishlarida va periferik nervlarda (shikastlanish, ezilib bosilishlar) ham kuzatiladi.

Nekroz va gangrenalarning avj olishiga va bu kasalliklarning kechishiga quyidagilar ta'sir ko'rsatadi:

- 1) organizm (to'qima)ning anatomik-fiziologik xususiyatlari;
- 2) infeksiyalar va intoksikatsiyalar, shu jumladan, zararli odatlar - chekish, ichkilikbozlik;
- 3) tashqi muhitning noqulay omillari (masalan, uzoq vaqt davomida haddan tashqari sovuqqotish).

Gangrena nekrozning bir turi sifatida har xil to'qimalar (teri, teri osti yog' qavati, mushaklarda yoki organlar: o'pka, o't pufagi, ko'richak. chualchangsimon o'simtasi (appendiks), ingichka ichak, bachadon) da rivojlanishi mumkin.

Gangrena kelib chiqishi, klinik manzarasi va to'qimalarning qanchalik zararlanganiga qarab, quyidagicha tasniflanishi mumkin:

1. Etiologiyasiga muvofiq: spesifik va nospesifik.
2. To'qimalarning qanchalik zararlanganligiga qarab: yuza, chuqur, umumiy (total).
3. Klinik kechishiga ko'ra : quruq, yiringli (nam).



emas. To'qimalarda oziqlantiruvchi qon tomiri berkilishi natijasida koagulyatsion nekroz boshlanadi, bunda hujayra yadrosi, eritrotsitlar, leykotsitlar, parchalanishi davom etadi.

Diabet gangrenasi ayniqsa og'ir o'tadi. Qand kasalligiga chalingan bemorlarda organizmning qarshilik ko'rsatish va to'qimalarning regenerativ qobiliyati pasayib ketadi, ayni paytda ularning yiringli-septik jarayon qo'zg'atuvchi mikroblarning rivojlanishiga moyilligi ortadi, shu sababli ikkilamchi yalliglanishning qo'shilishi oson ko'chadi, yaralar esa juda sekin bitadi.

Chuqur joylashgan shikastlanishlar gangrenasini alohida tushuntirishning hojati bo'lmaydi. Gangrenaning asosiy xillari quruq va yiringli (namlangan) gangrenalar bo'ladi, jami gangrenaning 30 dan ortiq turi bo'lib, ularning bir qismi uncha amaliy ahamiyatga ega bo'lmaydi.

Quruq gangrena ko'proq oyoq-qo'lga tegishli kasallikdir. U bemorlarda qon aylanishi buzilishining kuchayib borishi bilan asta-sekin rivojlanadi (ayniqsa, qo'l-oyoqqa noqulay fizik va kimyoviy omillar qo'shimcha ta'sir ko'rsatganda).

To'qimalar tezda suvsizlanib quriydi, mo'miyolanadi, qattiqlashib bujmayib qoladi va jigarrang yoki ko'kish-qora tusga kiradi. Jarayon cheklangan bo'lib, odatda rivojlanib borishga moyil



53



Dastlabki bosqichda oyoq-qo'lning jarohat yuz bergan joyida bemor kuchli ishemik og'riq sezadi. Zararlangan qo'l-oyoq oqaradi, sovuq qotadi, teri asta-sekin marmar tusga kiradi. Ustki va ichki sezish xususiyati yo'qoladi, zararlangan qo'l-oyoq faoliyati buziladi. Periferik arteriyalarda tomir urishi sezilmaydi. Bordinyu, tomir zararlanganda kollateral spazmi ham yuz bersa, gangrena kattagina joyda avj oladi. Sog'lom to'qimalarni jonsizlangan to'qimalardan chegaralovchi demarkatsion chegara rivojlanadi. Nekroz bo'lgan to'qimalar ajralib chiqqanda demarkatsion chiziqda biriktiruvchi to'qima hujayralari ko'payadi, leykotsitlar yig'iladi va granulyatsiya shakilanadi. Sog'lom va nekrozlangan to'qimalar o'rtasidagi chegara tobora chuqurlashib

boradi, bunda jarayon to'qimalar butunlay ajralib tushguncha davom etadi. Yangi et olgan yara o'rni qoladi va asta-sekin bitib ketadi.

Yiringli gangrenada organizmning umumiy reaksiyasi va turli organlari shikastlantirishi mumkin bo'lganligi sababli uning klinik manzarasi ham xilma-xil bo'lishi mumkin. U to'qimaning xiliga, xarakteriga, shikastlangan a'zoning qayerda joylashganligiga bog'liq. Ichki organlar, ayniqsa jigar, buyraklar faoliyati buziladi, taloq shishadi, sepsis, spetitsemiya kechadi. Qorin bo'shlig'i organlari gangrenasiga qorin pardaning yallig'lanishi belgilari - peritonitning rivojlanishi xosdir.

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



QURUQ GANGRENADA to'qimalarning qurib qolishi, mo'miyolanishi kuzatiladi. Toksik mahsulotlarning so'rilishi va organizmga ta'siri katta ahamiyatga ega: quruq gangrenada organizm intoksikatsiyasi kam rivojlanadi, infeksiyaning rivojlanishiga ham sharoit bo'lmaydi. Infeksiya tufayli mahalliy asorat rivojlanib kolmasligi va quruq gangrenaning yiringli gangrenaga aylanmasligi uchun aseptika qoidalariga qat'iy amal qilish zarur. O'lgan to'qimalarni kesib tashlash (nekrektomiya) xirurgik amaliyot bajarish yuli bilan asosiy davolab boriladi. Gangrena to'qimalarning bevosita shikastlanishi tufayli yuz bergan bo'lsa,

amputatsiya hatto demarkatsion chiziq bo'ylab ham o'tkaziladi. Tashxisni barvaqt aniqlab, kasalda nekroz va gangrenalarni keltirib chiqaruvchi jarohatlar (qon tomirlar jarohati, obliteratsiyalovchi endarterit va ateroskleroz)ni erta davolashning katta ahamiyati bo'ladi. Qon aylanishini sozlash, kollaterallarning rivojlanishiga sharoitlar yaratish va qon tomirlar spazmini vaqtida bartaraf etish zarur. Zararlangan qon tomirlarni o'z vaqtida rekonstruktiv operatsiya qilish bilan tiklash maqsadga muvofiqdir.





NAM (Yiringli) gangrena asosan qon aylaiushi haddan tashqari tez buzilgan taqdirda pastoz bemorlarda rivojlanadi (bu kasallikning kelib chiqish sababi qo'l-oyoq tomirlarining shikastlanishi, emboliyasidir). Mazkur hollarda jonsizlangan to'qimalar qurishga ulgurmay chirib buzila boshlaydi va bemor organizm nekrozdan shimilayotgan zaharli moddalar ta'siri ostida intoksikatsiya rivojlanadi. Ko'pincha gangrenaning bu turida yiring hosil qiluvchi yoki chirituvchi infeksiyalar qo'shiladi. To'qimalar shishuvidan tashqari (yurak nuqsoni, buyrak

kasalliklari va boshq.) qand kasalligi ham yiringli gangrenaning rivojlanishiga imkon beradi.

Nekrotik to'qimalar qurimasdan infeksiya ko'payishi uchun qulay muhit hisoblanadi. To'qimalar chirib parchalanadi. Ko'pincha bunda patologik jarayon anaerob infeksiya (gazli gangrena) bilan davom etadi. Jonsizlangan to'qimalar kulrang-ko'kimtir rangli, badbo'y hidli, suyuq loyqa massaga aylanadi. Parchalanish mahsulotlari so'rilib organizmni og'ir zaharlaydi. Demarkatsion chiziq odatda bo'lmaydi, gohida jarayon cheklangan hollarda granulyatsion to'siq shakllanadi.



bu turida yiring hosil qiluvchi yoki chirituvchi infeksiyalar qo'shiladi.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASINING UMUMIY VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

TO'QIMAARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI (O'LIM)



Qon tomiri emboliyasida kechiktirilmay operatsiya yo'li bilan to'siqni olib tashlash va qon aylanishini tiklash yaxshi natija beradi. Lekin vaqt kechiksa va qorason (gangrena) boshlangan bo'lsa, umumiy davolash koidasi intoksikatsiyaga va infeksiyaga, moddalar almashmuvining buzilishini bartaraf etishga qaratiladi. Katta miqdorda kristalloidlar (natriy xloridning izotonik eritmasi, glyukozaning 5-10 foizli eritmasi) yuboriladi, qon, plazma, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar (jelatinol, kam molekulyar poliglyukin) qo'yiladi, shuningdek antibiotiklar, nitrofuran preparatlari, yurak dorilari va siydik haydovchi moddalar qo'llaniladi.

Bemorning hayotini saqlab qolish uchun jarayon tugashini kutib o'tirmay, gangrena

bo'lgan oyoqni ertaroq amputatsiya qilish zarur. Qorin bo'shlig'i organlari gangrenasida oshig'ich operatsiya qilib, qorin bo'shlig'ini ochish (laparotomiya), zaharlangan a'zoni kesib tashlash (lekin operatsiyani hamma vaqt ham qilib bo'lmaydi) va qorin bo'shlig'ini tozalash tavsiya etiladi va umumiy infeksiyaga, intoksikatsiyaga qarshi kurashiladi.



MAXALIY DAVOLASH usullari aynan ulgan tukimalarni olib tashlash bilan, ya'ni nekrektomiya va amputasiya amaliyotini bajarishga karatilgan.

Oek-kulni kuruk gangrenasida xirurgik usul bilan davolash albatta demarkasion chizik chegarasi xosil bulgandan keyingina amalga oshirilishi lozim. Nam gangrenani davolashda esa shoshilinch ravishda amputasiya amaliyoti bajarilishi lozim. Ulgan tukimalarni olib tashlash chegarasi soglom tukimalargacha borishi lozim.

Kup xolatlarda nekrektomiya jarroxlik amaliyoti bajarilgan sung uzok vakt davomida bitmaydigan jaroxat saklanib keladi. Bunaka xolatlarda jaroxatni tezrok berkitish maksadida, organizmning kurashish kobilyatlarini inobatga olib plastik jarroxlik amaliyoti bajarish usuli bilan (teri tukimasini kuchirib utkazish) berkitiladi.

UMUMIY DAVOLASH intoksikasiya, infeksiya bilan kurashish va xaet uchun zarur a'zolar faoliyatini yaxshilashga karatilgan bulishi kerak. Bu maksadni kuzlab kup mikdorda suyuklik dori-vositalari bilan infuzion terapiya utkaziladi (glyukoza, natriy xlor fiziologik eritmasi, kon urnini bosuvchi dorilar), antibiotiklar kulaniladi, yurak dorilari, plazmatransfuziya utkaziladi va xokazo.

Davolashda albatta nekrozga olib kelgan etiologik omil xisobga olinishi zarur va uni bartaraf etish buyicha chora-tadbirlar xam davolash rejasi-ga kiritish lozim.



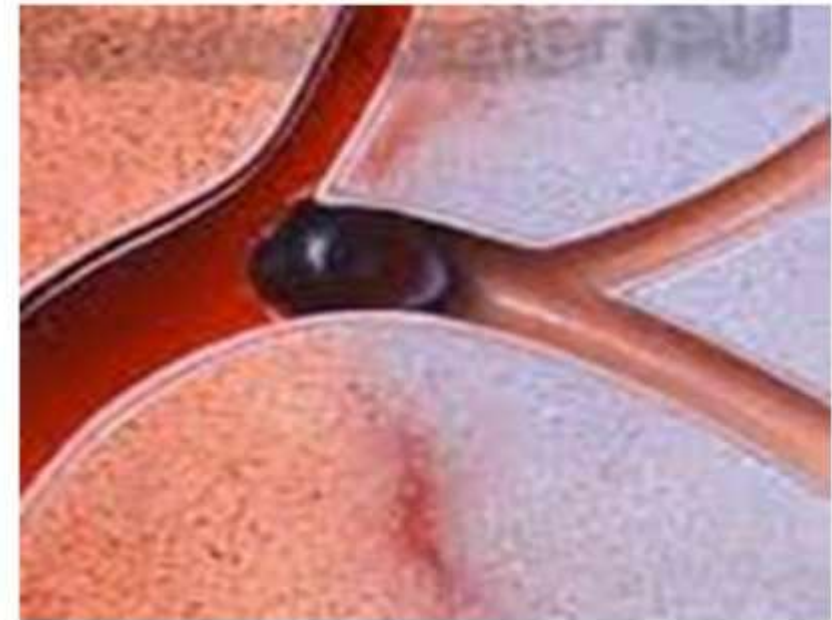
SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



Qon aylanishining o'tkir buzilishlari organizmga nihoyatda salbiy ta'sir ko'rsatadi: bu ta'sir qanchalik ko'p bo'lsa, zararlangan yirik tomir ham shunchalik qattiq shikastlanadi. Arterial qon aylanishining o'tkir yetishmovchiligi uzoq muddatli tomir tortishuvini, **tromboz** yoki arteriyalar **emboliasini** keltirib chiqaradi.

Arterial qon aylanishi o'tkir buzilishlarining ayrim xillarini aniqlash juda qiyin bo'ladi. Erta qo'yilgan tashxis va shoshilinch yordam qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir kasalliklariga davo qilishdagi kabidir.

ARTERIYALAR EMBOLIYASI. Qon oqimidagi turli xil embollar qattiq modda zarrachalari va gaz pufakchalari tufayli yuz beradigan arteriyalarning bekilib qolishi emboliya deb ataladi. Embollar ko'pincha endokardit kasalligida yurak chap bo'lmasi devor tromblaridan, atrioventrikulyar klapanlat yoki yurak nuqsoni yoxud yurak urishi ritmining buzilishi (tebranma aritmiya) tufayli paydo bo'ladigan yurak





qorinchasidan kelib chiqadi. Embollar tromblangan qon tomirlarining anevrizm xaltachasidan yoki aortaning aterosklerotik toshmalaridan ham ajralib chiqishi mumkin. Havo pufakchalari, moy tomchilari yoki boshqa zarrachalar ham qon tomirini berkitish - embol bo'lishi mumkin. Embollar ko'pincha arteriyalar tarmoqlanadigan joylarda tiqilib qoladi. Ko'pincha aorta bifurkatsiyasi joyida, son arteriyalari tarmoqlanadigan joylarida, kamroq qo'l arteriyalarida «egarsimon» embollar kuzatiladi. Tiqin (embol) paydo bo'lganda tomirlarning yonbosh tarmoqlarida kollateral qon aylanishi birdaniga yomonlashadi, to'qimalarning o'tkir ishemiyasi paydo bo'ladi. Embol tiqilgan joydagi arteriya devori reflektor yo'l bilan qisqaradi, bu hol periferik qon tomirlarning spazmi bilan davom etadi. Emboldan distal tomir devorida tromb rivojlanadi.



KLINIK MANZARASI. O'tkir ishemik og'riqlar paydo bo'ladi, ular hatto morfin va boshqa og'riq qoldiruvchi vositalar ta'sirida ham biroz kamaymaydi xolos. Zararlangan qo'l yoki oyoq oqaradi, muzlaydi. Periferik arteriyalarda tomir urishi sezilmaydi, venaning to'liq urishi pasayadi. Arteriyaning tiqin paydo bo'lgan joyi ustida puls kuchayadi. Qo'l yoki oyoq kuchli og'riq va spazm sababli faol harakat qilolmay qoladi. Bunga taktil va og'riq his qilishning buzilishi qo'shiladi. Ba'zan kollaptoid yoki shok holati kuzatiladi. Bir necha soatdan so'ng emboldan quyi qismida oyoq yoki qo'l terisi marmar tusga kiradi, qo'l oyoq to'qimalarning asta-sekin o'lishi yuz beradi. Ancha keyingi bosqichda epidermis qatlam-qatlam bo'lib ko'chadi, suyuqlikka tolgan pufakchalar paydo bo'ladi, gangrena rivojlanadi.





DAVOSI. Zararlangan qo'l yoki oyoqdagi qon aylanishini tiklash uchun shoshilinch operatsiya-embolektomiya qilish zarur. Operatsiya nekrotik o'zgarishlar rivojlanmasdan oldin, dastlabki 4-12 soat ichida o'tkazilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bemor kasalxonaga yotqizilishi bilan oq dori-darmonlar berib davolanadi. Davolashni tomir xirurgiyasining maxsus bo'limida yoki umumiy yunalishdagi xirurgiya bolimida o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Darhol shokka qarshi tadbirlar ko'riladi, og'riq qoldiruvchi vositalar (morfin, promedol, analgin) shuningdek, spazmolitik va tomir kengaytiruvchi vositalar (papaverin, noshpa 4 ml dan kuniga uch mahal; andekalin, ksantenol, teonikol, vazolastin, komplamin, solkoseril, trental, midokalm, galidor 2-4 ml dan kuniga 1 yoki 2 marta) yuboriladi. Bevosita ta'sir ko'rsatuvchi antikoagulyantlar qo'llaniladi (geparin 5000-10000 TB dan har 4-6 soatda venaga yuborib turiladi). Shuni ham unutmaslik kerakki, antikoagulyantlar va fibrinolizin embolni eritmaydi, ular faqat

ikkilamchi tromb qatlami yuz berishining oldini oladi. Shuningdek, yurak dorilari, kortikosteroid gormonlar tayinlanadi. Tomir kengaytiruvchi vositalarni venaga yoki arteriyaga yuborgan ma'qul. Agar konservativ



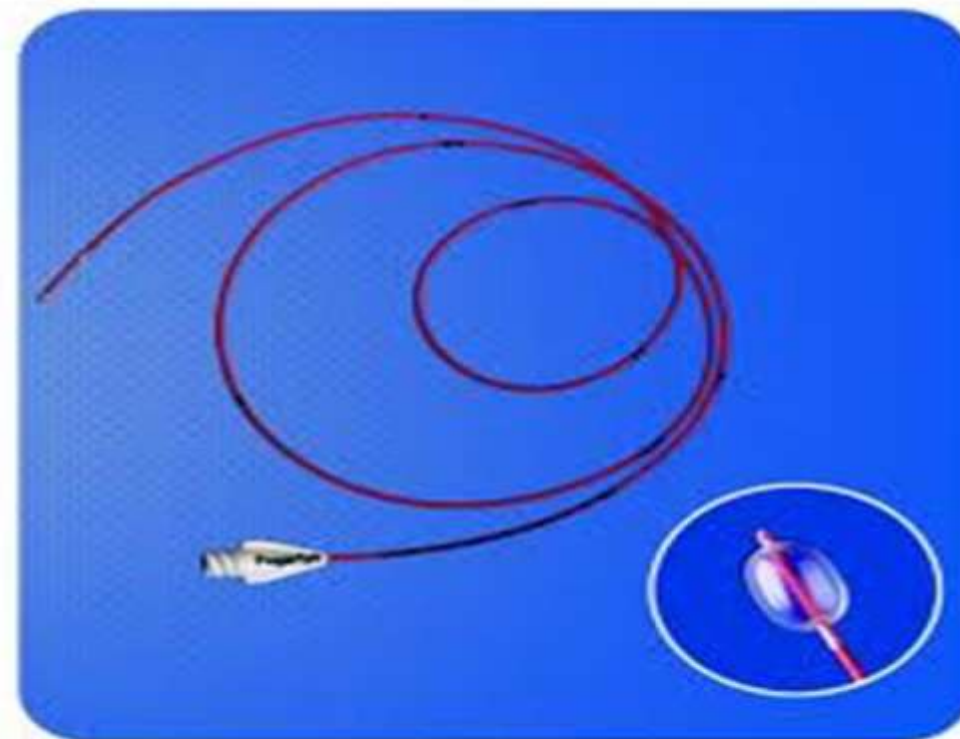
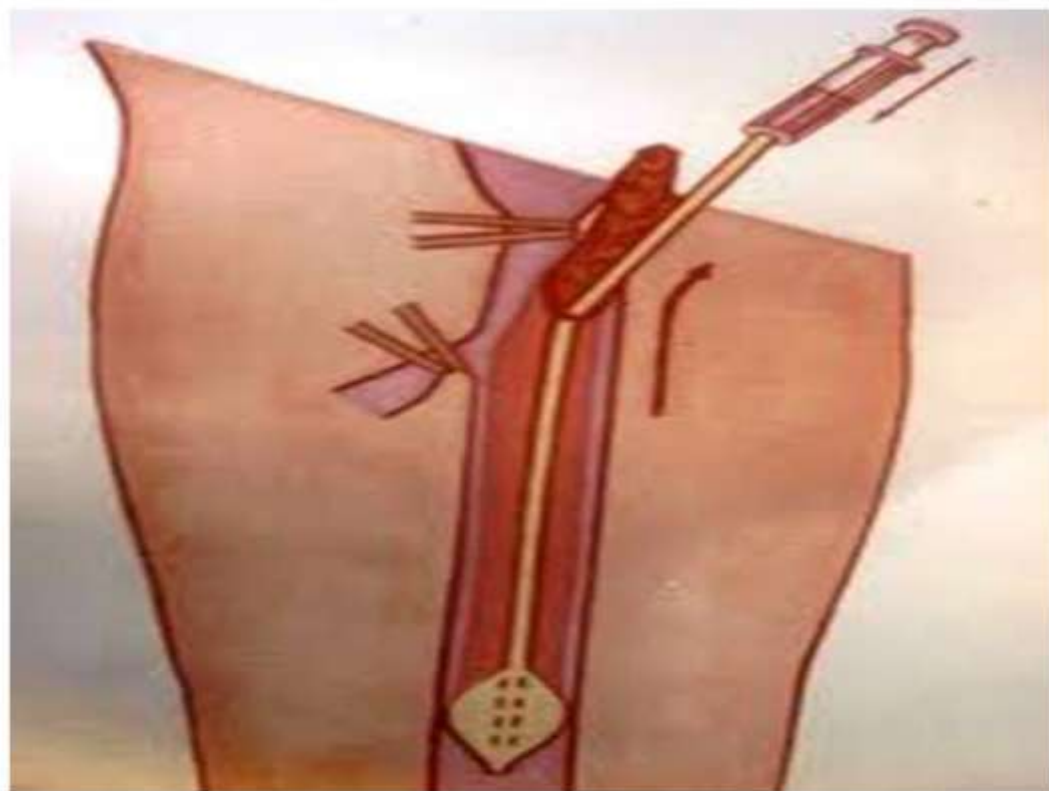
SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA

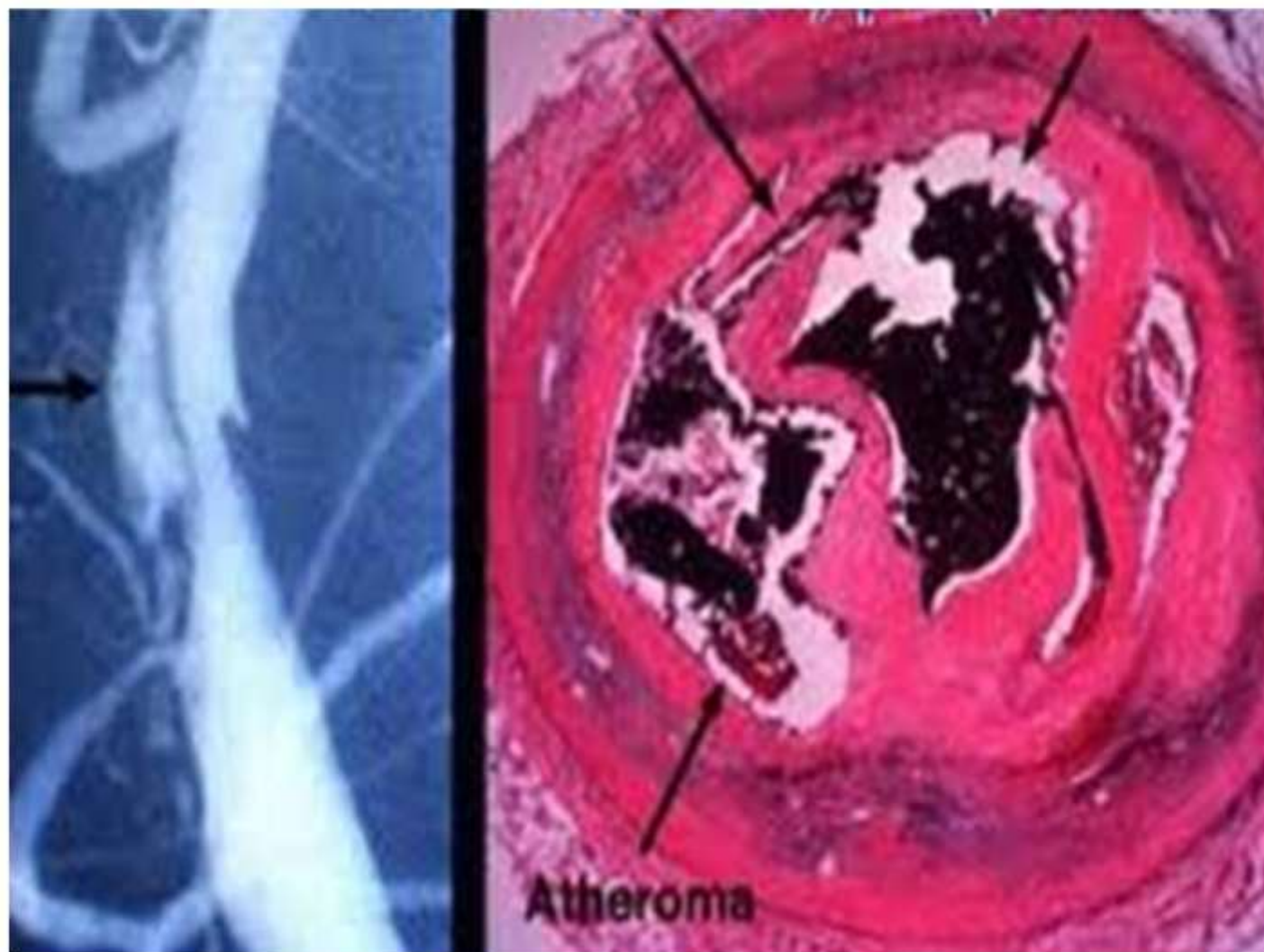


Agar konservativ davu 1-2 soat mobaynida natija bermasa va shox tomir emboliyasining aniq manzarasi saqlanib qolsa, u holda shoshilinch operatsiyani o'tkazish zarur. Embolektomiya odatda, ballon tipidagi maxsus kateterlar – Foggarti kateterlari yordamida o'tkaziladi; embolni olib tashlash uchun maxsus metall ilmoqdan ham foydalaniladi. Vakuum so'rg'ich yordamida so'rib chiqarib yuborish yoki retrograd yo'li bilan yuvib olish usulini qo'llash ham mumkin.

Ayrim hollarda bemorlar operatsiya qilinmaydi va ertaroq trombolitik (trombni eritish) davu qilish o'tkaziladi. Bunda 25000-45000 TB li fibrinolizindan foydalaniladi. Xlorli natriyning izotonik eritmasida eriydigan streptaza yoki avelizin (2.50000-750000 TB) yuborilsa yaxshi natijaga erishiladi, ular venaga 100000 TB/s tezligida 8-12 soat mobaynida yuborilib turiladi. Antikoagulyantlar bilan davolash ham buyuriladi. GBO seanslari jarohatlangan to'qimalarning kompensator xususiyatini oshiradi.

Bemorda gan-grena belgilari rosmna ko'rinib turgan hollarda em-bolektomiya kamlik qiladi, bunda zudlik bilan zaharlangan qo'l yo-ki oyoqni am-putatsiya qilish zarur.





ARTERIYALARNING O'TKIR TROMBOZI. O'tkir trombozda («thrombosis») arteriyada qon ivib, tiqilib qolishi natijasida u bekilib qoladi. Qon aylanishining buzilishi, tomir devorlarining mahalliy o'zgarishlari (ko'pincha tomir shikastlangandan so'ng kuzatiladi) tromb hosil bo'lishiga imkon beradi. Tromb tufayli qon-tomir qisman yoki butunlay bekilib qolishi mumkin. Odatda, bu asorat obliteratsiyalovchi arterioskleroz, aortoarteriit yoki obliteratsiyalovchi endarteriit yuz berganda rivojlanadi. Asosiy qon tomir asta-sekin berkilib borgani sari kompensator kollateralarning ahamiyati oshib boradi. Emboldan farqli ravishda tromb arteriyalarning turli qismlarida paydo bo'ladi va boshlang'ich davrda asosiy tomirning yonbosh tarmoqlariga to'sqinlik qilmaydi.

KLINIK MANZARASI. Dastlabki belgilari xuddi emboliya belgilari kabidir: zararlangan qo'l yoki oyoq birdaniga oqarib ketadi, o'tkir ishemik og'riqlar bosh-

lanadi, his qilishning barcha turlari buziladi, qo'l yoki oyoqning harakatlanishi cheklanadi. Obstruksiyaning distal joyida tomir urmayotganligi (puls yo'qligi) bilinadi. Ba'zan kasallik asta-sekin zo'rayib boradi. Davoiash vaqti o'tkazib yuborilganda kasallikka nekroz va gangrena qo'shiladi.



DAVOSI. Tromboz boshlangan davrda asosan dori-darmonlar bilan konservativ davolash qilinadi, bevosita ta'sir qiluvchi antikoagulyantlar (geparin), fibrinolizin, tomirlarni kengaytiruvchi

spazmolitik vositalar qo'llaniladi. Yangi hosil bo'lgan tromboz fibrinolizin va heparin ta'sirida osongina erib ketadi. O'tkir tromboz yuz berganda reopoliglyukin (400- 800 ml dan 6-7 kun davomida), trental yuborib, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash va qonning reologik sifatini to'g'rilash zarur.

O'tkir trombozda bemorni darhol tekshirib ko'rib, uni tomirlarda qilinadigan rekonstruktiv operatsiyaga tayyorlash tavsiya qilinadi. Birmuncha og'ir hollarda va kasallikning o'tkir davrida trombintimektomiya, tomirni protezlash yoki aylanma shuntlash amalga oshiriladi.





OBLITERATSIYALOVCHI ENDARTERIIT. Obliteratsiyalovchi endarteriit periferik arterial qon tomirlarining zo'rayib boruvchi kasalligi bo'lib, qon aylanishining og'ir buzilishlari, ko'pincha tromboz natijasida gangrena rivojlanishi bilan kechadi. Kasallik ko'proq oyoq qon tomirlarini zararlantiradi, u ayollarga qaraganda ko'proq erkaklarda uchraydi.

ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI. Kasallikning etiologiyasi hali tuliq aniqlanmagan va bu borada ko'plab nazariyalar mavjud. Amerikalik jarroh L.B.Yurger XX asr boshlarida yallig'lanish nazariyasini ko'tarib chiqadi. Ushbu nazariyaga ko'ra, periferik arteriyalar trombozlari va trombangintlarining paydo bo'lishi infeksiyalar bilan, qonning kimyoviy tarkibi o'zgarishlari va moddalar almashinuvining buzilishi bilan bog'liq deb ko'rsatiladi. Keyinchalik aniqlanishicha, obliteratsiyalovchi endarteriitning avj olishi hamisha ham yallig'lanish bilan bog'liq bo'lavermas ekan. Arteriyalar intimalarning giperplaziyasi va proliferatsiyasi yallig'lanishga bog'liq bo'lmagan holda noma'lum sabablarga ko'ra rivojlanishi mumkin.





Rus jarrohi akademik V.A.Oppel obliteratsiyalovchi endarteriitning rivojlanishida endokrin patologiyaning ahamiyatini, ayniqsa buyrak usti bezlari giperfunksiyasini ko'rsatadi. Adrenalinning ko'p miqdorda ajralib chiqishi uzoq vaqt davom etuvchi arteriya spazmini keltirib chiqaradi, buning natijasida qon tomirlarda, shuningdek arteriya devorida o'ta degenerativ o'zgarishlar yuz beradi. Akademik A.V. Vishnevskiy obliteratsiyalovchi endarteriit etiologiyasini nervizm nazariyasi nuqtai nazaridan bayon qildi.



A.V. Vishnevskiy

Hozirgi zamon olimlar ko'pchiligi nerv- reflektor omil va obliteratsiyalovchi endarteriitning rivojlanishida autoallergiyaning ahamiyatini tan oladilar.

Oyoqni sovuq oldirish (yoki muntazam ravishda muzlab yurishi), uning shikastlanishi, sovuq, zax xonada uzoq vaqt bo'lish va nikotindan xronik zaharlanish ana shunday omillar hisoblanadi.

PATOLOANATOMIK MANZARASI. Mayda arteriyalar va arteriolalar ichki pardasi intima proliferatsiyasi, mushak qavatining shishi va hujayralar tsitoplazmasining vakuolizatsiyalashishi yuz beradi. Tomir devorida biriktiruvchi to'qima o'sib chiqadi, qon harakati buzilib tromb hosil bo'ladi va tomir obliteratsiyalanadi. Yallig'lanish, shuningdek atrofdagi biriktiruvchi to'qimaga ham tarqaladi (periarteriit, perivaskulit).

Oyoqlardagi o'zgarishlar bilan bir qatorda obliteratsiyalovchi endarteriitning vistseral turlari - koronar tomir endarteriitlari, o'pka va bosh miya qon tomirlari endarteriitlari, ko'z to'r pardasi endarteriitlari kuzatiladi.



V.A.Oppel



KLINIK MANZARASI. Kasallik asta-sekin boshlanadi, biroq progressiv (uzluksiz) ravishda zo'rayib boradi (zararli ta'sir tamomila bartaraf etilganda jarayonni ancha susaytirish va bemorning ahvolini yaxshilash mumkin). Ma'lum vaqt o'tgach bemor ahvolidning tsiklik yaxshilanishi yoki yomonlashuvi aniqlanadi. Obliteratsiyalovchi aterosklerozdan farqli o'laroq, obliteratsiyalovchi endarterit bilan 25-30 yashar yigitlar og'riydi. Shu sababli kasallik yuvenil (yoshlarga oid) yoki spontan (o'z-o'zidan yuz beruvchi) gangrena deb ham ataladi. Kasallik kechishni uch davrga ajratish mumkin. Bular quyidagicha:

Dastlabki - kompensator davri boshlanganda oyoq qon tomirlarining spazmi sababli bemor barmoqlari sovuqqotayotganga o'xshayotganligidan, oyog'i tez muzlab qolayotganidan, ba'zan

oyoq kaftida «chumoli o'rmlayotgandek» bo'layotganidan yurganda, chopganda boldirida og'riq paydo bo'layotganidan noliydi. Oyoq birmuncha quvvatsizlanadi, ba'zan yurganda charchoq paydo bo'ladi. Patologik jarayon birinchi davrda kollateralarning kengayishi bilan kompensatsiya qilinadi.





Ikkinchi - dekompensatsiya davrida vaqti-vaqti bilan og'riq tufayli to'xtashga majbur bo'lish, oqsoqlanish, paresteziya va bold-er mushaklarida tirishish kuzatiladi. Barmoq va oyoq kaftidagi og'riq birmuncha uzoq vaqt davom etadi, kaftning orqa tomonidagi arteriyalarda tomir urishi sustlashadi va nihoyat yo'qoladi, kaft muzlab ko'pincha oqarib ketadi, ko'kimtir tus oladi. To'qimalar trofikasi buzilishi boshlanadi (shish, terining po'st tashlashi, tirnoqlar mo'rtligi). Kasallik kechiktirib yuborilganda og'riq kechqurun, ayniqsa, tunda kuchayadi. Bemor uxlay olmaydi, oyoqlarini majburiy holatga keltirishga, odatda, tizzasidan bukib, pastga osiltirib yotishga urinadi. Og'riq qoldiruvchi dori-darmonlar kor qilmaydi, trofik yaralar paydo bo'ladi.

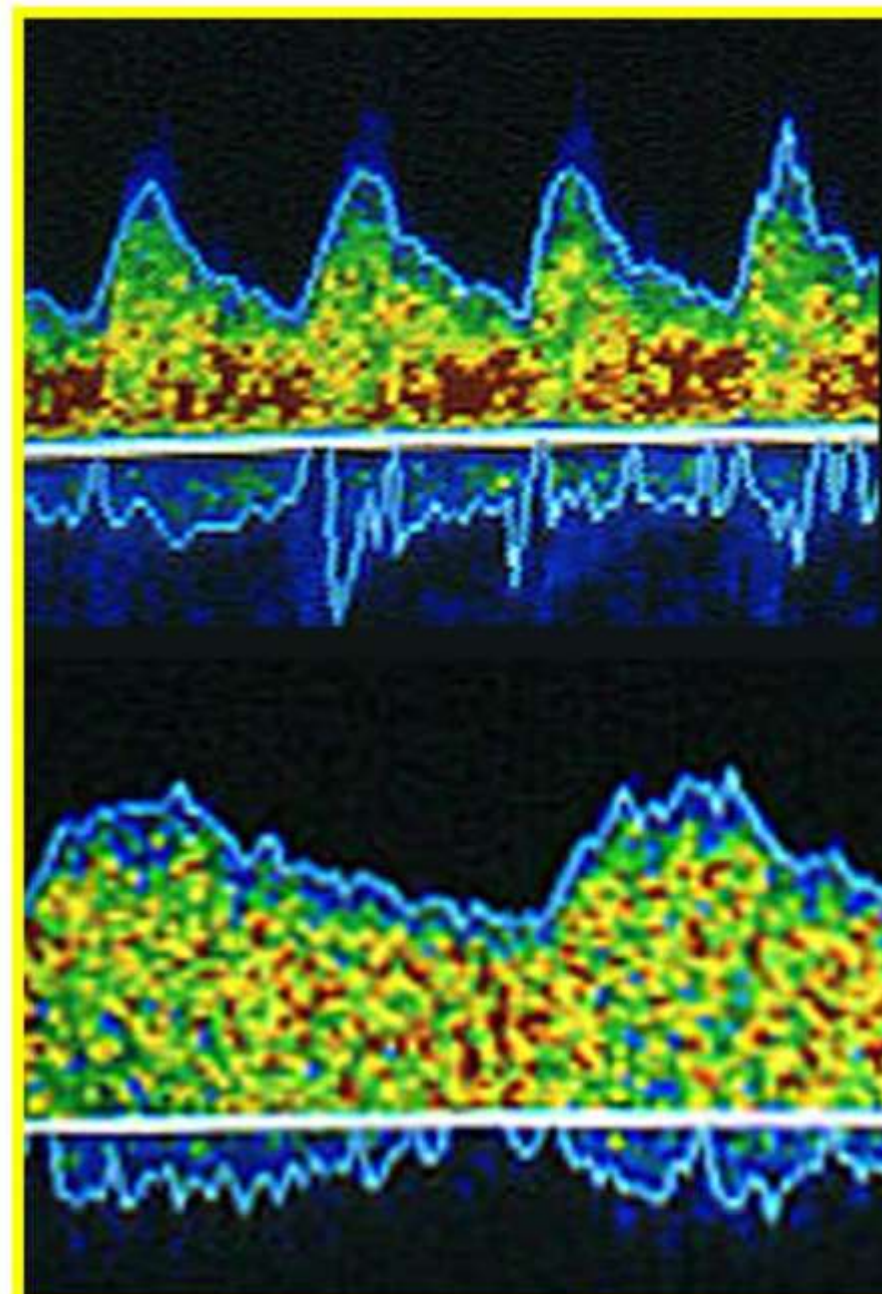
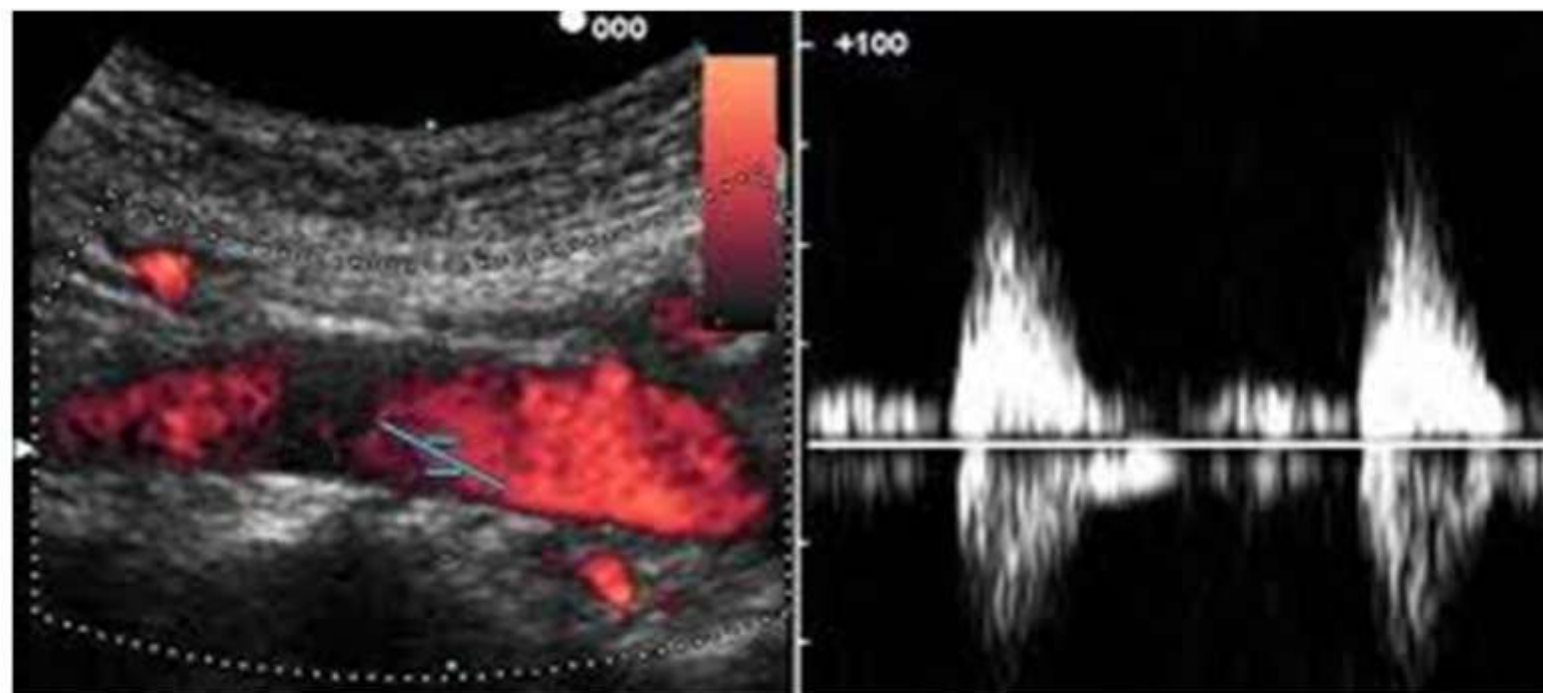
Uchinchi - nekrotik davrda barmoqlar yoki kaft gangrenasi yuqorida aytib o'tilgan kasalliklarga qo'shiladi. Nekroz distal (tirnoqlar) falangadan (barmoq yoki tirnoqning bir bo'lagidan) boshlanadi, u ko'proq bosh barmoqda yuz beradi. Granulyatsion sust kechadi, zardob qonli suyuqlik ajralib chiqadi. Kamdan-kam hol-larda quruq gangrena va to'qimalarning mo'miyolanishi aniqlanadi.





Dopplerografiya, reovazografiya, regional qon bosimining aniqlanishi, pletizmo-grafiya (aylanayotgan qon miqdorini aniqlash), son arteriyasining punktsional arteriografiyasi tashxislashda muhim ahamiyatga ega. Vazografik usul yordami-da tomirlar obliteratsiyasi o'rnini va darajasini, kollateral qon aylanish hajmini va tomirlar devorlaridagi o'zgarishlar xarakterini aniqlash mumkin.

Obliteratsiyalovchi endarteriitni chuqur vena tromboflebitidan, arteriyaning aterosklerotik okklyuziyasidan, Reno sindromidan farqlash kerak; oyoq-kaftning muzlashi uzoq vaqt davom etgan mo'tadil sovuqda qolish tufayli yuz beradi. Arteriyaning aterosklerotik okklyuziyasi keksalarda kuzatiladi va u asta-sekin zo'rayib boradi.





DAVOSI patogenetik bo'lishi kerak, shu bilan birga konservativ va operatsion usullar qo'llaniladi.

Konservativ tadbirlar markaziy nerv sistemasi ishini yengillashtirishga, periferik nerv retseptorlarining tormozlanishini kamaytirishga qaratiladi. Qon aylanishi buzilishining dastlabki bosqichida arteriya spazmining roli katta o'rin tutadi. Tomirlarni kengaytirish uchun davolash vositalari va shifobaxsh balchiq applikatsiyasi qo'llaniladi. Mexanik vositalar (tebranma karavot, masaj) kollaterallarning rivojlanishiga imkon beradi. Chekish ta'qiqlanadi, chunki nikotin tomirlarni toraytiradi. Vitaminlar (B₁, B₆, E, C), antikoagulyantlar, tomirni kengaytiruvchi dori-darmonlar, gormonal preparatlar qo'llaniladi. Tomirlarni kengaytiruvchi dorilar, shuningdek, arteriyaga ham yuboriladi.

Umumiy giperbarik oksigenatsiya qo'llaniladi, u kislorodning 2-2,5 atmosfera bosimi ostida qon plazmasida eritishga va bevosita to'qimalarga shimilishiga asoslanadi. Shunday qilinganda lokal to'qima surunkali gipoksiyasi bartaraf etiladi.

Operatsiya qilib davolash usullari, oyoq qon tomirlariga ta'sir qiluvchi simpatik gangliyalarni va endokrin bezlari (buyrak usti bezi) olib tashlash yoki qon tomirlarining devoridagi nerv chigallarini olish usullarini qo'llash ko'rsatiladi.

Simpatektomiyani - simpatik nerv tugunlarini operatsiya usulida olib tushlashni fransuz jarrohi Z.Jabule (1838) taklif qilgan. Hozir lyumbal simpatektomiya ikkinchi yoki uchinchi yoki to'rtinchi bel simpatik nerv chigallari (gangliyalari)ni rezeksiya qilish bilan ekstraperitoneal (qorin pardadan tashqarida) ravishda amalga oshiriladi. Obliteratsiyalovchi endarteriitning spastik turlarini davolash uchun torakal simpatektomiya tavsiya qilingan (B.V.Ognev).

Tomirlarda turlicha operatsiyalar o'tkazish (trombendarkektomiya, intimtrombektomiya), obliteratsiyalashgan tomirni kesib olib, uni autovenalar yordamida shuntlash (tiklash) taklif qilingan. Kam molekulyar dekstran, fibrinolizin, geparin va tomirlarni kengaytiruvchi dori-darmonlardan foydalanib, oyoqni regionar perfuziya qilish mumkin. Davolash vaqti o'tkazib yuborilgan va u oyoq gangrenasi bilan kechgan bo'lsa, oyoq amputatsiya qilinadi.

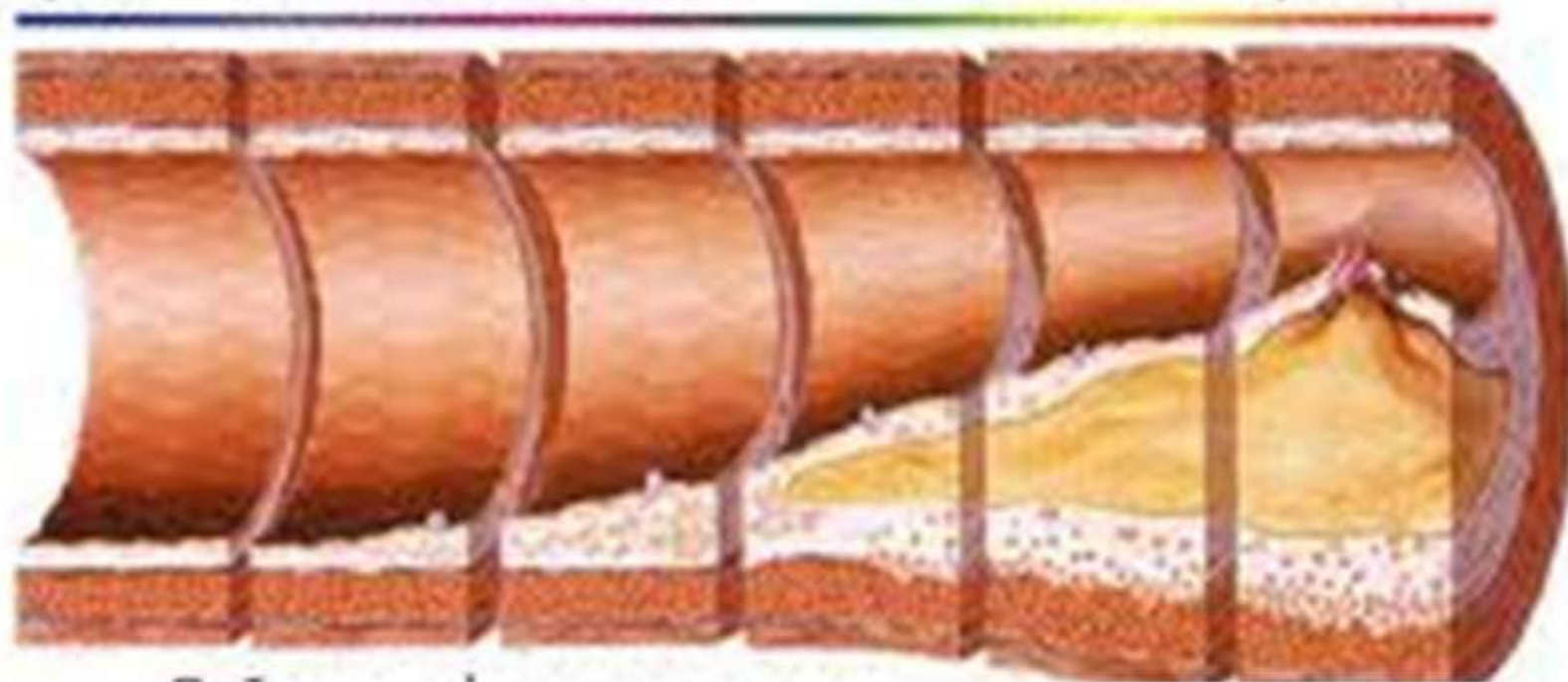
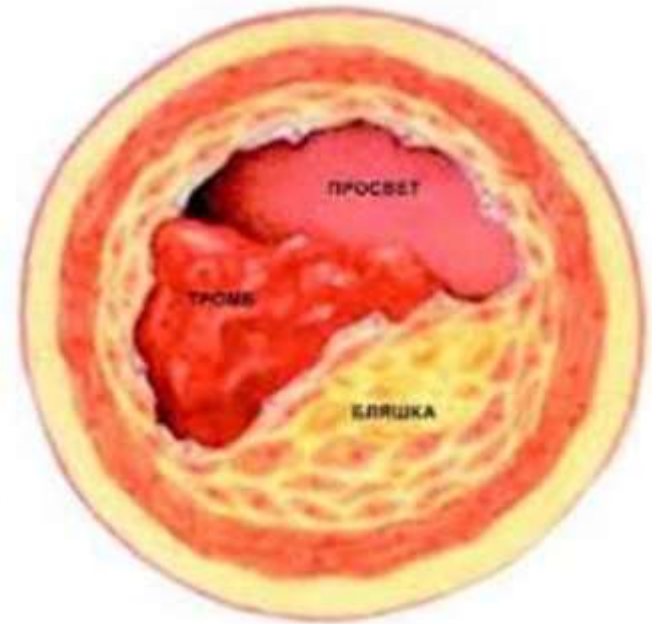


SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



AORTA (SHOX TOMIR) VA PERIFERIK ARTERIYALARNING OBLITERATSIYALOVCHI ATEROSKLEROZI

Ateroskleroz surunkali kasallik bo'lib, qon aylanishining butun sistemasini zararlantiradi. Arteriya tomiri, intima pardasi va uning ostida xolesterin to'planadi hamda bo'rtib chiqadi, ateroskleroz tugunchalari paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan arteriya devorining ateroskleroz tugunchalarida va mushak qatlamida biriktiruvchi to'qima o'sadi va kaltsiy tuzi cho'kadi. Tomirlarning obliteratsiyalovchi ateroskleroz ko'pincha tomirlarning tiqilib qolishini keltirib chiqaradi (ateroskleroz tugunchalari tomirlarni asta-sekin toraytiradi), qon aylanishi buziladi va ivishi sababli tromblar qatlami tomirni butunlay toraytirib, berkitib qo'yadi. Obliteratsiyalovchi ateroskleroz ko'pincha qorin aortasining terminal (bifurkatsiya) bo'limida. a.



iliaca communis, a. femoralis (son arteriyasi)ning bekilib qolishiga sabab bo'ladi (xuddi shunga o'xshash o'zgarishlar yurak tomirlarida ham yuz beradi).

KLINIK MANZARASI. Oyoqda ishemiyaga xos og'riq va paresteziya kuzatiladi. **Og'riq** odatda yurganda (300, 150, 100 m masofaga)

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



kuchayadi; bemor og'riq tufayli **to'xtashga majbur bo'ladi, o'zgarib turadigan oqsoqlik** kasallikning dekompensatsiya davrida og'riq bemor tinch holatda bo'lganda ham kechasi zo'rayadi.

Oyoqning muzlashi, oyoq barmoqlari trofikasining buzilishi (tirmoqlar mo'rt bo'lib qoladi, oyoqdagi tuklar tushib ketadi), oyoq terisining harorati past bo'lishi, terining til tishi suyagi tusiga kirishi kasallikning belgilaridandir.

Kasallik kechishining turt bosqichi bir-biridan farqlanadi:

Birinchi bosqichda oyoq og'rishi tufayli majburan to'xtab qolish «o'zgarib turadigan oqsoqlik» uzoq masofaga yurilgandagina seziladi; bemor yurmasa, harakatda bo'lmasa og'riqdan shikoyat qilmaydi.

Ikkinchi bosqichda oqsoqlik kuchayadi (100-200 metr masofaga yurishi bilan boshlanadi), terida, tirmoqlarda distrofik o'zgarishlar aniqlanadi, muskullar atrofiyasi (qurishi) boshlanadi. Bemor tinch holatda bo'lganda ham oyoq barmoqlarida qisqa vaqtli og'riq turadi.

Uchinchi bosqichda oqsoqlik, oyoqning sovuqqotishi va uvishib qolishi seziladi, og'riq deyarli doimiy bo'ladi. Nekrotik o'zgarishlar, yaralar paydo bo'ladi. Kechalari og'riq kuchayadi, bemor oyog'ini osiltirib yotadi, qadoq bo'lgan joyda arzimagan shikastlanish, o'sib ketgan

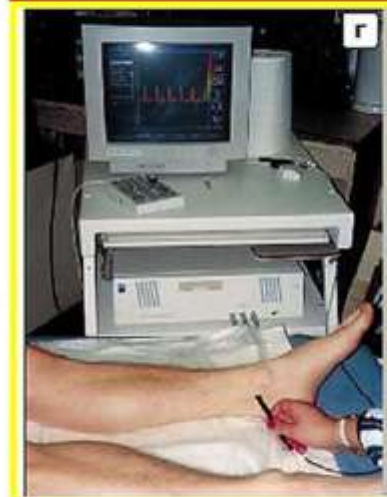




tirnoq yoki sovuqqotish gangrenani keltirib chiqarishi mumkin.

To'rtinchi bosqichda nekrozlar, oyoq yuzasining distal bo'limlarida gangrene vujudga keladi.

DIAGNOSTIKASIDA regional qon bosimi, reovazografiya, dopplerografiya, radionuklid angiografiya, kompyuterli tomografiyani va angiografiyani, aortografiyada aniqlash ishlari o'tkaziladi. Tomir urishini aniqlash, bunda qorin aortasi pulsatsiyani aniqlash eng ishonchli usul hisoblanadi.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASINING UMUMIY VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

TO'QIMAARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI (O'LIM)



TO'QIMAARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI (O'LIM)

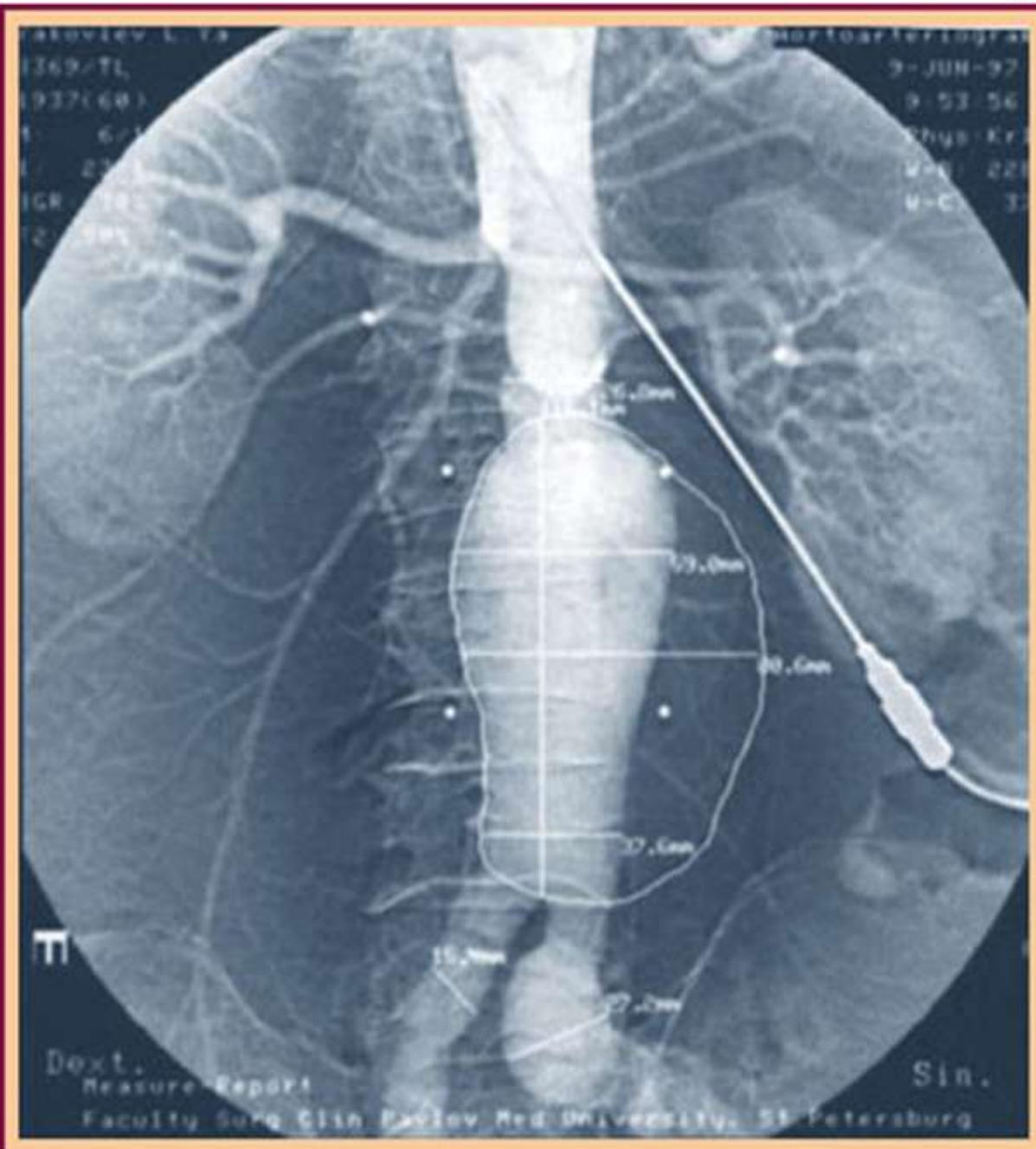
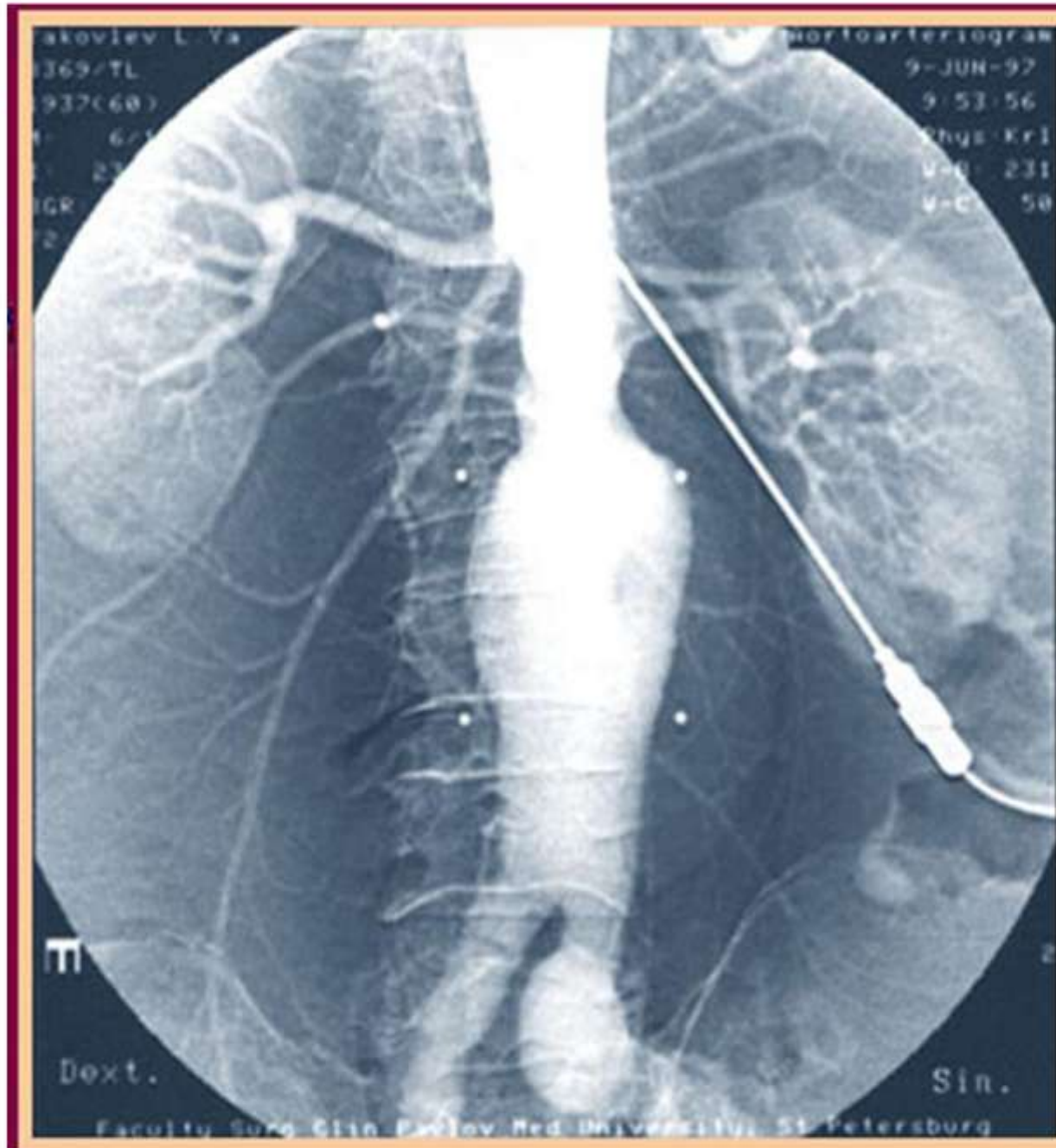


TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASINING UMUMIY VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



TO'QIMAARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI (O'LIM)



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASINING UMUMIY VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



DAVOSI. Kasallikning dastlabki bosqichida yoki asosiy tomirning diffuz o'zgarishlarida dori-darmonlar bilan (konservativ) davo qilinadi. Tomirni kengaytiruvchi va spazmni yo'qotishga qaratilgan vositalar qo'llaniladi. Shuningdek, fizioterapiya va balneoterapiya (davolash vannalari), gi-perbarik oksigenatsiya ham tavsiya etiladi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash cheklangan okklyuziya mavjud bo'lgandagina talab qilingan darajada aorta tarmoqlarida, son va tizza osti arteriyalari, shuningdek, yurak tomirlari tarmoqlarida amalga oshiriladi. Tomirlarda bajarilayotgan operatsiyaning uch turi mavjud: trombin-tomektomiya (arteriya intima qabati olib tashlanadi); tomir kesib olib tashlanib va uning o'rniga vena tomiri yoki sun'iy qon tomiri plastikasi qilinadi; zararlangan segment yuqorirog'idan aylanma yol-qon tomiri plastika qilinib periferik qismiga ulanadi.



Neck incision



Incision of carotid artery



Plaque removed

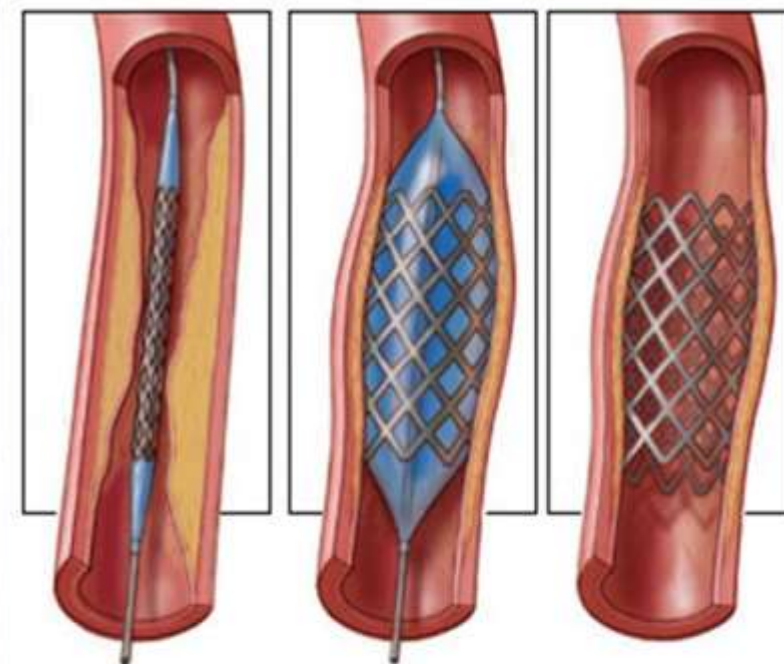
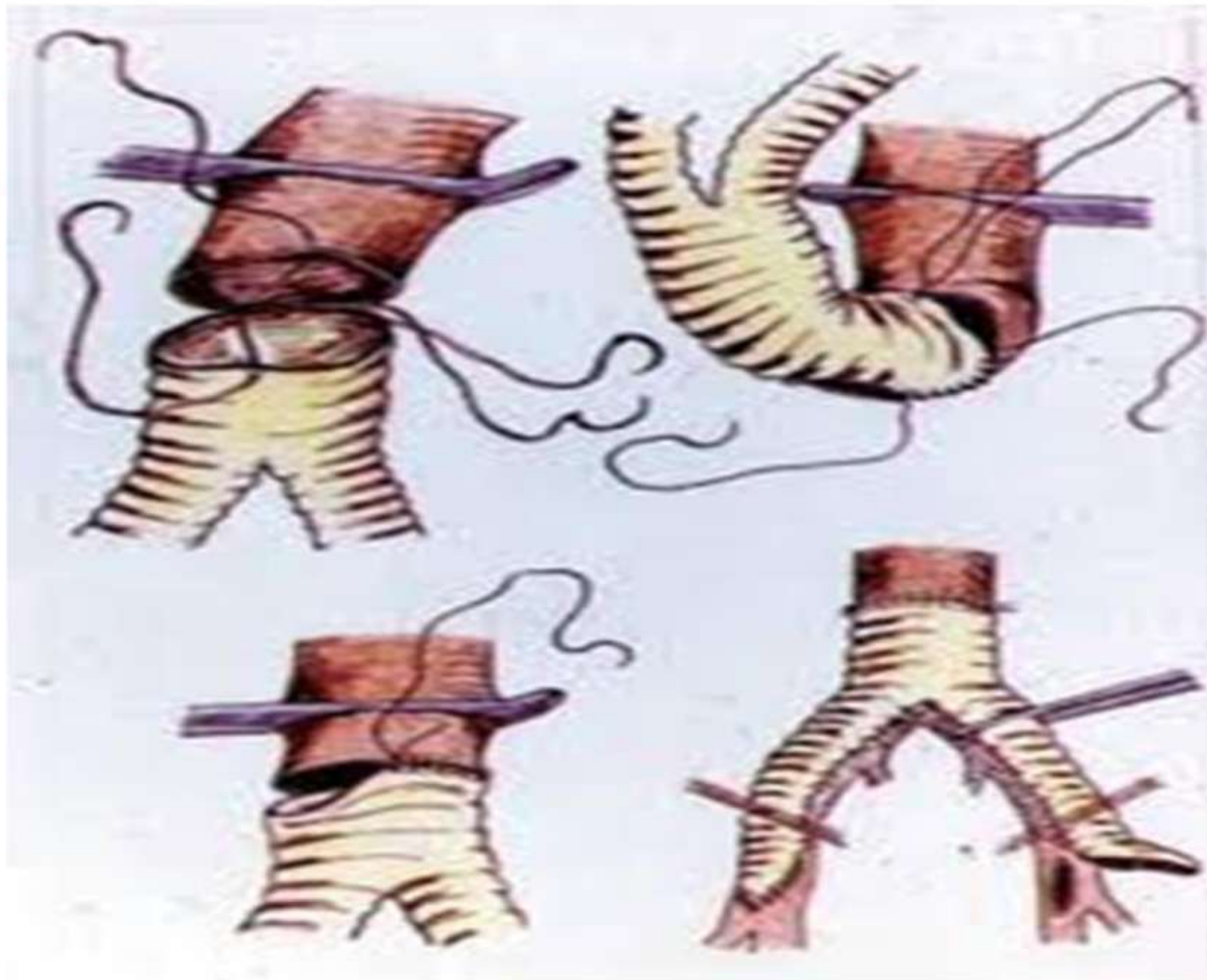


Artery repaired





TO'QIMAARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI (O'LIM)



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASINING UMUMIY VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



ETIOLOGIYASI. «Yotoq» yaralar yoki yumshoq to'qimalar gangrenasi nerv-trofik o'zgarishlar yoki qon aylanishining buzilishi natijasida paydo bo'ladi. «Yotoq» yaralar ko'proq zaiflashib qolgan bemorlarda (ayniqsa, orqa miya shikastlanganda), ular tanasining uzoq vaqt ezilishiga uchragan joylarida avj oladi. Agar bemor uzoq vaqt chalqanchasiga yotsa, bel, tovon va gavda terisi, teri osti to'qimalari eziladi va qon aylanishi buzilib, to'qimalar jonsizlanib, ko'pincha «yotoq» yaralar xuddi shu joylarda vujudga keladi.

KLINIK MANZARASI. «Yotoq» yaralar asta-sekin, bilinmasdan boshlanadi. Bemor ba'zan belining qotib ketganligi va og'riqdan noliydi. Avvaliga teri qizaradi, keyinchalik unga tsianoz (ko'karish) qo'shiladi. Shundan so'ng teri shishi avj oladi, epidermisning ko'chishi yuz beradi. Vaqti kelib teri nekrozlanadi, nekrotik to'qimalar ajralib chiqadi, chuqur va yiringli yara paydo bo'ladi. Ko'pincha yara tubida ochilib qolgan dumg'aza suyagining bo'lagi ko'rinib turadi. «Yotoq» yaralar bevosita teri ostida joylashgan suyak to'rilib chiqqan joylarda ham (tovonda, son suyagining katta ko'stida, kurak o'simtasi sohasida) paydo bo'lishi mumkin. «Yotoq» yaralar zaiflashib qolgan bemorlar uchun ayniqsa xafvlidir, u yara mikroblar tufayli umumiy yiringli infeksiyaga (sepsisga) aylanishi mumkin.



02/21/2010



DAVOSI. «Yotoq» yaralarni davolash ancha qiyin muammo. Yaradagi nekrotik to'qimalar kesib tashlanib, gipertonik eritmali bog'lamlar, proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, iruksol), antibiotiklar qo'llaniladi. Yara chetlari aerosol aralashmasi bilan yopiladi, kseroform yoki ruxli malham surtiladi. Fizioterapiya (ultrabinafsha nurlar, sollyuks) keng qo'llaniladi. Mumkin qadar yarali joy bosilmasligi chorasini ko'rish zarur.

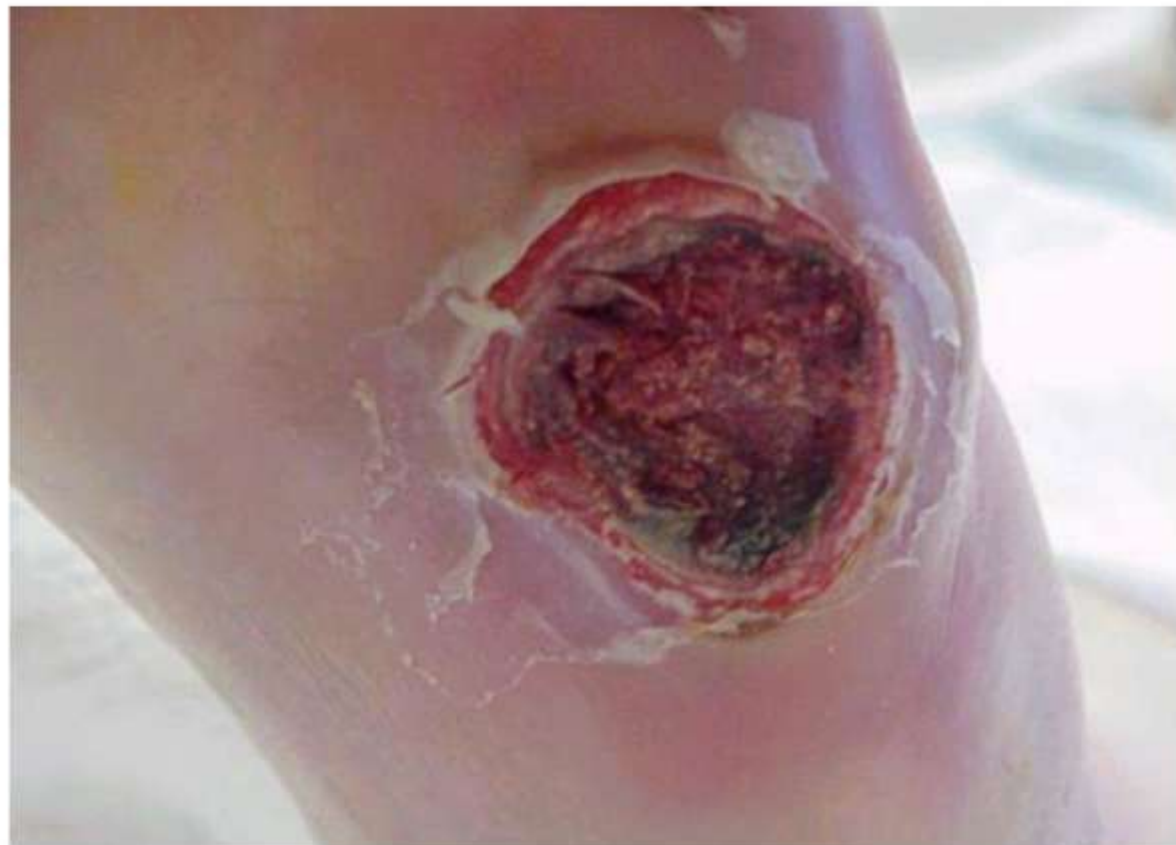
PROFILAKTIKASI. «Yotoq» yaralar paydo bo'lishining oldini olish uchun bemor diqqat bilan parvarish qilinishi lozim. Kurpaga solingan choyshab faqat

tekis qilinib solinishi

kerak, u quruq bolishi

shart, chunki siydik ham, ajralmalar ham terini tez zararlantiradi. Yaralar hosil bo'lishini tezlashtiradi. Defekatsiyadan so'ng oraliq sovunlab, iliq suvda yuviladi. Badan terisi har kuni kamfora yoki salitsil spirt bilan arilib tozalanadi. Og'ir yotgan bemorlar maxsus parolon, suv yoki havo bilan to'ldirilgan to'shakka yotqiziladi. Bel ostiga havo bilan to'ldirilgan rezina chambar qo'yiladi.





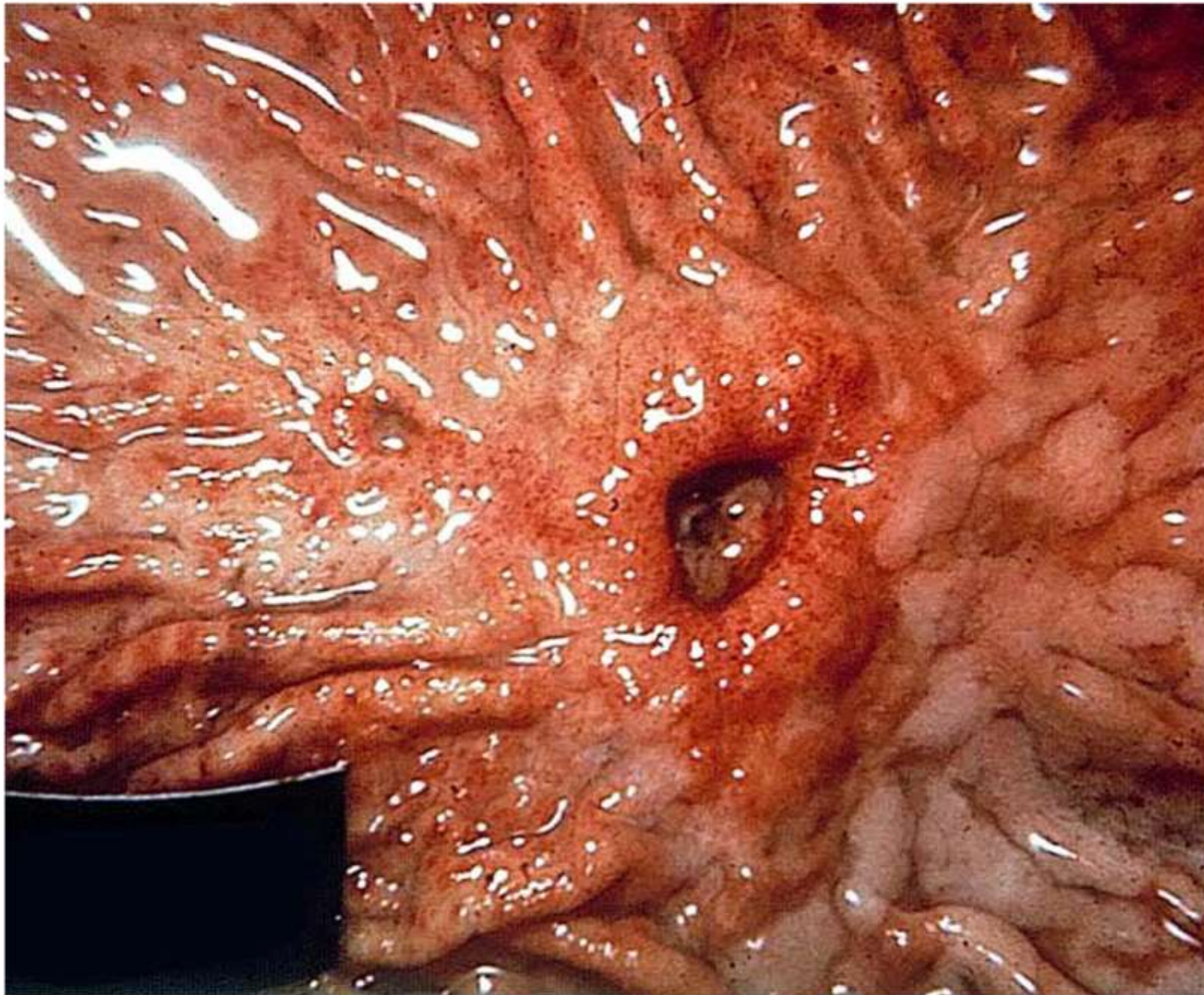
Yara deb, bitishi qiyin bo'lgan teri yoki shilliq pardadagi (ko'pincha chuqur yotgan to'qimalardagi) nuqsonga aytiladi. Yaralar to'qimalar nekrozi tufayli paydo bo'ladi, regeneratsiya jarayoni kamroq ifodalangan bo'lsa, shikastlangan to'qimalar uzoq vaqtgacha bitmaydi. Yaralar surunkali bo'lib, uzoq vaqt davom etadi, ular zo'rayishi ham mumkin (masalan, stressdan kelib chiqadigan yaralar).

ETIOLOGIYASI. Yaralar turli omillar tufayli kelib chiqadi, ulardan asosiylari quyidagilardir: arterial (trombozlar, emboliyalar, arterio-la spazmi) va venoz qon aylanishining (tomirlarning varikoz kengayishi, yuza va chuqur yotgan tromboflebitlar, arterial va venoz fistulalar), shuningdek, limfa oqimining buzilishi (katta shish, «phil» oyoq) natijasida; arteroskleroz, nospetsifik aortoarteriit, obliteratsiyalovchi endarteriit, Reyno kasalligi, zaxm aortiti va

boshqa kasalliklarda tomirlar devorida yuz beradigan o'zgarishlar sababli; to'qimalarning travmatik shikastlari (mexanik, termik, kimyoviy moddalar, elektr va nur ta'siridan yetgan shikastlar oqibatida); infeksiya, yaralar, yiring, chirik spesifik (sil, zaxm, moxov kasalligi) va mikozi infeksiya tufayli kelib chiqadi (aktinomikoz, blastomikoz, epidermofitiya); anemiya, qand kasalligi, qon kasalliklarida moddalar almashinuvining buzilishi natijasida; nefrotrofik buzilishlar orqa miya nervlari va periferik nervlar ildizlari zararlanganda, siringomiyeliya va kuchayib boruvchi falajlikdan kelib chiqadi; yara paydo qiluvchi (sarkoma, limfogranulematoz) xavfli va xafvsiz o'smalar natijasida.

Yaralarning paydo bo'lishida to'qimalar ishemiyasi va shundan so'ng ularning trofik o'zgarishi alohida ahamiyatga ega.

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA

**PATOLOGOANATOMIK MANZARASI.**

Jonsizlangan to'qimalarda mikroblar va yiringli suyuqligi oqib chiqadigan nekroz o'choqi paydo bo'ladi. O'choq atrofida granulyatsion to'siq rivojlanadi va biriktiruvchi to'qimaga o'tadi. Yara atrofida nospesifik yallig'lanish kuzatiladi (ko'pincha granulyatsiyalangan jarohatni yaradan farq qilish qiyin bo'ladi). Odatda, yaralarga to'qimalar trofikasining buzilish belgilari xos bo'ladi. Hamma yaralar umumiy belgilari bilan bir qatorda kelib chiqishi jihatidan ham bir-biridan farq qiladi.

KLINIK MANZARASI. Yaralar tashqi ko'rinishiga va hajmiga qarab xilma-xil bo'lishi mumkin: faqat lupa bilan ko'rish mumkin bo'lgan ko'zshox pardasidagi kichkina yarachadan tortib, butun boldirga tarqalgan kattakon yaralar ham bo'ladi. Yaralar dumaloq, cho'zinchoq yoki shakli noaniq bo'lishi mumkin. To'qima nuqsoni



aniqlanganda uning kengayishiga yo'l qo'ymaslik, yara chetlari va tubi xarakterini bilish zarur. Yara chetlari tekis va silliq, notekis va kertik, qattiq, rangsiz va ko'kargan bo'ladi. Yara tubi odatda ko'tarilgan yoki chuqurlashgan, loyqasimon suyuqlik, granulyatsiyalangan to'qimalar va nekroz o'chog'i bilan qoplangan bo'ladi. Granulyatsiyasi sust bo'ladi, bunday yaralar kallez yaralar deb ataladi. Ular biriktiruvchi to'qimaning qalin qatlami bilan o'ralgan. Ba'zan yaralar zamburug'simon gipergranulyatsiyalar bilan qoplangan bo'ladi.

YARALARNING QUIYIDAGI ASORATLARI KUZATILADI: ikkilamchi qon ketishi, infeksiya tushishi, penentratsiya yoki perforatsiya (ko'z shox pardasi, me'da, yo'g'on ichak yaralari), yuz, ko'z qovog'i, qizilo'ngach, me'dada kattakon chandiqlar paydo bo'lishi shular jumlasidandir. Shuningdek, yaralar, malignizatsiya (xavfli tuzilma) bo'lishi mumkin. Bitgan yaralarning qaytalanishga moyilligini alohida ta'kidlab o'tish zarur.

DAVOSI kompleks olib boriladi, lekin birinchi navbatda asosiy kasallik yoki etiologik omillar (venalarning varikoz kengayishi, zaxm, qand kasalligi) bartaraf etilishi zarur.

Tashqi yaralarga konservativ davo yaxshi natija beradi. Buning uchun bemorga o'rnidan turmay yotish buyuriladi, oyoq immobilizatsiya qilinadi, teri yaxshilab parvarish qilinadi, davolash vannalari, fizioterapiya (ultrabinafsha nur, sollyuks) muolajalari tayinlanadi. Dastlabki davrda gipertonik eritmali





yara bilan birga rezeksiya qilinadi (me'da yoki qizilo'ngachni rezeksiya qilish, bar-moqni kesib tashlash). Ayrim hollarda regionar simpatik gangliyaga ta'sir ko'rsa-tiladi: trofik yaralarda simpatik gangliyalar novokain bilan blokada qilinadi. Varikoz yaralarda teri osti kengroq ekssiziya qilinadi va perforant (teshilgan) venalar bog'la-nadi, ba'zan varikoz tugunlarda tromb hosil qilinadi.

bog'lamdan, proteolitik fermentlardan, iruksoldan foydalaniladi. Yara tozalangach indifferrent malhamli bog'lamlar qo'llaniladi. Or-tiqcha granulyatsiya kumush nitratning (lyapis) 10 foizli eritmasi bi-lan kuydiriladi. Rux yelimli bog'lam bilan bog'lab qo'yiladi.

UMUMIY DAVOIASH. Organizmdagi immunobiologik va reparativ jarayonlarni kuchaytirishga qaratilgan bo'ladi. To'q tutadigan va vita-minlarga boy taomlar, davolash fizkulturasi tayinlanadi, qon kompo-nentlari qo'yiladi.

Jarrohlik yo'li bilan davoiash yarani granulyatsiyaning patologik o'zgarishlaridan va yon-atrofdagi chandiqlardan saqlab qolishni nazarda tutadi. To'qimalar nuqsoni sezilarli darajada paydo bo'l-ganda yara atrofidagi to'qimalar bilan birga sog'lom to'qimagacha olib tashlanadi va hosil bo'lgan yangi jarohat regionar teri plastikasi hisobiga yopiladi yoki erkin teri transplantati ishlatiladi. Ba'zan or-gan yoki uning bir qismi



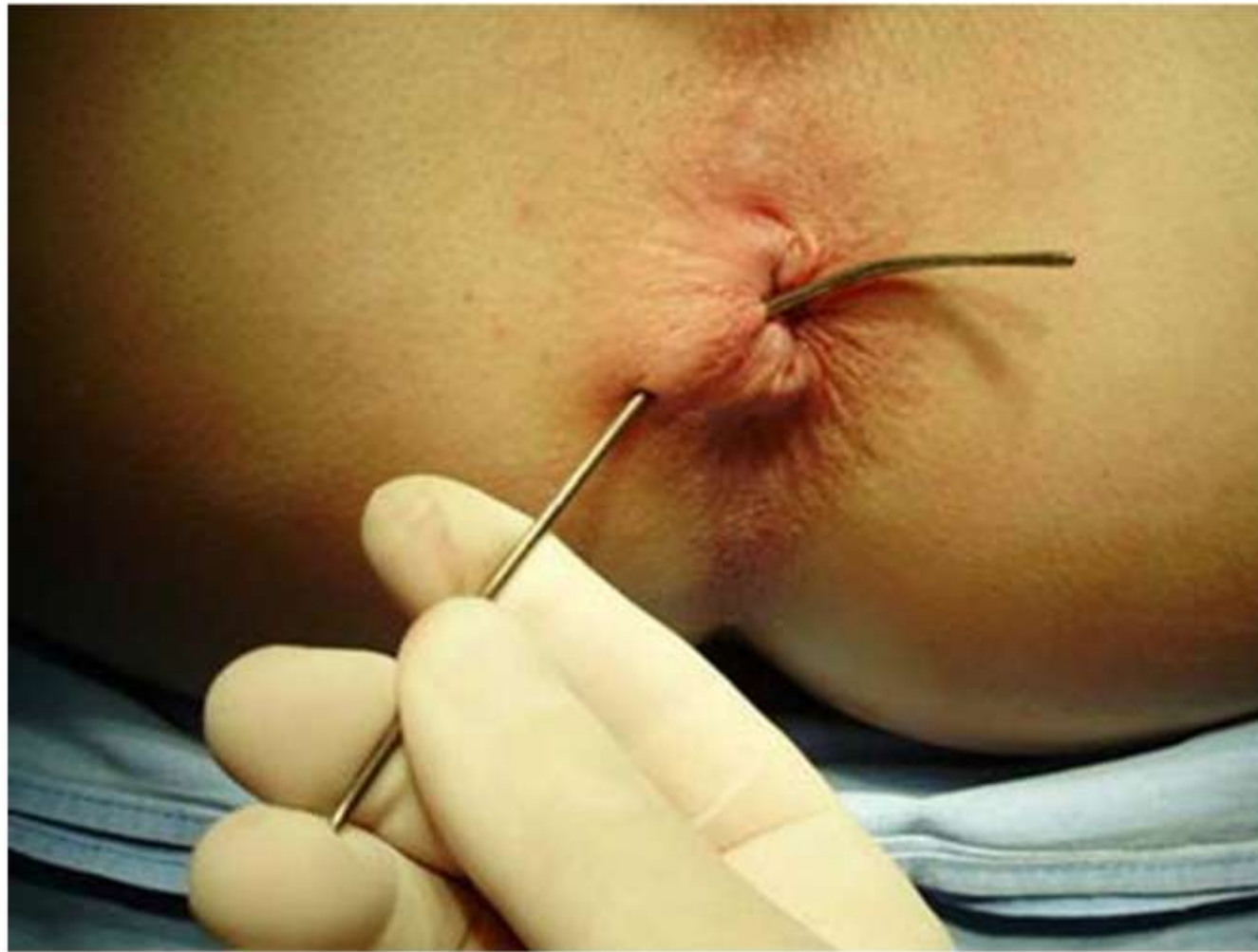


TO'QIMAARNING MAHALLIY JONSIZLANISHI (O'LIM)



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASINING UMUMIY VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



OQMA YARA deb, odatda, patologik sharoitda kovak organlarni, bo'shliqlarni (shu jumladan, patologik) yoki chuqur joylashgan to'qimalarni badan yuzasi - tashqi nuhihit bilan tutashtirib turuvchi ingichka kanalga aytiladi. Shuningdek, kovak organlarni bir-biri bilan ham tutashtirish mumkin. Oqma granulyatsion to'qimalar yoki epiteliylar bilan qoplangan bo'ladi.

ETIOLOGIYASI. Oqma yaralarning paydo bo'lish yo'llari juda ham xilma-xil. bunga yallig'lanish jarayonlari (infeksiya), yot jismlar, to'qimalarning zararlanishi yoki oziqlanishining buzilishi, o'smalar, tug'ma anomal hollar sabab bo'lishi mumkin. Qator hollarda oqma yaralar sun'iy ravishda yuzaga keladi, biroq ular jarrohlik yo'li bilan davo qilingandan so'ng yaraning yiringlashi va infeksiya tushgan choklar tufayli (bunday hollarda oqma yara infeksiyalashgan barcha qon tomirlar, to'qimalar tikilganda ishlatilgan iplar (ligaturalar)dan infeksiya olib

tashlanmaguncha bitmaydi) rivojlanishi mumkin. Yiringli oqma yaralar ko'pinch a osteomiyelit, suyak bo'g'imi sili, yot jismlar, shuningdek qorin bo'shlig'i organlari operatsivasidan keyin uchraydi.

Oqma yaralardan chiqayotgan ajratma xususiyati rang-barang bo'lib, va etiologiya bilan bog'liqdir. Bu jinsiy a'zo hosilalari (siydik, safro, nafas va boshqa), yiringli ekssudat, to'qima detriti, shilliq moddalar bo'lishi mumkin.

SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA

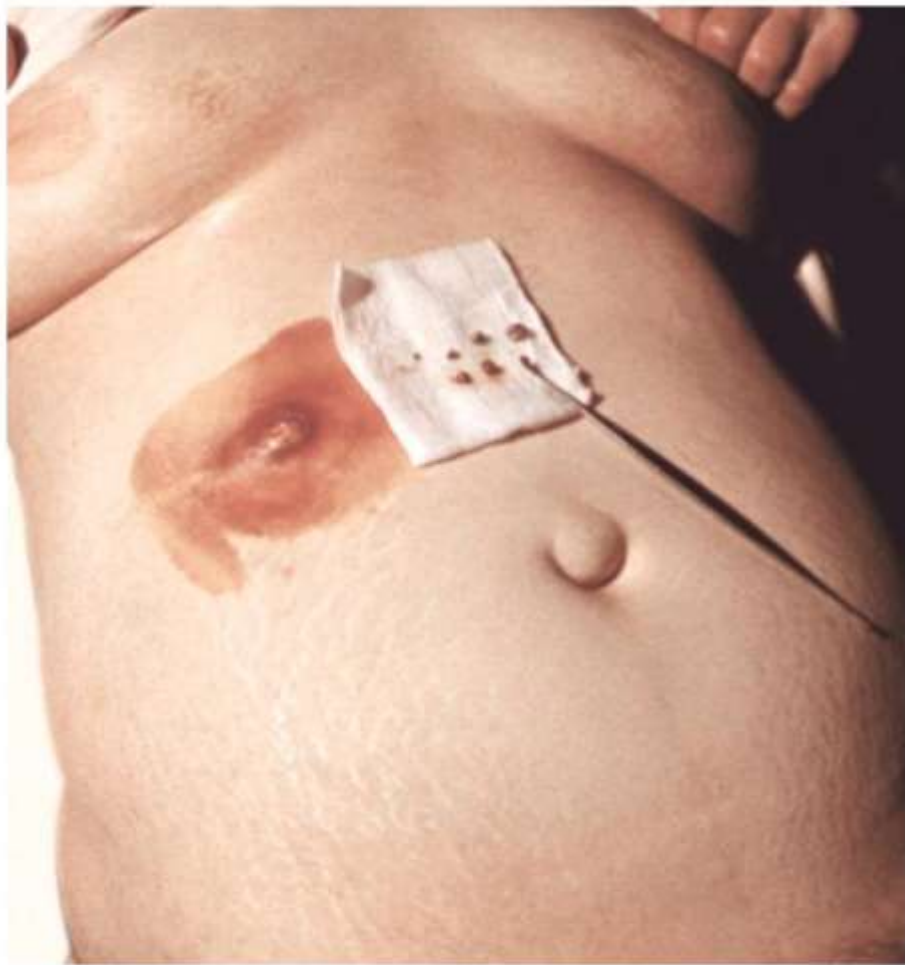


TASNIPHLASH. Oqma yaralar turlicha belgilarga qarab ajratiladi.

1. Kelib chiqishiga ko'ra, tug'ma va hayotda orttirilgan turlari farqlanadi.

Tug'ma oqma yaralar - tug'ma nuqsonlar (anomaliyalar) sababli: kistalar va bo'yin oqma yaralari; kindik oqma yarasi (uraxusning qoldig'iga xosdir).

Hayotda orttirilgan oqma yaralar patologik va sun'iy oqma yaralarga ajratiladi.



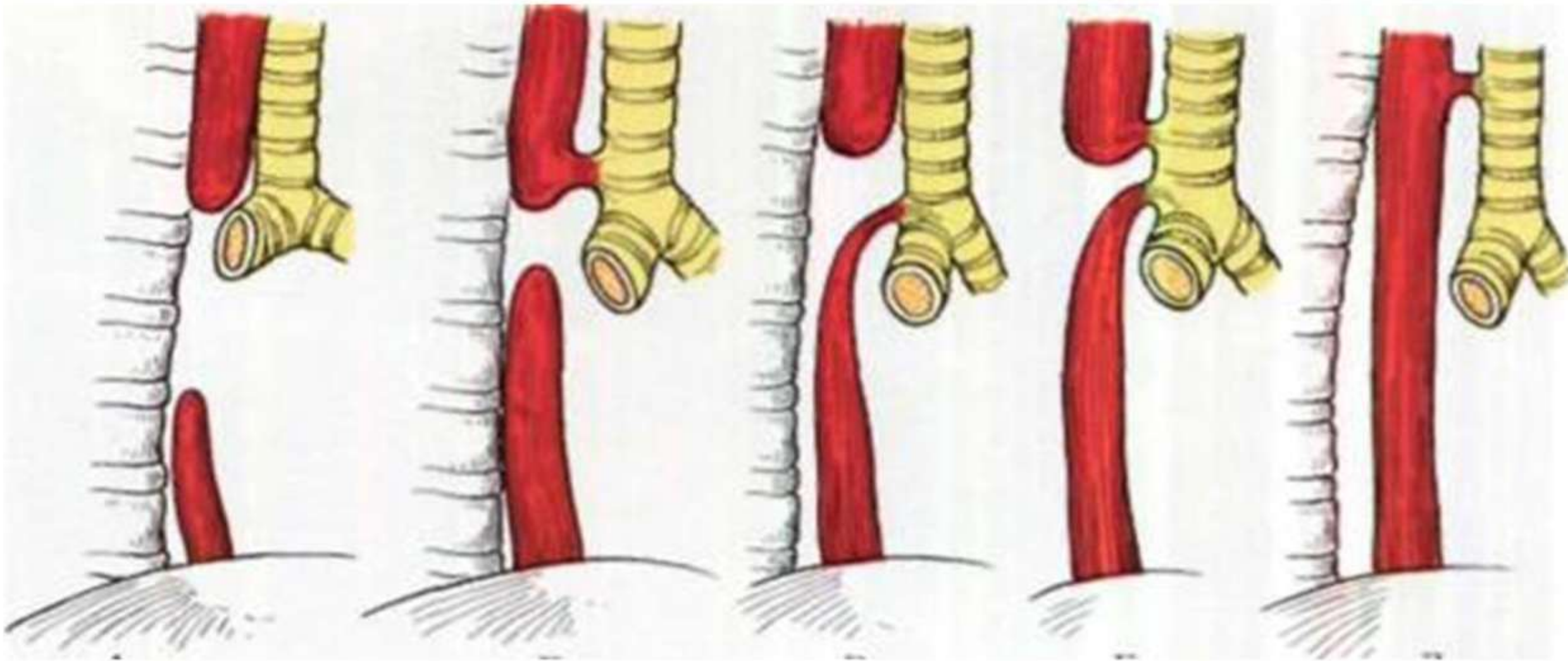
Patologik jarayonning xususiyatiga qarab oqma yaralar yallig'lanish (surunkali osteomiyelit, suyak-bo'g'im sili, infeksiyali ligaturalar), post-travmatik va onkologik kasalliklar (masalan, me'daning rak o'smasi

destruksiyasida ko'ndalang yotuvchi yo'g'on ichakning ko'richakdan to'g'ri ichakkacha bo'lgan qismini tutashtiruvchi oqma yara) tufayli yuzaga kelgan oqma yaralarga ajratiladi. Sun'iy ravishda jarrohlik yo'li bilan paydo qilinadigan teshiklar organ funksiyasini vaqtincha ta'minlash uchun qilinadi, Masalan, qovuq siydik tabiiy yo'l bilan chiqmay qolganda ochiladi. Qizilo'ngachdan ovqat o'tmaganda me'dani ochib qo'yiladigan naysimon teshik (gasrostomia), sun'iy orqa teshik hosil qilish shular jumlasidandir.





2. **Tashqi va ichki oqma yaralar** ham farqlanadi. **Tashqi** oqma yaralar ichki organlarni, bo'shliqlarni yoki chuqur joylashgan to'qimalarni badan yuzasi bilan tutashtiradi (sterkoral, pararektal, bronxotorakal oqma yaralar). **Ichki** oqma yaralar yonma-yon joylashgan kavak organlar yoki organ bilan chuqur joylashgan patologik bo'shliqlar ortasida paydo bo'ladi (me'da-ichak, bronx-plevral, bronx-ezofagal teshik yarasi).



SAVOLLARDAN JAVOBLARGA, SHUBXALARDAN DADILLIKKA, ISHQIBOZLIKDAN PROFESSIONALLIKKA



3. **O'z xususiyatiga ko'ra:** yiring, siydik, najas, shilliq moddalar, so'lak va boshqalar chiqarib turadigan teshik yaralar tavofut qilinadi.

4. Oqma yaralar **tuzilishiga ko'ra** quyidagicha tafovut qilinadi: **granulyatsiyalangan**, **epiteliylashgan** va **labsimon** oqma yaralar. Bunda birinchisi granulyatsion to'qimalar bilan, ikkinchisi epiteiylar bilan qoplangan bo'ladi, uchinclisida esa organning shilliq pardasi bevosita teri qatlamiga o'tadi, ya'ni ichki organning oqma yara kanalisiz teshik yarasi bo'ladi.

PATOLOGIK-ANATOMIK MANZARASI. Butun kanal bo'ylab granulyatsion to'qima bilan qoplangan, granulyatsiyalashgan oqma yaralarning bitib ketishiga moyilligi bo'ladi. Bunga esa yiring yoki ekssudat chiqib ketishining to'xtab qolishi, teshik yara orqali sekretning doimiy ajralib chiqishi, mikroob toksinlarining granulyatsiyaga ta'siri xalaqit beradi. Teshik yara atrofidagi to'qimalarda kimyoviy faol sekret (masalan, o'n ikki barmoq yoki ingichka ichak shirasi) ta'sirlanishni, hatto to'qimalarning jonsizlanishi va yara paydo bo'lishini vujudga keltirishi mumkin. Oqma yara ichi atrofi-da o'sayotgan yangi to'qimalarning qalin qatlami paydo bolib, infeksiyaning saqlanib qolishiga imkoniyat yaratadi.

Epiteliylashgan va labsimon oqma yaralarning teshik yoli epiteliysi yon-atrofdagi teri qoplaminig epidermisiga bevosita o'tadi. Bunday teshik yaralar o'z-o'zidan bitib ketmaydi. Granulyatsiyalashgan teshik yaralar ko'pincha turmushda orttirilgan, epiteliylashganlari tug'ma, labsimon teshik yaralar esa sun'iy bo'ladi.

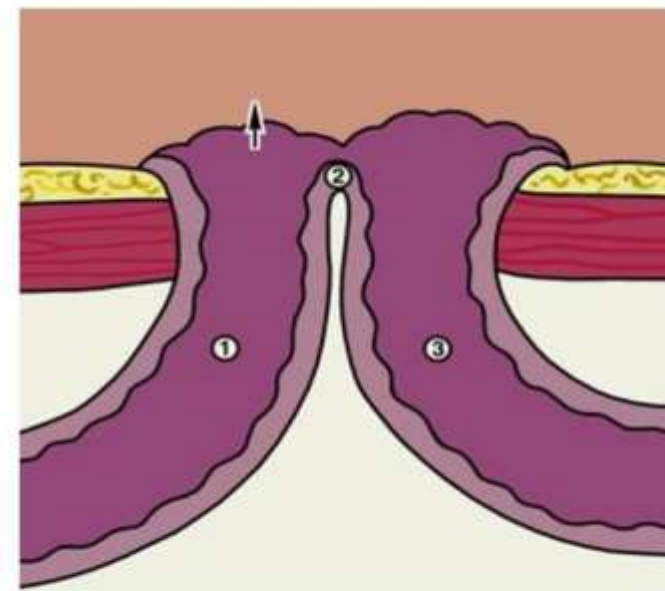
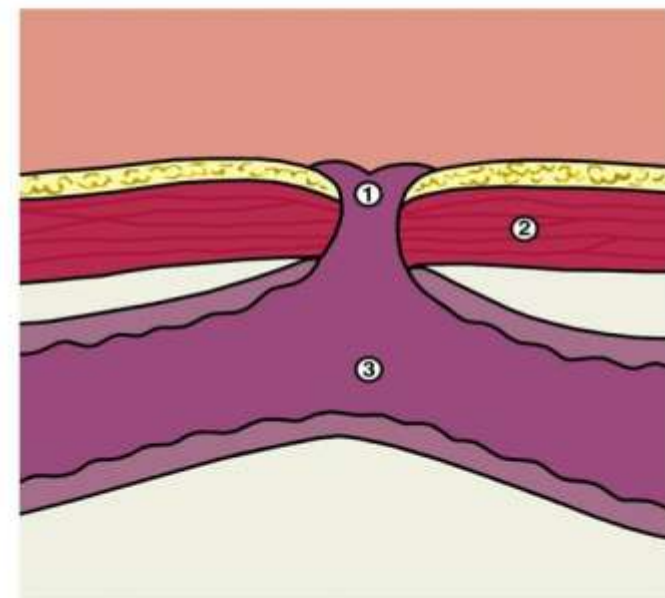




KLINIK MANZARASI. Oqma yaralarning klinik manzarasi xilma-xildir. Bo'yinda tug'ma tashqi oqma yara bo'lganda, hatto juda og'ir ko'rinishdagi intoksikatsiya (yiring tutilib qolishi sababli) yuz berganda ham, ichki oqma yaralar (masalan, me'da va yo'g'on ichakning ko'richakdan to'g'ri ichakkacha bo'lgan qismi o'rtasidagi oqma) sababli ichki organlarning degenerativ o'zgarishlari qayd qilinganda ham bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lishi mumkin.

Oqma yara kanali ingichka yoki keng, to'g'ri, yoxud egri-bugri, yul bo'lmasa har xil kenglikda bo'lishi mumkin. Oqma yaradan ajralib chiqayotgan suyuqlik terini matseratsiyalashtiradi, ta'sirlantiradi, hatto to'qimalarni hazm qiladi (me'da, ingichka ichak shirasi ta'sirida). Ajralib chiqayotgan suyuqlik xarakteri oqma yara keltirib chiqargan patologik jarayonga ham, oqma yaraga aloqador bo'lgan organga ham bog'liqdir. Oqma yara sekretida ko'pincha diagnoz qo'yishga yordam beradigan patologik elementlar (sil mikobakteriyalari, aktinomikoz druzlar, suyak sekvestrlari, xavfli hujayralar) aniqlanadi. Ajralib chiqayotgan suyuqlik kamaygan hollarda teshik bekilib qoladi (kichrayadi), biroq bunday hollarda ko'pincha to'qimalarda ekssudat to'planishi (retension kistalar) xavfi tug'iladi. Shuningdek, bemorlarning umumiy ahvolini yomonlashtiradigan superinfeksiya ham xavflidir.

TASHXIS qo'yish unchalik qiyin emas. Xarakterli shikoyatlar va teshik yara tekshirib ko'riganda olingan ma'tumotlar to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Oqma yara topografiyasi (yo'nalishi va chuqurligi)ni aniqlash uchun unga zond solib ko'rish, **fistulografiya** qilish zarur.

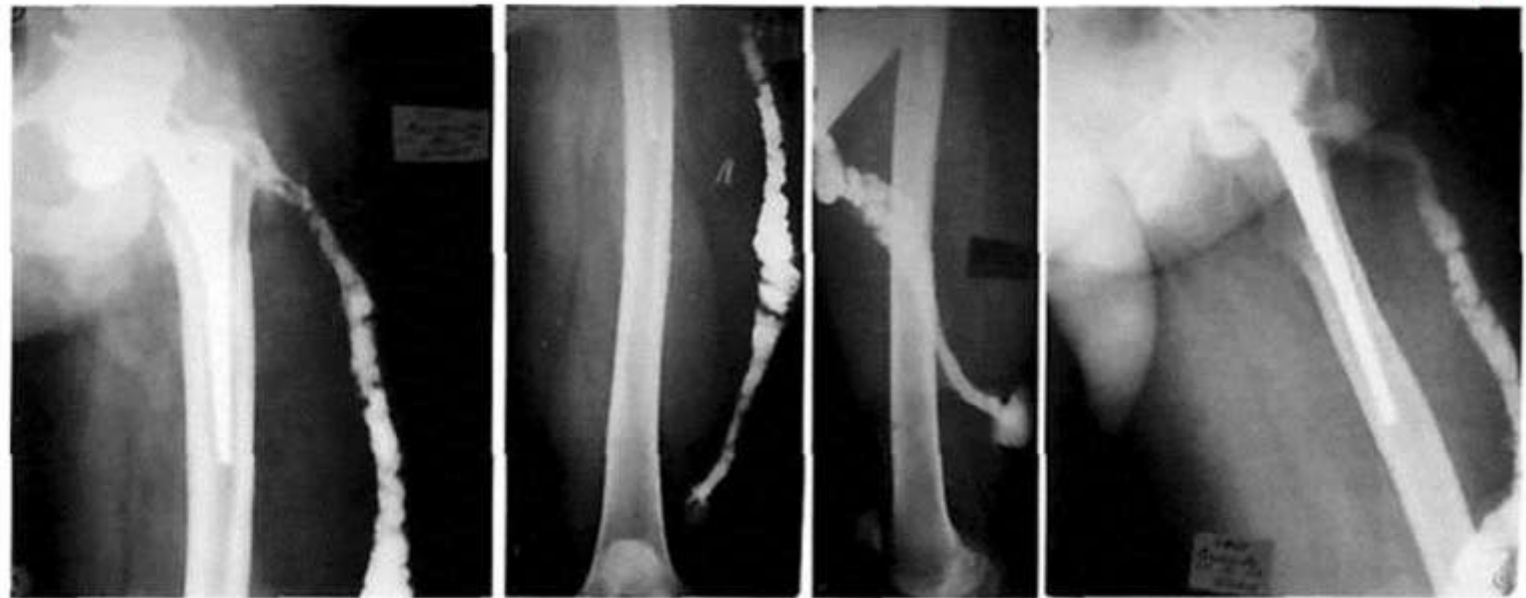




Fistulografiya uchun yodolipol va yodning su-
vda eriydigan preparatlari (urotrast, verografin,
triumbrast) qo'llaniladi. Ular oqma yaraga
maxsus zond yoki uchlik shprits (ignasiz) bilan
yuboriladi. Rentgen orqali tasvirga tushirilganda
oqma yaraning atrofdagi organlar bilan tutash
yoki tutash emasligini va kontrast modda de-
posini aniqlash mumkin.

Tashqi oqma yaralar odatda bemorning hayoti
uchun bevosita xavf solmaydi, biroq bunday be-
morni parvarishlash va yara bog'lamini tez-
tez almashtirib turish katta
qiyinchilik tug'diradi. Ichki oqma yaralar bemor hayoti uchun xavfli bolishi
mumkin.

DAVOSI. Tashqi oqma yaralarni davolaganda ko'pincha oddiy tadbirlar
(aseptik bog'lam, granulyatsiyaga kuchli dori surtib kuydirish, fizioprotsedur-
alar) tufayli yaxshi natijalarga erishiladi. Ta'sirlantiruvchi sekret terini ma-
tseratsiya qilmasligini kuzatib turish darkor. Oqma yaralarni drenaj qilish yo-
ki maxsus priyomniklar qo'llaniladi. Oqma yara atrofidagi teri yaxshilab
tozalanadi, unga rux malhami, vazelin yoki Lassar pastasi surtiladi. Oqma
yaraning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan yot jismlar, suyak sekvestrlari yoki
ligaturalar olib tashlangach, ko'pincha oqma yaralar bitib ketadi.





Kavak organlarning teshik yaralari shu organlardan tabiiy ravishda uzoqlashishi tiklangandan so'nggina bekiilib ketadi. Oqmalar yo'lini topish oson emas. Buning uchun metilen ko'ki (granulyatsiya bo'yog'i) yuboriladi, u oqma yo'lini topishga va kuzatishga, shuningdek, uni qirib tozalashga yoki radikal kesib tashlashga imkon beradi. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i, qovuqning kavak organlaridagi yashirin teshik yaralar va to'g'ri ichak qinga mansub (rektovaginal) teshik yaralar birmuncha murakkab hisoblanadi. Ko'pincha teshik yarani bartaraf etish uchun ushbu organning bir qismini olib tashlashga (rezeksiya qilishga), epiteliylashgan va labsimon teshik yaralarning oqma yo'li epiteliy qoplagichini butunlay olib tashlashga, oqma kanalini cheklashga va yiringli xaltachalarni sanatsiya qilishga zaruriyat tug'iladi. Oqmalar yo'li drenaj yoki tamponada qilinadi, ta'sirlantiruvchi vositalar (levomikol malhami) qo'llaniladi.

Sun'iy ravishda jarrohlik yo'li bilan hosil qilinadigan teshiklar bemorning umumiy ahvolini yaxshilash, uni ovqatlantirib turish yoki organda yig'ilib qolgan suyuqlikni yoxud undagi sekretni chiqarib yuborish uchun ochiladi. Sun'iy teshiklar vaqtincha yoki doimiy bo'lishi mumkin. Uzoq muddatga cho'ziladigan labsimon tashqi teshiklar («gastrostoma»), organlar va boshqa a'zolararo teshiklar («gastroenteroanastomosis», «cholechooduodenoanastomosis») sun'iy ravishda hosil qilinadi. Tashqi sun'iy teshiklar ko'pincha o'z-o'zidan bekiilib ketadi yoki bemorning umumiy ahvoli yaxshilangach, ular operatsiya qilib bekitiladi.

