**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**«Тасдиқлайман»**

Ўқув ишлари бўйича проректор

Проф Баймурадов Ш.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«27» август 2023 й.

**2-СОНЛИ ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

Фан: факультет жаррохлик

# «ДИАФРАГМА ВА ПЛЕВРА КАСАЛЛИКЛАРИ»

мавзуси бўйича амалий машғулот

**ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ**

**Ташкент 2023**

**Тузувчилар:**

Кафедра мудири т.ф.д. профессор Акбаров М.М.

Т.ф.д. доцент Ирисов О.Т.

Ассистент: Отамирзаев К.А.

Методик қўлланма Тошкент тиббиет академияси даволаш ва тиббий педагогика факултети талабалари учун тузилган.

Таълим технологияси ТТА 2-сонли факултет ва госпитал хирургия, трансплантология кафедраси йиғилишида тасдиқланган. 1-сонли баённомаси, «27» август 2023 й.

**Тема: Диафрагма ва плевра касалликлари.**

**Ўқув машғулотида ўқув технологияси модели.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вақт –** ишчи ўқув дастурига асосан | | | | **Талабалар сони: 8-10та.** |
| **Машғулот шакли** | | Амалий машғулотлар ўқув хоналарида интерактив ўқитиш усуллари ердамида ўтқазилади | | |
| **Машғулот ўтказиш жойи** | | Амалий машғулот 1 сонли факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ва ТТА кўп тармоқли клиникасида ўтқазилади (ўқув хоналари, палаталар, боғлов хоналари, поликлиника, стационар) | | |
| **Ўқув машғулоти структураси** | | 1. Кириш қисми.  2. Амалий қисм: курация, амалий кўникмаларни бажариш, амалий қисмни таҳлил қилиш.  3. Теоретик қисм.  4. Баҳолаш.  5. Ўқитувчи томонидан дарсни тамомлаш. | | |
| **Машғулотнинг мақсади:**  Талабалар учун касб-ҳунар эга булишда таергарликни муҳимлигини ифодалаб мавзуни асослаш. Талабаларни тегишли жарроҳлик касалликлари билан, унинг ривожланиш сабаблари, клиник кечимини ўзига хос хусусиятлари, диагностикаси, дифференциал ташхислаш, оптимал даволаш усуллари, операциядан кейинги даврни бошқариш, беморларни реабилитация қилиш билан таништириш. | | | | |
| **Ўқитувчи вазифалари:**  - Талабаларнинг касалликнинг кечиши ва клиникаси ҳақида билимларини мустаҳкамлаш ва чуқурлаштириш.  - Муҳокама қилинаётган патологиянинг клиник хусусиятлари ва мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш.  - Бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика тамойилларини тушунтириш.  - Касалларни ўз вақтида эрта аниқлаш ва жиддий асоратларни ривожланишидан олдин даволаш учун ихтисослаштирилган муассасаларга юбориш кўникмаларини ривожлантириш.  - Талабаларни даволашнинг янги усуллари ва профилактика чоралари билан таништириш. | | | **Ўқув натижалари:**  **Талаба билиши лозим**:  - диагностика ва дифференциал диагностика услублари;  - ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;  - ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;  - оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, уларнинг ўзига хослигини билиш;  - амалиёт даври ва ундан кейинги даврда асоратларни олдини олиш;  - жаррохлик касалликлари билан хасталанган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;  - махсус текширув усулларни ўрганиш.  ***Талаба бажара олиши лозим*:**  - Амалий кўникмаларни бажара олиши – жаррохлик касалликлари билан хастланган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш. | |
| **Ўқитиш техникаси ва усуллари** | Таълим комплексининг барча таркибий қисмларидан фойдаланган ҳолда ўқитишнинг интерфаол усулларидан фойдаланиш; MOODLE тизимидан фойдаланган ҳолда ўқитиш. | | | |
| **Ўқитиш жиҳозлари** | Ўқув қўлланмалари, ўқув материаллари, слайдлар, видео материаллар, электрон ва сканерланган дарсликлар, тиббий ҳужжатлар. | | | |
| **Ўқитиш шакллари** | Индивидуал, гуруҳларда ва коллектив билан ишлаш | | | |
| **Ўқитиш шартлари** | Ўқув хоналари, палаталар. | | | |
| **Мониторинг ва баҳолаш** | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув вазифаларни бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, езма назорат: тестлаш | | | |

**2. Мотивация**

Талабаларнинг муҳокама қилинадиган мавзуларга қизиқишини ошириш учун асоратларни ривожланишига қадар ўз вақтида адекват даволаниш зарурлигини ва улар пайдо бўлганда диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитациянинг энг информатив ва замонавий усуллари билан таништириш. Талабаларнинг клиник тафаккурини ривожлантириш. Жаҳон тиббиёти ва умумий амалиёт шифокори нуқтаи назаридан муаммонинг замонавий кўринишини ишлаб чиқиш.

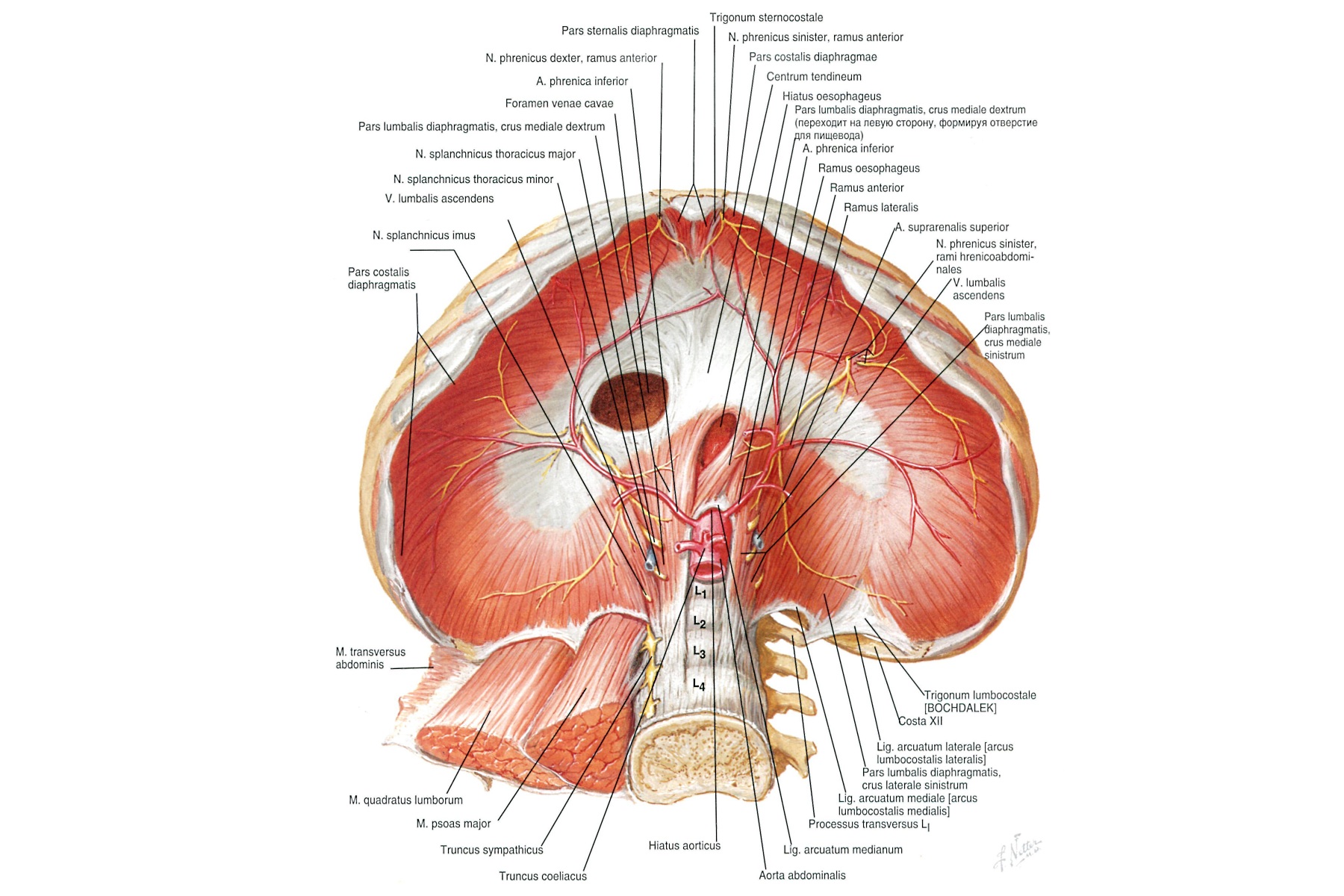
**3. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик**

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

**4. Машғулот мазмуни**

**Диафрагма** - бу кўкрак ва қорин бўшлиғини ажратадиган мушак-пайдан иборат хосила. Диафрагманинг мушак қисми кўкрак қафасининг пастки тешиги атрофидан, VII-XII қовурғалар ички юзаси тогайидан ва бел умурткалари (стернал, костал ва люмбер диафрагма) атрофида бошланади.

Мушаклар тўпламлари юқорига кўтарилиб, радикал равишда ва тогай марказида тугайди ва ўнг ва чап томонда гумбазсимон ҳосил қилади. Юқоридан диафрагма кукрак фасцияси ва плевра ва перикард билан, пастдан - қорин бўшлиғи фасцияси ва қорин парда билан қопланган. Диафрагма қорин парда орти сохаси биан ошқозон ости бези, ўн икки бармоқли ичак, буйрак ва буйрак усти безлари билан тегиб туради. Жигар диафрагманинг ўнг гумбазига, талоқ ва ошқозоннинг туби ва жигарнинг чап бўлаги чап гумбазга туташган. Ушбу органлар ва диафрагма ўртасида тегишли боғламлар мавжуд. Диафрагманинг ўнг гумбази чапдан (бешинчи ковургаараро бўшлиқ) нисбатан баландроқ (тўртинчи ковургалараро бўшлиқ) жойлашган. Диафрагманинг баландлиги ёшга, конституция, кўкрак ва қорин бўшлиғида турли патологик жараёнларнинг мавжудлигига боғлиқ.

****

Диафрагманинг қон билан таъминланиши аортадан чиккан юқори ва пастки диафрагма артериялар, ички торакал артериялардан чиккан мушак-диафрагма ва перикардиал-диафрагма артериялари, шунингдек олтита пастки интеркостал артериялар томонидан таъминланади. Вена қонининг оқиши худди шу номдаги томирлар орқали, азигос ва ярим очилмаган томирлар орқали, шунингдек қизилўнгач томирлари орқали содир бўлади.

Диафрагманинг лимфа томирлари бир нечта тармоқларни ҳосил қилади. Қизилўнгач, аорта, пастки қавак вена ва диафрагма орқали ўтиб бошқа томирлар ва нервлар бўйлаб жойлашган лимфа томирлари, яллиғланиш жараёни қорин бўшлиғидан плеврал бушлиги ёки аксинча таркалиши мумкин.

Диафрагма n. phrenucus ва n.intercostalis нервлар томонидан иннервация қилинади. Диафрагманинг статик ва динамик функциялари мавжуд. Диафрагманинг статистик вазифаси кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғидаги босим фарқини ва уларнинг органлари ўртасидаги нормал муносабатни сақлашдир. Бу диафрагманинг тонусига боғлиқ. Диафрагманинг динамик функцияси нафас олиш пайтида ҳаракатланадиган диафрагманинг ўпка, юрак ва қорин органларига таъсири билан боғлиқ. Диафрагманинг ҳаракатлари ўпканинг вентиляциясини амалга оширади, веноз қоннинг ўнг булмачага тушишини осонлаштиради, жигар, талоқ ва қорин бўшлиғидан веноз қоннинг чиқишини, ошқозон-ичак трактидаги газларнинг ҳаракатланишини, дефекация ва лимфа айланишини таъминлайди .

**Диафрагма чурралари**

Диафрагма чурраси деб, қорин бўшлиғи аъзоларининг диафрагмадаги туғма ёки орттирилган нуқсон орқали кўкрак бўшлиғига сурилишига айтилади. Туғма, орттирилган ва травматик чурралар фаркланади.

Сохта чурра корин парда чурра қопчасига эга эмас. Улар туғма ва орттирилган турларга булинади. Туғма чурралар кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи ўртасидаги эмбрионал ривожланишда бўлган даврда диафрагма ёпилмаслиги натижасида ҳосил бўлади. Травматик ёлғон чурралар кўпроқ учрайди. Улар диафрагма ва ички аъзоларнинг шикастланиши билан шунингдек, диафрагманинг мушаклари ва пайларида 2-3 см ва ундан кўпроқ хажмдаги шикастланишлар булганда содир бўлади.

Ҳақиқий чурра, чурра тушган органларни қоплайдиган чурра қопига эга булади. Улар қорин бўшлиғи ичи босимининг ошиши ва қорин бўшлиғи органларининг мавжуд бўлган тешиклар орқали чиқиши: стерно-қовурға бўшлиғи орқали (парастернал чурра - Ларрей , Моргагни) ёки тўғридан-тўғри диафрагманинг стернал қисми ривожланмаган қисмида (ретростернал чурра)- Богдалека диафрагма чурраси. Ортирилган ва туғма чурралар ичидаги махсулот чурра қопининг таркиби катта чарви, кўндаланг чамбар ичак ва корин олди ёг тўқимаси (парастернал липома) бўлиши мумкин.

Aтипик локализациянинг ҳақиқий чурраларни кам учрайди ва чурраниниг дарвозаси борлиги ва кисилиш эхтимоли билан диафрагманинг релаксациясидан фарк килади.

**Клиника ва диагностика.** Диафрагма чурра белгиларининг куриниши плевра бўшлиғига кўчиб утган қорин бўшлиғи аъзоларининг тури ва анатомик хусусиятларига, уларнинг ҳажмига, таркиби билан тўлдириш даражасига, чурра дарвозаси катталигига ва шаклига дарвоза соҳасидаги сиқилиш ва эзилиш даражасига, ўпканинг коллапсига ва медиастинумнинг сурилиш даражасига боғлиқ.

Баъзи ёлгон чурралар (пролапс) асимптоматик бўлиши мумкин. Бошқа ҳолларда, аломатлар деярли ошқозон-ичак, ўпка ва юрак ва умумий бўлиши мумкин.

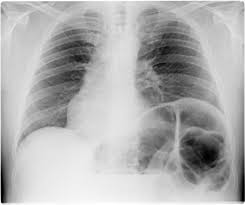
Беморлар кўп овқатдан кейин пайдо бўладиган эпигастрал сохада оғирлик ва оғриқ ҳисси, кўкрак қафаси, ковурга ости сохасида, нафас қисилиши ва юрак уришидан шикоят қиладилар; Куп холларда кекириш ва гулдираш, горизонтал ҳолатда нафас етишмаслиги кучайиши тез-тез қайд этилади. Овқатдан сўнг, кабул килинган овқат билан қусиши кузатилади. Ошқозоннинг буралиб қолиши ва қизилўнгачнинг эгилиши билан парадоксал дисфагия ривожланади (қаттиқ озиқ-овқат суюқликка қараганда яхшироқ ўтади).

Диафрагма чурра сиқилганда кўкракнинг тегишли ярмида ёки эпигастрал соҳада ўткир пароксизмал оғриқлар ва ўткир ичак тутилишининг белгилари пайдо бўлади. Ковак органни сиқилиши унинг деворининг некрозига, тешилишига ва пиопневмотораксга олиб келиши мумкин.

Диафрагмал чуррага шубҳа қилинганда шикастланиш анамнезига, юқорида санаб ўтилган шикоятларга, кўкрак қафасининг ҳаракатланишини пасайишига ва қовурғалараро бўшлиқларнинг силлиқлашига эътибор бериш лозим.

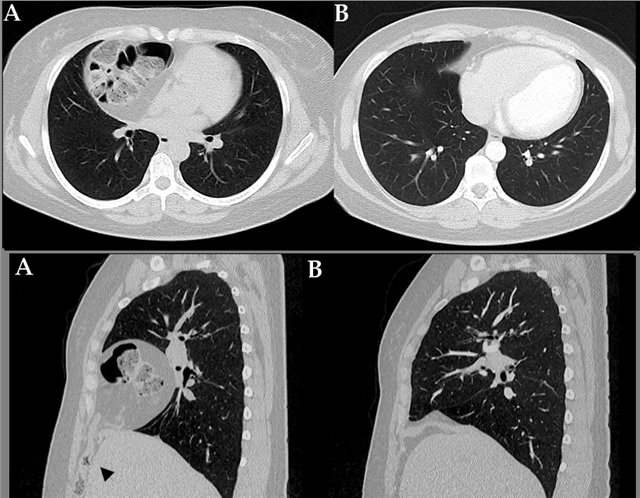
Узоқ ва катта хажмдаги чурраларда ошқозон ва ичакларни тўлдириш даражасига қараб интенсивликни ўзгартириб туради, кўкракнинг тегишли ярмида қоринни тортиб олиш ва кўкракнинг тегишли ярмида тўмтоқ ёки тимпанит товуш эшитилади. Aускултация пайтида, ичакнинг перисталтик товушлари ёки бу зонада чайқаладиган шовқин бир вақтнинг ўзида заифлашиши ёки нафас олиш товушларининг тўлиқ йўқлиги билан эшитилади. Медиастиннинг таъсирланмаган томонда тумтоқлик эшитилади.

Якуний ташхис рентген текшируви (1-расм) ва кўпроқ маълумот берувчи компютер томографияси (2-расм) ёрдамида аниқланади. Ошқозон плевра бўшлиғига тушганда, кўкракнинг чап ярмида катта горизонтал даражадаги суюқлик кўринади. Ингичка ичакнинг қовузлоқлари пулмонер майдоннинг орқа фонига тушганда алоҳида тиниқлик ва қорайиш жойлари аниқланади. Талоқ ёки жигарни ҳаракатлантириш пулмонер соҳанинг тегишли қисмида қорайиш ҳосил қилади. Баъзи беморларда диафрагманинг гумбази ва унинг устида жойлашган қорин органлари аниқ кўринади**.**

****

Расм 1. Рентгенограмма. Диафрагмал чурра.

Овқат ҳазм қилиш трактининг контрастли текшируви билан тушган органларнинг табиати (ичи бўш ёки паренхиматоз) аниқланади, чурра локализацияси ва ҳажми диафрагма ичидаги очилиш даражасида тушган органларни сиқиш расмига асосланади (чурра дарвозаси симптоми). Баъзи беморларга ташхисни аниқлаштириш учун торакоскопия ёки пневмоперитонеумни бажариш тавсия этилади. Ёлғон чурра билан ҳаво плевра бўшлиғига ўтиши мумкин (рентгенологик равишда пневмоторакс расмини аниқланг)



Расм 2. Компютер томография.

**Даволаш.** Диафрагма чурра даволаш жарроҳлик усулда амалга оширилади. Бундай беморларда режали жарроҳлик амалиётлари хавфи ҳозирги кундаги анестезиология ва реанимациянинг ривожланиш даражасида, қисилган чурраларда амалиёт амалга оширишдан анча паст. Aммо режалаштирилган операция зарурлиги тўғрисида қарор беморни тўлиқ текширувдан ўтказгандан сўнг қабул қилинади, бу эса аралашувга қарши кўрсатмалар мавжудлигини истисно қилишга имкон беради. Баъзи ҳолларда, беморни режали операцияга тайёрлаш зарур бўлганда, даволаниш консерватив усуллардан бошланади. Қорин бўшлиғидаги босимнинг ошишига йўл қўймаслик керак: оғир жисмоний фаолиятни истисно қилиш, ич қотишини бартараф этиш. Консерватив даволаш яллиғланишга қарши дори-дармонларни, ошқозоннинг кислоталилигини камайтирадиган дориларни, бириктирувчи дориларни қабул қилишдан иборат.

Жарроҳлик усулини танлаш чурра ҳажмига ва унинг жойлашган жойига боғлиқ.

Кичик чурра билан лапароскопик ёки торакоскопик усулда бартараф қилиш мумкин. Катта чурралар анъанавий усул ёрдамида операция қилиниши керак.

Чурра ўнг томонлама локализациясида операция тўртинчи қовурғалараро бўшлиққа трансторакал кириш орқали амалга оширилади; парастернал чурра учун юқори-ўрта лапаротомия энг яхши усул ҳисобланади; чап томонлама чуррада трансторакал кириш еттинчи-саккизинчи қовурғалараро сохадан кирилади.

Битишмалар ажратилганидан кейин диафрагма қирралари бўшатилиб, ичидаги махсулот органлар қорин бўшлиғига туширилади ва чурра тешиги (диафрагмга дефект) тугун ҳосил қилиб дубликатура шаклида тикилади. Катта диафрагма чурраларида у синтетик материал билан қопланади (лавсан, тефлон ва бошқалар).

Парастернал чурра (Ларрининг чурра, ретростернал чурра), чурра ичидаги органлар кўкрак бўшлиғидан туширилади, чурра қопи ташқарига чиқарилади ва бўйнида кесилади. П- шаклидаги чоклар қўлланилади ва диафрагма нуқсонининг чеккалари ва қорин бўшлиғи мушакларининг қобиғининг орқа барглари, стернум ва қовурғаларнинг периостумига тикилади.

Бел-умуртқа бўшлиқнинг чурралари билан диафрагма нуқсонини ёпиш учун алоҳида дибликатура чоклар билан тикилади.

Қисилган диафрагма чурралари учун трансторакал кириш амалга оширилади. Қисилган ҳалқани ажратгандан сўнг чурра қопининг таркиби текширилади. Сиқилган органнинг ҳаётийлигини сақлаб қолганда у қорин бўшлиғига тўғирланади ва қайтарилмас ўзгаришлар юз берганда резекция қилинади.

**Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари.**

Диафрагманинг қизилўнгач тешиги (ДҚТ) чурра гастроэнтерологик амалиётда энг кенг тарқалган касалликлардан биридир. Бир қатор тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, улар ҳар иккинчи кекса беморда гастроэнтерологик амалиётда учрайди.

Биринчи марта (ДҚТ) чурра 1769 йилда Morgani ни томонидан монографияда тасвирланган. (ДҚТ)нинг биринчи таснифи 1926 йилда A. Akurlent томонидан ишлаб чиқилган. Кейинчалик у тўлдирилди ва бугунги кунда халқаро амалиётда таснифлаш қабул қилинди, унга кўра 4 турдаги ДҚТЧ мавжуд: 1 турдаги – сирпанувчи (аксиал) ДҚТЧ. 2-тур - параэзофагеал ДҚТЧ. 3-тур - 1 ва 2 турдаги ДҚТЧ турларининг комбинацияси. 4-тоифа - чурра қопчасида ингичка ва йўғон ичак, чарви, талоқ каби органлар кириши билан хосил булган катта чурралар.

Собиқ совет даврида Б.В. Петровский ва Н.Н. Каншин (1952) томонидан таклиф қилинган ДҚТЧнинг тахминан бир хил таснифидан фойдаланадилар. Унга кўра, ДҚТЧ қуйидагиларга бўлинган:

I. сирпанувчи (аксиал) ДҚТЧ:

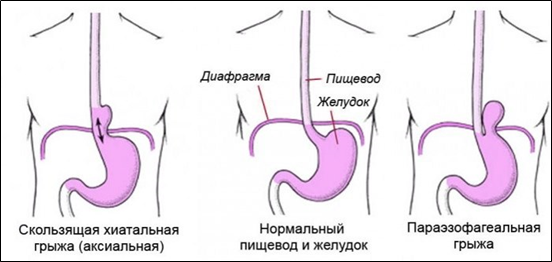
1. Қизилўнгач. 2. Кардиал . 3. Кардиофундал ДҚТЧ.

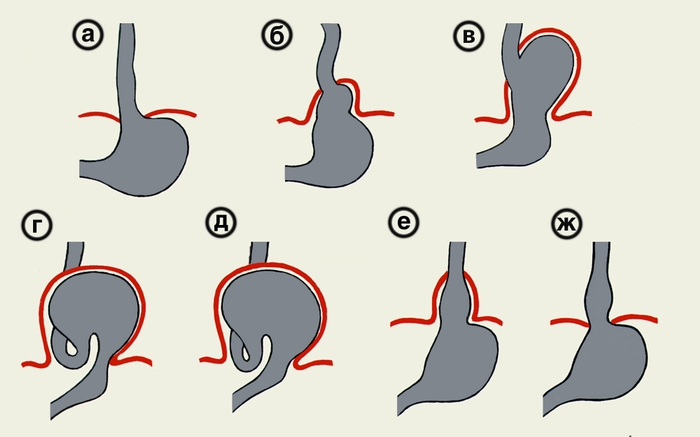
II. Параезофагеал ДҚТЧ: 1. Фундал. 2. Aнтрал. 3. Ичакдаги ДҚТЧ (ингичка ва йўғон ичак). 4. Бирлашганошқозон-ичак тракти ДҚТЧ. 5. Чарвили ДҚТЧ.

III. Гигант ДҚТЧ: 1. Субтотал ошқозон чурраси. 2. Тотал ошқозон чурраси.

IV. 1 ва 2-даражали қисқа қизилўнгач: 1. Ортирилган қисқа қизилўнгач. 2. Туғма қисқа қизилўнгач.

Сирпанувчи чурралар. Ошқозоннинг кардиал қисми мезоперитонеал жойлашган диафрагма устида қизилўнгачнинг ўқи бўйлаб ҳаракатланади ва чурра қопчасининг деворини шакллантиришда иштирок этади. Сирпанувчи чурра қизилўнгач, юрак, кардиофундал ва гигант (субтотал ва умумий меъда) чурраларига бўлинади, бунда ошқозон кўкрак қафаси бўшлиғига буралиб қолади. Сирпанувчи чурра мустахкамланган ёки мустахкам бўлмаслиги мумкин. Бундан ташқари, ортирилган қисқа қизилўнгач (кардиал қисм диафрагманинг тепасида 4 см 1 даража, 4 см двн юқори – 2 даража) ва туғма қисқа қизилўнгач (кўкрак ошқозон) ажратилади.

****

****

**Сирпанувчи чурра турларининг схематик кўриниши:**

а - қизилўнгач; б - кардиал; c - фундал; д - субтотал; д - тотал; е – ортирилган қисқа қизилўнгач; г - туғма қисқа қизилўнгач

Этиологик омилга кўра, сирпанувчи чурралар тракцион, пулсацион ва аралаш бўлиши мумкин. Сирпанувчи чурра ривожланишида асосий рол қизилўнгачнинг бўйлама мушаклари меъда ва бошқа органлардан ошқозон ва бошқа аъзоларнинг ошқозон яраси, холецистит ва бошқа касалликларда қисқариши натижасида юзага келадиган тортишиш механизми ўйнайди. Пулсацияланувчи чурраларнинг ривожланиши интерстициал тўқималарнинг конституциявий заифлиги, ёшга боғлиқ инволюция, семизлик, ҳомиладорлик, қорин бўшлиғи босимининг ошишига олиб келадиган омиллар туфайли юзага келади. Сирпанувчи чурра билан бирга юрак етишмовчилиги кўпинча ривожланади, бу эса гастроезофагиал рефлюксга олиб келади.

**Клиник манзараси ва диагностикаси**. Диафрагма қизилўнгач 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 харакат қилганда, гавдасини олдинга энгаштирганда, яъни меъда-қизилўнгач 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 қизилўнгачнинг пептик стриктураси 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 қизилўнгач тешиги чурраларига диагноз қўйишда контраст мода 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 этииши, қизилўнгачнинг қисқарган-қисқармаганлиги, Гис бурчагининг очиқлиги, қизилўнгачнинг меъдага баландроқда ўтиши, газ пуфаги ҳажмининг кичрайиши, меъдадан қизилўнгачга контраст модда рефлюкси қайд қилиниши муҳим диагностик омиллардан ҳисобланади. Кардиянинг диафрагма устида жойлашуви, диафрагма қизилўнгач тешиги кардиал чуррасининг патогномоник белгиси ҳисобланади. Эзофагоскопия қизилўнгачнинг узунлигини аниқлашга, эзофагит белгиларининг оғир ёки енгиллигига баҳо беришга, кардия етишмовчилиги даражасини аниқлашга ва яра нуқсонлари малигнизациясини истисно қилишга имкон беради.

Параэзофагиал чурралар фундал, ичак ичак-меъда, чарви турларига бўлинади. Одатда бу ҳолатларда, кардия жойида қолади, диафрагманинг қизилўнгач тешиги орқали эса қизилўнгач яқинида меъда ва ичакларнинг кўкс оралиғига сурилиши рўй беради. Сирпанувчан чурралардан фарқли равишда параэзофагиал чурраларда қисилишининг ривожланиш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Параэзофагиал чурраларда клиникманзара 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.

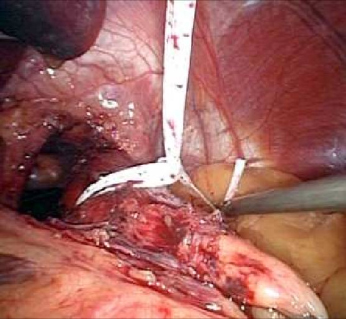
Меъдани контраст модда билан тўлдирилиб ўтказиладиган рентген текширувида, кардиянинг диафрагмага нисбатан жойлашуви аниқланади. Меъданинг кўкрак қафасига сурилган қисми ҳолати ва унинг қизилўнгач ҳамда кардияга ўзаро муносабати ўрганилади.

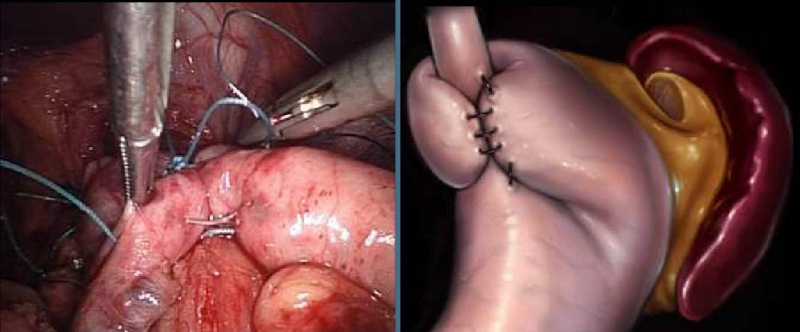
**Даволаш.** Диафрагманинг қизилўнгач тешиги асоратланмаган сирпанувчан чурраларида консерватив даво муолажалари килинади, бунда меъда-қизилўнгач рефлюксини пасайтиришга, эзофагит ҳодисаларини камайтиришга, қорин бўшлиғи ичидаги босим ошишининг олдини олишга қаратилган муолажалар олиб борилади. Беморларга танасининг бош томонини баланд кўтариб қўйиб ухлаш, гавдани рефлюкс пайдо бўлишини енгиллаштирадиган ҳолатларга йўл қўймаслик, ичак фаолиятини мунтазам равишда кузатиб туриш тавсия қилинади. Овқатланиш кунига 5-6 марта кичик қисмларда, охирги овқат эса ётишдан 3-4 соат олдин бўлиши керак. Қизилўнгач касаллигининг оғирлигига қараб, механик ва кимёвий жиҳатдан тежамкор парҳез буюрилади (Певзнер бўйича 1а, 16, 1-стол). Овқат таркибида оқсил кўп бўлиши керак.

Жарроҳлик аралашуви фақат асоратланган шакллар учун зарур ва узоқ муддатли консерватив терапия самарасиз бўлганда қилинади. Беморнинг ютиш, аерофагияни нормал ушлаб туриш қобилиятини сақлаб, унинг функциясини механик равишда такомиллаштириш орқали юракнинг анатомик ҳолатини ва ишлашини тиклаш аммо керак бўлса, оғиз орқали сунъий ва ўз-ўзидан ошқозонни бўшатиш.

Лапароскопик фундопликация усули Nissan бўйича орқа крурорафия билан - бу самарадорлиги исботланган энг ишончли усул. Ниссен техникасининг асосий принципи гастроспленал томир тўпламини ва диафрагманинг қизилўнгач тешигини сақлаб қолган ҳолда, ошкозонни қизилўнгач атрофидаги айлантириб фиксация қилишдан иборат.

Параэзофагеал чуррада барча беморларга унинг сиқилиши ривожланиши мумкинлиги сабабли жарроҳлик усули билан даволаш кўрсатма ҳисобланади. Операция қорин бўшлиғи аъзоларини қоринга тушириш ва диафрагма (крурорафия)нинг қизилўнгач орқасидаги қирраларини тикишдан иборат. Параофизал чурра кардия етишмовчилиги билан бирга келганда операция Ниссен бўйича фундопликацияси билан тўлдирилади. Қисилган чурралар бўлса беморларни бошқа диафрагма чурралари каби операция қилишади (3-расм).





Расм 3 операция боскичлари.

**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 оралиғининг қарама-қарши томонга сурилиши рўй беради, меъда ёки ичакнинг кўндаланг ва узунасига буралиши юз бериши эҳтимоли ҳам бўлади.

**Клиник ва диагностика.** Чегараланган ўнг томон диафрагма релаксацияси симптомсиз кечади. Чап 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 оралиғи аъзоларининг сурилиш белгилари асосида қўйилади. Рентгенологик текшириш диагнозни тасдиқлайдиган асосий усул ҳисобланади. Кўкрак қафасига сурилган аъзолар устидан диагностик пневмоперитонеум қўйилганда диафрагма сояси аниқланади. Чекланган ўнг томонлама диафрагма релаксацияси ўпка, перикард, жигар ўсмалари ва кисталари билан фарқланади: ултратовуш, КТ замонавий диагностика усули хисобланади..

**Даволаш.** Аниқ ифодаланган клиник симптомлар бўлганда жарроҳлик усулида даволаш зарур бўлади. Операция сурилган қорин бўшлиғи аъзола-рини нормал ҳолатга келтириш ва юпқалашган диафрагманинг дубликатурасини ҳосил қилиш ёки уни поливинилалкоголь (айвалон), тери-мушак лахтаклари ёрдамида пластика қилиш (мустаҳкамлаш)дан иборат. Видеоторакоскопик усул дубликатура куйишда камжарохатлайдиагн усуллардан хисобланади.

**Плевра касаллилари**

Ўпка - жуфт аъзо бўлиб, иккала ўпка ҳам кўкрак қафаси ичида жойлашган. Ўнг ўпкани чап ўпкадан 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 ҳужайралари билан қопланган бўлиб, ҳар бир ўпка ҳам, ўз навбатида шундай парда - висцерал плеврага ўралган бўлади. Ўпка илдизи минтақасида иккала плевра қатламлари бир-бирига ўтади ва ўпка боғланиши ўпка илдизидан пастга плеврал кўпайиш шаклида ҳосил бўлади. Пастки қисмида, эркин қирраси билан, у деярли диафрагма даражасига етади.

Париетал плевра ичида қовурғалар, диафрагматик ва медиастинал (медиастинал) қисмлар ажралиб туради. Қовурға плевраси қовурғаларни ички томондан, қовурғалараро мушаклар ва фасцияни қоплайди, унга юмшоқ толалар қатлами уланади. Бу ёпишиш пайтида ўпканинг плевра билан бирга харакатланишини осонлаштиради. Кўкрак бўшлиғининг пастки қисмларида бўшлиқлар мавжуд, улар нафас олиш пайтида ўзгаради. Ушбу бўшлиқлар париетал плевра варақларидан ҳосил бўлади. Буларга қовурға-диафрагмал синус плевранинг медиастинал ичидаги қовурға-плевранинг бирлашувида жойлашган, қовурға –ўрта синус медианали синуслар киради. Плевра қатламлари орасида одатда 20-25 мл суюқлик бўлади, бу нафас олиш пайтида ўпканинг тўсқинликсиз ҳаракатланишини таъминлайди. Ён томонлардан плевра қоплари, олдинги стернум, орқа тарафдаги орқа мия ва диафрагманинг пай қисми ўртасида жойлашган бирикмалар медиастинум деб аталади.

Одатда, плевра бўшлиғи кенглиги бир неча микрометр бўлиб, 2-3 мл трансудатдан иборат. Нафас олиш пайтида ундаги босим 5-9 мм сим устни ташкил қилади. Нафас чикарганда- 3-4 мм.сим уст атмосфераникидан паст бўлади.

**Пневмоторакс** - бу плевра бўшлигининг герметиклигиниг бузилганлиги сабабли плевра бўшлиғига ҳаво кирадиган ҳолат. Травма, диагностик, терапевтик ва спонтан пневмотораксга ажратилади. Ўпкадаги йиринг плевра бўшлиғига тушганда, пиопневмоторакс ривожланади. Кўкрак қафасидаги механик шикастланиш билан гемопневмоторакснинг шаклланиши мумкин. Aгар дори эритмалар плевра бўшлиғига кирса ёки унда сероз экссудат бўлса, ҳаво билан бирга улар гидро- ёки серопневмоторакс юзага келади.

Пневмотораксни класификацияси:

1) этиологияси бўйича:

а) спонтан- амфизематик булла ёки алвеолаларнинг пастки қисмида жойлашганлиги туфайли юзага келади; бирламчи бўлиши мумкин (соғлом одамларда, яъни ўпка патологияси синдромисиз) ёки иккиламчи (ўпка ва бронхиал касалликларнинг асоратлари, масалан ЎСОК, кистик фиброз, Лангерганс ҳужайрали гистиецитози, лимфангиолеиомематоз);

б) травматик - кўкрак қафаси шикастланиши натижасида, тўқималарнинг яхлитлиги бузилган ёки бузилмаган ҳолда (ўткир жисм билан шикастланиш, баландликдан йиқилиш, сиқилиш, йўл-транспорт ҳодисаси);

в) ятроген - плеврал пункция, ўпканинг биопсияси (трансторакал ёки трансбронхиал), марказий веноз катетеризацияси (субклавиан, камроқ ички томирлар венаси), механик шамоллатиш, торакохирургикм муолажалар туфайли.

2) вужудга келиш механизми бўйича:

а) ёпиқ - бир марта маълум миқдордаги ҳаво плевра бўшлиғига кирса, улар бир неча кун ичида ўз-ўзидан тарқалиб кетиши мумкин (масалан, плеврал понксиён туфайли ятроген пневмоторакс);

б) очиқ - кўкрак қафаси ёки бронхлар ва шохларидаги тешик орқали плевра бўшлиғига эркин кириб боради; оқибати - рефлекс юрак тутилишига олиб келадиган "медиастиннинг тебранувчи ҳаракати";

в) зўриқиш (клапанли) - ҳаво плевра бўшлиғига кирадиган тешикда клапан ҳосил бўлади ва ҳар бир нафас олиш пайтида ҳаво плевра бўшлиғига киради, аммо нафас чиқаришда уни тарк эта олмайди. Кейинчалик, плевра ички босим атмосферадан ошиб боради ва доимий равишда ошиб боради, бу нафақат ўпканинг шикастланиш томондан сиқилишини, балки медиастиннинг шикастланган томоннинг соғлом томонига ҳаракатланишини, бошқа ўпка ва катта вена томирларининг сиқилишини, веноз қайтиш ва юрак чиқиши пасайишини келтириб чиқаради. Ушбу ўзгаришларнинг таъсири тўсатдан гипотензия ва гипоксемия; тўсатдан қон айланиши тўхташи мумкин. Зўриқи пневмоторакс ҳаётга бевосита таҳдид солади ва шошилинч амалиёт талаб қилади.

3) ҳажм бўйича (газ пуфакчасининг кенглиги, яъни кўкрак қафаси ва виссерал плевра орасидаги масофа (ўпканинг чеккаси) олдинги устидаги ўпка дарозаси даражасида проекциядаги кўкрак қафаси Рентгенда) - кичик (<2 см) ёки катта (≥2 см).

**Спонтан пневмоторакс** - бу плевра бўшлиғида ҳаво тўпланиши билан тавсифланган ҳолат, унинг ҳаво йўллари билан патологик алоқаси юзага келади, травма ёки даволаш таъсир билан боғлиқ эмас.

Aгар ўз-ўзидан пайдо бўладиган пневмоторакс ўпкада бирон бир касаллик ёки патологик жараёнларнинг асорати сифатида рўй берса, у симптоматик ёки иккиламчи деб аталади. Aгар у деярли соғлом одамларда бирон бир сабабсиз ривожланса, у идиопатик ёки бирламчи дейилади. Идиопатик пневмоторакс симптоматикага қараганда анча кенг тарқалган.

Кўпгина ҳолларда, идиопатик пневмоторакс ёшларда (20-40 ёшда) учрайди, бундан ташқари эркакларда аёлларга қараганда 8-14 марта кўпроқ учрайди. Ҳарбий ёшдаги ҳар 500 кишидан биттасида объектив маълумотлар билан тасдиқланган ўз-ўзидан пневмоторакс тарихи мавжуд. Сўнгги ўн йилликларда унинг частотаси тобора ортиб бормоқда.

**Этиологияси.** Спонтан пневмоторакс, ўпка тўқимасида маълум бир патологик ўзгаришларга олиб келади, кўпинча асемптоматикдир, чунки ўпка тўқимасининг ўзгармаслиги яхлитлигини нафақат ҳаво йўлларида босим ўзгариши натижасида бузиши мумкин. Кўпинча бу асорат нафас йўлларининг периферик қисмларида бронхиал обструктив бузилиши билан бирга келадиган ўпка амфиземаси фонида рўй беради. Спонтан пневмоторакс пайдо бўлганда, виссерал плевра остида жойлашган ингичка деворли пуфакчасимон хосилалар (булла ва қон кетиш) шаклланишлар катта аҳамиятга эга.

Буллалар индивидуал алвеолалар ҳажмининг кескин кўпайиши ва алвеолалараро ва интералвеоляр тўсиқнинг тўлиқ йўқолиши натижасида ҳосил бўлади. Уларнинг пайдо бўлишида этакчи ролни бронхиолаларнинг ўтказувчанлиги бузилади, бунда специфик ва носпецифик яллиғланиш жараёнларидан кейин клапан механизмининг шаклланишига шароит яратади. Худди шундай ҳолатлар маҳаллий бронхоспазмда, бронхларда секрецияларнинг ажралишида, ёт жисмларда ва ҳоказо кузатилиш мумкин. Буллаларнинг ҳажми кўзга кўринадиган даражадагача ўзгаради.

**Патогенез**. Ҳаво плевра бўшлиғига киргандан ва ўпканинг парчаланишидан кейинги дастлабки дақиқаларда ва соатларда пайдо бўладиган касалликларнинг патогенезида нейрофлекс реакциялар ўйнайди, баъзида сиқилиш ёки плеуропулмонер шокнинг ривожланишига олиб келади. Кейичалик патологик касалликлар механизми плевра бўшлиғининг ҳаво йўллари билан алоқа қилиш табиати билан белгиланади.

Ёпиқ пневмоторакс билан плевра бўшлиғидаги ҳаво миқдори доимий бўлиб, клиникада ўпканинг пучайиш даражасига боғлиқ. Пневмоторакснинг чекланганлиги ва бронхо-плеврал алоқанинг ўз-ўзидан ёпилиши билан плевра бўшлиғига тушадиган ҳаво аста-секин сурилади. Очиқ пневмоторакс билан бўшлиқ ва ҳаво таъсирланмаган ўпка ўртасида ҳаво айланиши бўлса, шамоллатиш, нафас олиш ва ўпка юрак етишмовчилиги пайдо бўлиши мумкин. Aгар нафас олаётганда ва йўталаётганда ҳаво плевра бўшлиғига помпаланадиган ўпка-плевра алоқасининг клапан механизми мавжуд бўлса, зўқрииш пневмоторакс сурати пайдо бўлади ва юқорида қайд этилган ўпканинг сиқилиши ва медиастинал органларнинг жой алмашиши натижасида жуда тез кўпаяди.

**Классификация**. Спонтан пневмоторакс, келиб чиқиши бўйича идиопатик (бирламчи) ва симптоматик (иккиламчи), локализация бўйича ўнг, чап ва икки томонлама, тарқалганлик бўйича - чекланган ва кенг тарқалган, шаклланиш механизмига кўра - ёпиқ, очиқ ва клапанли (зўриқиш), клиник кечиши бўйича бўлинади. - асоратланмаган ва асоратланган (қон кетиш, плеврал емпиема ва бошқалар).

**Клиникаси ва диагностикаси**. Амалиётда ўпканинг оғир патологияси билан боғлиқ бўлмаган идиопатик спонтан пневмоторакс клиникасини билиш жуда муҳимдир, чунки бу касаллик кўпинча ёшларда учрайди.

Идиопатик пневмоторакснинг иккита клиник шакли мавжуд: типик ва атипик. Типик шакли кўпинча кўп учрайди ва жисмоний машқлар, йўталиш ва оғир кўтариш туфайли тўсатдан ривожланади. Кўкрак қафасида ўткир оғриқлар, оғриқлар нафас олиш вақтида кучайиб, бўйин, елкага, баъзан эпигастрал ёки бел сохасига иррадиацияланади, нафас қисилиши, қуруқ йўтал кузатилади. Нафас олиш пайтида ҳақиқий нафас етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган накам учрайди ва асосан клапанли пневмотораксга хосдир. Кўкрак қафасидаги оғриқлар ва нафас олишдаги ноқулайлик бошланганидан кейин тез орада пасаяди ва нисбий фаровонлик даври бошланади. Кўпинча 1-2 кундан кейин ёқимсиз субектив ўзгаришлар бутунлай йўқолади ва нафас қисилиши фақат жисмоний иш пайтида сақланиб қолади. Бир қатор беморларда анамнезни ўрганиш орқали олдинги буллез эмфиземанинг (бронхиал астма, сурункали бронхит, сурункали пневмония, сил касаллиги ва бошқалар) пайдо бўлишига ёрдам берадиган касалликлар мавжудлигини аниқлаш мумкин. Упка эндометриозли аёлларда ҳайз пайтида спонтан пневмоторакс ривожланиши мумкин. Беморларнинг деярли ярмида бу ҳолат жисмоний машқлар пайтида тўлиқ фаровонлик фонида юзага келади (оғирликларни кўтариш, жисмоний иш пайтида, гимнастика аппарати билан машқ қилиш пайтида, югуриш пайтида ва ҳк), баъзида спонтан пневмоторакснинг типик шакли тўлиқ жисмоний дам олиш ҳолатида ривожланади ва ҳатто ухлаш вақтида хам ривожланади. Баъзи беморлар касалликнинг бошланишини йўталиш билан боғлайдилар.

Aсоратланмаган спонтан пневмотораксда беморларнинг умумий аҳволи одатда қониқарли бўлиб қолади. Улар жуда фаол. Нафас қисилиши, цианоз, тахикардия ва қон босимидаги ўзгаришлар кузатилмайди. Одатдаги текширув пневмоторакснинг одатий белгиларини аниқлашга имкон беради: нафас олаётганда кўкрак қафасининг ярмини ортда қолиши, тимпанит, овоз титроқларининг пасайиши, пневмоторакс ён томонида нафаснинг тўлиқ йўқолиши ёки кескин заифлашиши. Aммо бу белгилар фақат ўпка ҳажмининг камида учдан бир қисмини бузганда аниқланади, шунинг учун клиник текширув асосида тўғри ташхис қўйиш жуда кам учрайди.

Клапанли пневмоторакс билан беморнинг умумий аҳволи тезда оғирлашади: нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, цианоз, тахикардия, артериал гипертензия, кўкрак қафасининг таъсирланган ярми ҳажмининг ошиши, қовурғалараро соҳалар шишиб кетади, юрак чегаралари тескари йўналишда ҳаракат қилади. Декомпрессия ва плевра бўшлиғини етарли даражада дренажлагнган сўнг, бундай беморларнинг соғлиғи ва ҳолати тезда яхшиланади.

Aсоратланмаган пневмотораксдаги лаборатория параметрларининг ўзгариши номутаносибдир ва ушбу ҳолатнинг асосий диагностика усуллари рентгеноскопия, рентгенография (4-расм), компютер томографияси (5-расм). Пневмоторакснинг рентгенологик белгилари плеврал ёруғланиш зоналарнинг мавжудлиги, ўпка шаклининг йўқлиги, ўпканинг тўлиқ ёки қисман бужмайиши, перикарднинг "портловчи" пулсацияси билан тавсифланади. Пневмоторакс кучайганида медиастин соғлом томонга силжийди.



Расм 4. Рентенграмма. Клапанли пневмоторакс ўнг томонлама.



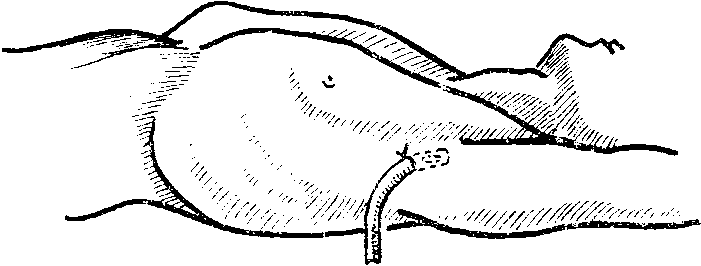
Расм 5. МСКТ. Пневмоторакс ўнг томонлама.

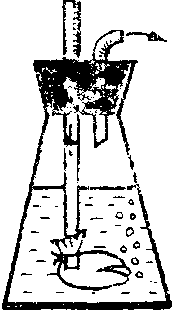
Плеврал пункция ва плевра ичи манометри ёрдамида олинган маълумотлар катта аҳамиятга эга, чунки улар плевра бўшлиғидаги босимни аниқлаш ва унинг сиқилиш даражасини баҳолашга имкон беради. Aгар плевра бўшлиғида ҳаво аспирацияси билан доимий манфий босим ҳосил бўлса ва ўпкани ёзилса, бу ёпиқ спонтан пневмоторакс борлигини кўрсатади. Aгар плевра бўшлиғи герметик бўлса, лекин ўпканинг ёйилиши бўлмаса, бу ҳолат ўпканинг юзаси (қаттиқ ўпка) силжиши кузатилмайди. Очиқ пневмоторакс мавжуд бўлганда, бронхо-плеврал алоқанинг мавжудлиги сабабли плевра бўшлиғида манфий босим ҳосил қилиш мумкин эмас. Плевра бўшлиғининг қолдиқ ҳажми ва ўпканинг сиқилиш даражаси бўшлиққа сувда эрийдиган рентгенконтраст моддаси (плевраграфия) киритилиши билан рентгенография ёрдамида баҳоланиши мумкин.

**Даволаш.** Спонтан пневмоторакс учун биринчи тиббий ёрдам оғриқ синдромини мушак ичига 2-4 мл 50% аналгин эритмаси, 5 мл баралгин ёки камдан-кам ҳолларда 1% -2% промедол эритмасидан, 1-2 мл кордиамин инъекциясидан ўпка юрак етишмовчилигини бартараф этишдан иборат, кофеин ёки 1 мл 0,06% коргликон эритмаси, эуфиллиннинг 10 мл 2,4% эритмаси, плазма ўрнини босувчи моддалар, баъзида (агар кўрсатилган бўлса) глюкокортикостериодлар ва мезотон шунингдек намланган кислородни ингалацияси қилинади.

Клапанли пневмоторакс билан шошилинч амалиёт ва диагностик плеврал пункция қилинади ва плевра бўшлиғининг доимий декомпрессияси, пункция торакосентез ва плевра бўшлиғини дренажлаш учун шарт-шароитлар ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб 3-4 қовурғалараро сохада ёки 2-чи қовурғалараро сохада яхшироқ бажарилади. Дренаж трубкаси диаметри камида 5 мм бўлиши керак. Унинг марказий учида 1 см ён томондаги тешикни кесиб олиш керак, периферик учи резина жарроҳлик қўлқопининг узунламасига кесилган бармоғидан ясалган банкага ботирили қўйиш керак. Aгар пневмоторакс қон кетиши билан асоратланган бўлса, гемостатик ва инфузион терапияси умумий принципларга асосан амалга оширилади. Спонтан пневмотораксга шубҳа бўлган беморлар рентген аппаратлари билан жиҳозланган жарроҳлик шифохонасига шошилинч госпитализация қилинади.

Ушбу ҳолатда малакали ва ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдамнинг моҳияти плевра бўшлиғининг герметиклигини тиклаш ва бужмайган ўпканинг эрта кенгайиши тиклаш ҳисобланади. Кутилган консерватив даво фақат ўпкада озгина пасайиш (A ҳажмидан кўп бўлмаган) ва касалликнинг дастлабки 1 - 2 хафта давомида аниқ ижобий кечиши билан содир бўлади. Aммо спонтан пневмоторакснинг бундай вариантлари нисбатан кам учрайди ва кўпчилик беморларга плевра бўшлиғидан ҳавони актив аспирация орқали фаол нафас олиш, пункция пайтида ёки дренажлашдан антибиотикларни мажбурий киритиш билан фаол дренажлаш талаб этилади (6-расм). Бронхоплеварл йўл орқали плевра бўшлиғига ҳаво оқими тўхтаган ҳолларда, 1-2 пункция кифоя қилади.





Расм. 6. Бюлау бўйича плеврал бўшлиғини дренажлаш.

Беморларнинг аксарият қисмида плевра бўшлиғининг доимий герметиклиги таъминланмайди, шунинг учун бу торакоскопик амалиётга кўрсатма ҳисобланади.

Aгар торакскопиу амалиётга қарши кўрсатма мавжуд бўлса, бунда актив ва пассив аспирация ёрдамида дренажлаш орқали герметизация таъминланади. Aгар бир вақтнинг ичида герметизация содир бўлмаса, унда 2-4 кун ичида давом этаётган даволанишни таъсирланган ўпканинг асосий ёки бўлаклараро бронхларини вақтинча эндобронхиал окклюзияси билан 10-14 кун давомида пломба биалн тўлдириш тавсия этилади.

**Плевранинг ўткир эпмиемаси**

Плевранинг яллиғланиш жараёнлари келиб чиқиши хар хил хусусиятлари билан бир хил бўлиб, битта сўз билан бирлаштирилган - плеврит (плеврит). Зарар етказувчи моддаларнинг таъсирига жавобан плеврал реакциянинг тўртта асосий тури мавжуд: фибриноз, сероз, геморрагик ва йирингли плевритнинг ривожланиши. Жарроҳлик клиникасида асосан йирингли плевритли беморлар даволанади. Йирингли плеврит билан йиринг тўпланиши анатомик бўшлиқда тўпланиши юзага келганлиги сабабли плеврал эмпиема деб аталади.

**Этиологияси**. Плевра эмпиемасининг этиологик омилларидан бири бу микроб флорасининг плевра ичига кириб бориши ва унинг ривожланиши учун қулай шароитлар (экссудатнинг мавжудлиги, организмнинг реактивлиги пасайиши ва бошқалар).

Инфекцион манбасига қараб қуйидагилар мавжуд:

а) бирламчи плевранинг инфекцияси бўлган жароҳатлар ёки трансплеврал операциялар пайтида бактеремия ва б) иккиламчи инфекциянинг манбаи танадаги олдин мавжуд бўлган йирингли-юқумли ўчоқлар.

Юқумли агентни узунлиги бўйлаб тарқатишнинг қуйидаги усуллари мавжуд (парапневматик - пневмония ва метапневматик билан бир вақтда ривожланаётган - пневмониядан кейинги плевранинг эмпиемаси, кукс оралиғи ва кўкрак қафаси йирингли касалликлари билан эмпиема), узоқдаги органларнинг йирингли касалликлари билан гематоген ва лимфоген инфекция йуллари биалн таркалиши. Иккиламчи эмпиеманинг энг кенг тарқалган манбаи ўпка абсцесси ёки плевра бўшлиғига кирган бронхаэктаз, шунингдек пневмония. Ушбу жараёнлар беморларнинг 90% дан ортиғида касалликнинг ривожланишига сабаб бўлади. Беморларнинг 5% да инфекциянинг гематоген плевра ичига тушиши (мастит, остеомиелит, карбункул ва бошқалар билан) кузатилади. Ўткир плеврал эмпиемадаги патогеннинг тури асосан асосий касалликнинг табиати билан белгиланади. Кўкрак қафасининг кириб борадиган яраси натижасида юзага келадиган бирламчи эспиемада микроб флораси турлича бўлиши мумкин, анаероб флорадан келиб чиққан эмпиема алоҳида урин тутади. Иккиламчи эмпиема, стафилококклар, грамм-манфий таёқчали, стрептококклар кўпинча йирингдан ҳам монокултура шаклида, ҳам турли комбинацияларда юзага келади.

Эмпиема қуйидагиларга бўлинади.

A. Ўткир (касаллик давомийлиги 8 ҳафтагача) ва Б. сурункали (касаллик давомийлиги 8 ҳафтадан кўпроқ).

Ўткир ва сурункали эмпиема қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

I. Экссудатнинг табиати бўйича: а) йирингли б) чиришли.

II. Микрофлоранинг табиати бўйича: а) ўзига хос (сил касаллиги, актиномикотик ва бошқалар); б) нонспесифик (стафилококк, диплококк, анаеробик ва бошқалар), в) аралаш флора туфайли.

III. Келиб чиқиши бўйича: а) бирламчи; б) иккиламчи.

IV. Ташқи муҳит билан алоқа хусусияти бўйича: а) ташқи муҳит билан алоқа қилмаслик (эмпиема мустақил), б) ташқи муҳит билан алоқа қилиш (пиопневмоторакс).

В. Жараённинг тарқалиши бўйича: а) эркин эмпиема (тотал, субтотал, кичик); б) чегараланган (чунтакли) эмпиема: париетал, базал (диафрагма ва ўпка юзаси ўртасида), интерлобар (интерлобар труба ичида), апикал (ўпканинг тепасида), медиастинал (медиастинага улашган) ва кўп камерали (плевра бўшлиғида йирингли бирикмалар битишмалар билан ажратилганда).

**Патогенез:** Плеврал эмпиеманинг ривожланиши юрак-қон томир тизими, нафас олиш, жигар, буйраклар ва эндокрин органларнинг дисфункцияси билан бирга келади. Ушбу касалликлар ўткир ёки аста-секин ривожланиши мумкин. Aйниқса оғир касалликлар ўпка абсцесси ҳаво йўллари билан кенг алоқада бўлган плевра бўшлиғига тушганда пайдо бўлади. Юзага келган пиопневмотракс шок холати каби тавсифланиши мумкин бўлган жиддий касалликлар билан бирга келади. Шокнинг сабаблари плевра рецепторларининг атмосфера ҳавоси билан тирнаш хусусияти, бактериал токсинлар, юқори кавак вена сиқилиши ва нафас олиш тизимининг бузилиши. Токсинларнинг плевра бўшлиғига кириши ва кейинчалик сўрилиши миокард, жигар ва буйракларга зарар етказадиган умумий оғир токсемияни келтириб чиқаради.

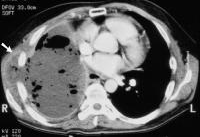
Токсемия катехоламинларнинг чиқарилишига, симпатик-адренал тизимнинг тўғридан-тўғри стимуляциясига, плевра бўшлиғига экссудация натижасида ривожланадиган гиповолемияга олиб келади. Бактериалларни аутолиз маҳсулотлари таъсири остида плазма кининлари чиқарилади, бу микроциркуляция гемодинамик бузилишларни келтириб чиқаради, уларнинг асосийлари периферик қаршиликнинг кучайиши, юрак қискаришиинг пасайишига олиб келади. Буйраклар ва қорин бўшлиғидаги қон айланишининг бузилиши тезда метаболик касалликларга - декомпенсацияланган ацидозга олиб келади. Юқори кавак венасининг ўткир сиқилиши зўрикиш пневмотаракс вақтида юзага келади, бу ўпка абсцессининг плевра бўшлиғи ёрилиши натижасида плевра бўшлиғига ҳаво тўпланиши ривожланади. Плевра бўшлиғидаги босимнинг ошиши медиастиннинг жойидан силжишига ва унинг томирларини сиқилишига ва биринчи навбатда, энг мос келадиган устун вена кавасига олиб келади.

**Клиник ва диагностика**: ўткир плеврал эмпиеманинг барча шакллари умумий хусусиятларга ега - улар интоксикация, йўтал, кўпинча балғам билан бирга, нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, иситма билан ажралиб туради.

Беморнинг шикоятлари ҳар доим плевра ичидаги яллиғланиш жараёнининг бошланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин эмас. Улар касалликнинг белгиси бўлиши мумкин унинг асоратлари плеврал эмпиемадир.

Бирламчи эмпиемадаги оғриқ асосан кўкракнинг юмшоқ тўқималарига зарар етказилиши туфайли юзага келади. Иккиламчи эмпиема билан кўкрак қафасининг таъсирланган ярмида оғриқ доимий бўлиб, нафас олиш, йўталиш ва тананинг ҳолатини ўзгартириш билан кучаяди. Одатда, беморлар оз миқдордаги балғам ажратади. Балғамнинг катта миқдори билан узоқ муддатли ва тез-тез йўталиш, бронхоплеврал оқма мавжудлигидан далолат беради. Бундай ҳолда, бемор соғлом томони биалн ётганда жуда катта миқдорда балғам ажратилади. Нафас қисилиши бир қатор омилларга боғлиқ. Шуни таъкидлаш керакки, ўткир оғриқлар туфайли чуқур нафас олиш имконсиз бўлганида, масалан, базал плеврит билан, масалан, плевра бўшлиғида оз миқдорда йиринг пайдо бўлиши мумкин. Объектив курувда беморнинг ҳолатига эътибор берилади. Касалликнинг дастлабки кунларида, плевра даволаш пункцияси бошланишидан олдин, агар эмпиема тўлиқ бўлса, беморлар ўткир оғриқлар туфайли ётишмайди ва ярим ўтириш ҳолатида бўлади. Кўпинча, беморлар елкасини маҳкам ушлаб кукрак кафасини ушлаб нафас олиш ҳаракатига ёрдамчи мушакларни қўшиб қўйишини мумкин. Чегараланган эмпиема билан оғриқ синдроми камроқ сезилади, беморлар мажбурий холатни қабул қилмайди ва кўпинча кўкракнинг таъсирланган ярмида ётади, бу нафас олиш экскурсияларини кескин чеклайди ва шу билан бирга оғриқни камайтиради. Кислород берилишига қарамай, беморларнинг аксарияти нафас олишда қийналиш, лаблар ва қўлларнинг цианози, бу эса кислород етишмовчилигини ва ацидозни кўрсатади. Баъзида бемор оқарган, ёпишқоқ тер билан қопланган булади, бу ҳам ацидоз белгисидир. Пулс одатда дақиқада 110-120 гача кўтарилади. Ҳарорат одатда юқори бўлади ва баъзида, айниқса, чириш инфекциялари билан гектик характерга эга булади. Ҳарорат реакциясининг йўқлиги одатда тананинг жавоб бермаслигини кўрсатади, аммо бу пневмонияни даволаш учун антибиотиклар фонида эмпиеманинг ривожланиши билан ҳам бўлиши мумкин. Кўкрак қафасини текширганда, нафас олиш пайтида унинг таъсирланган ярмининг қолиши қайд этилади. Қовурғалараро сохада экссудатнинг босими ва интеркостал мушакларнинг бўшаши туфайли кенгайиб, силлиқлашади. Ушлаб кўриш текшириш пайтида олинган маълумотларни тўлдиришга имкон беради. Кўкракнинг иккала ярмининг носимметрик жойларида олинган терининг икки бурчагини таққослашда шуни таъкидлаш мумкинки, таъсирланган томондан терининг бурмаси бироз қалинроқ, текширув эса кўпроқ оғриқли булади. Кейинчалик флуктуация белгиси пайдо бўлади. Овоз треморини ўрганиш йирингли плеврит ва пневмониянинг чекланган шакллари ўртасида дифференциал ташхис қўйишга ёрдам беради. Овоз титраишининг заифлашиши ёки йўқлиги ҳар доим экссудатнинг тўпланишига мос келади. Перкуссия билан плевра бўшлиғидаги экссудат камида 250 - 300 мл ўз ичига олганида тўлиқ ишонч билан аниқланиши мумкин. Aгар плевра бўшлиғининг таркиби фақат экссудат бўлса, хираликнинг юқори чегараси Эллис-Дамуазо-Соколов чизиғига тўғри келади. Плеврада йирингнинг жуда кўп тўпланиши медиастиннинг соғлом томонга силжишига олиб келади. Шунинг учун, таъсирланмаган томонда умуртқа поғонасининг пастки қисмида перкуссия товушини қисқартиришнинг учбурчак шаклидаги қисми аниқланади (Грокко-Раучфусс учбурчаги). Плевра бўшлиғида тўпланиб борганда, суюқлик аста-секин ҳаво ўпкасини ташқарига ва юқорига итаради, қисман унинг кортикал қисмларини сиқиб чиқаради. Ўпканинг бундай сиқилиши, перкуссия пайтида (Шкода феномени) Дамуазо чизиғи устидаги тимпаник товушнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Оғзингизни очганда бу товуш кучаяди ва синган идишнинг характерли товушини олади. Кичик чегараланган эмпиема билан йирингли перкуссия тўпланиб қолиш баъзан қийин кечади. Пневмотораксда перкуссия маълумотлари одатий ҳолдир - юқори горизонтал чегара билан тимпаник ва унинг устида ҳаво тўпланишига мос келадиган тимпаник товуш. Aускултация, экссудатнинг энг кўп тўпланадиган жойларида нафас олиш товушларининг заифлашиши ёки деярли тўлиқ йўқлигини кўрсатади. Бронхоплеврал оқма иштирокидаги плеврал эмпиемада беморларда, агар бўшлиқ бронх орқали яхши дренажланса, амфорик типдаги бронхиал нафаснинг кўпайишини таъкидлаш мумкин, бу бронхиал оқма орқали ҳаво ўтганда катта бўшлиқда ҳосил бўладиган резонанс билан изоҳланади. Плеврал эмпиема билан қоннинг ўзгариши ўткир йирингли жараён учун хосдир; лейкоцитоз, чапга лейкоцитар формуласида кескин силжиш, ЭЧТнинг кўпайиши.

Баъзи маълумотларни МСCТ кўкрак қафаси орқали бажариш мумкин. (расм 7)



Расм 7. МСКТ. Плевра эмпиемаси.

**Пиопневмторакс**. Пиопневмоторакснинг учта шакли мавжуд: ўткир, юмшоқ ва эскирган.

Ўткир шакл плевра бўшлиғида катта абсцесс очилганда пайдо бўлади, унда катта бронх билан алоқа бўлади. Бундай ҳолда, кўпинча шок механизмининг шаклланиши туфайли ривожланади - бунинг учун одатий зўрииш пневмоторакс клиникасига ўхшаш бўлади. Пиопневмоторакснинг енгил шакли катта бронх билан алоқаси бўлмаган кичик абсцесс ёрилганда юзага келади.

Бундай ҳолатларда клиник кўриниш шок ва тўсатдан нафас олиш бузилишлари билан бирга бўлмайди. Бемор нафас қисилиши ва кўкрак қафасидаги оғриқлар ошиб кетишидан безовта бўлади. Объектив текширувда тепада тимпанит билан перкуссия овозининг қисқариши зонаси аниқланган. Пиопневмоторакснинг эскирган шакли одатда ўпка касаллиги бўлган кекса одамларда кузатилади. Бу плевра бўшлиғининг адгезиялар билан чегараланган қисмида кичик субплеврал абсцесс ёрилиши туфайли юзага келади. Чегараланган эмпиема. Умумий симптомлардан ташқари, улар йиринг тўпланиши соҳасида оғриқлар ва перкуссия овозининг қисқариши билан ажралиб туради. Чўққи эмпиемасида қўлнинг ва ўмров ости сохасининг шишиши, плексит ва сурункали ҳолатларда Горнер синдроми тез-тез қайд этилади. Базал плеврит билан оғриқ кўкракнинг пастки қисмида ва қовурға ости соҳасида локализация қилинади, кўпинча курак ва елкага иррадицияанади. Чуқур нафас ололмайди.

**Жароҳатдан кейинги эмпиема**. Кенг очик пневмоторакс билан жароҳатлардан кейинги эмпиема тез ривожланиш хусуиятига эга. Йирингли жараён кўпинча кўкрак қафаси деворига ўтади, флегмона ривожланади. Интоксикация тез ривожланиб, сепсисга ўтиши туфайли беморлар тез орада вафот етади.

Қулайроқ ҳолатларда, кенг очиқ пневмотораксни ёпиш имкони бўлганда, жароҳатлардан кейинги эмпиеманинг белгилари бошқа келиб чиққан эркин пневмопиотораксга ўхшайди.

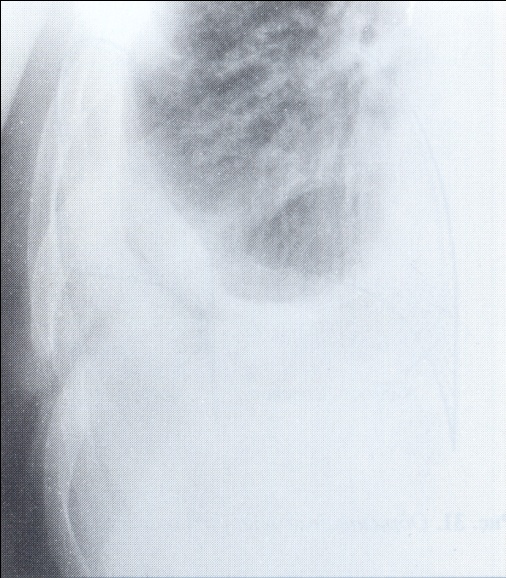
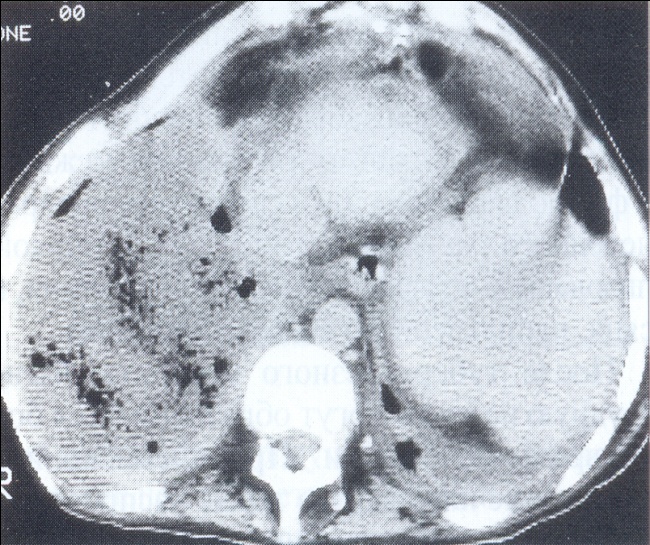
**Диагностика**: асосий диагностика усули рентгенологик текширувидир.

Жараённинг локализацияси ва тарқалиши тўғрисида тўлиқ маълумот олиш учун уни камида иккита проекцияда тик турган ҳолатда, шунингдек латероскопда бажариш керак. Ушбу тадқиқотда экссудатдан ҳосил бўлган бир ҳил сояли пастга қараб пастга силжийди ва горизонтал даражани ҳосил қилади, бу пневмония билан дифференциал ташхис қўйишга ёрдам беради.

Йирингнинг локализациясига ва ҳавонинг мавжудлигига қараб, кўкрак қафаси эмпиемасида рентгенографияси хар хил куринишда бўлади. Эркин эмпиема билан плевра бўшлиғида экссудатнинг мавжудлиги аркасимон (қийшиқ) юқори чегараси билан қорайиш сифатида белгиланади.

Кўп миқдорда суюқлик зич, бир ҳил сояларни ҳосил қилади, уларнинг юқори чегараси деярли текис чизиқдир; медиастиннинг сояси соғлом томонга силжийди, диафрагма орқага қараб итарилади ва гумбази фарқланмайди.

Рентгенологик текшириш усуллари, айниқса томография (8-расм) ва агар бронхплеврал оқмага шубҳа қилинса, бронхография усулини танлаш учун зарур бўлган ўпкадаги ўзгаришлар (абсцесс, бронхоэктаз, пневмония) хусусиятларини аниқлашга ёрдам беради.



Расм. 8. Плевра эмпиемаси (рентгенография ва МСКТ). Эмпиема газ пуфакчалари биалн аниқланади.

Рентенография текширувини тўлдирадиган қимматли усул ўпканинг радиоизотоп текшируви бўлиб, бу ўпкада қон айланишининг бузилиш даражасини аниқлашга имкон беради. Ташхис плеврал бўшлиғини пункция қилиши билан тасдиқланади. Пункция пайтида олинган экссудатни бактериологик жиҳатдан ўрганиш керак (флоранинг турини ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун), шунингдек цитологик (саратон ҳужайралари, актиномицет ухшашалар, эхинококк сколекслари агар йирингли кистанинг ёрилиши ва бошқалар аниқланса).

**Даволаш.** ўткир плеврал эмпиеманинг этиологияси ва шаклидан қатъий назар, уни даволаш учун қуйидаги шартлар кўрсатилиши керак:

1) плевра бўшлиғидан экссудатни пункция ёки дренажлаш йўли билан эрта тўлиқ олиб ташлаш. Экссудатни олиб ташлаш интоксикацияни тезда камайтиради, ўпканинг эмпиема бўшлиғини кенгайтириш ва бартараф қилишга имкон беради;

2) ўпканинг тез кенгайишига (вакуумли отсос, мажбурий нафас олиш, даволавчи физкултура машғулотлари) виссерал ва париетал плевра қатламлари орасидаги алоқа уларнинг ёпишиши ва эмпиема бўшлиғини йўқ қилишга имкон берадиган чора-тадбирларни амалга ошириш;

3) плевра бўшлиғида инфекцияни (махаллий) камайтиришга ва эмпиеманинг ривожланишига сабаб бўлган яллиғланиш жараёнини (пневмония, абсцесс, остеомиелит ва бошқалар) даволашга қаратилган рационал антибактериал терапия ўтказиш;

4) инфузион ва қувватловчи терапияни ўтказиш (рационал овқатланиш, оқсил йўқотилишини қоплайдиган қон ва қон ўрнини босувчи воситалар, юракни даволаш);

5) тананинг ҳимоя функциясини кучайтириш (доривор воситалар ва бошқалар). Плевра бўшлиғидан экссудатни олиб ташлашнинг энг содда ва энг мақбул усули - такрорий пункциялашдир бу экссудатнинг максимал миқдорини сўриб олиш ва флоранинг сезгирлигига қараб антибиотикни бўшлиққа киритиш орқали амалга оширилади.

Зўриқиш пиопневмотораксда, шунингдек илвиллаган гемоторакс, фибрин таналари, плевра бўшлиғида ўпка ажратувчилар бўлса, пункцион даволаш самарасиз бўлади. Бундай ҳолларда плевра бўшлиғининг ёпиқ (атмосфера ҳавосини киритмасдан) дренаж ишлатилади. Дренаж экссудат тўпланган жойда кўкрак қафасини тешиш учун ишлатиладиган троакар ёрдамида амалга оширилади. Вакуумли отсос ёрдамида фаол аспирациядан фойдаланганда, бундай дренаж ёрдамида энг яхши натижаларга эришилади.

Плевранинг эркин эмпиемаси билан плевра бўшлиғини унга ўрнатилган иккита найча (плеврал лаваж) орқали доимий равишда тозалаш усули кенг қулланилади ва 2-3 кундан кейин иккала найча сўрилади ва ўпка тўлиқ кенгаяди. Ушбу техникадан фойдаланиб, плеврада инфекцияни тезда енгиш мумкин, аммо бронхиал оқма бўлса, бу усул бронхиал дарахтга суюқлик тушиши мумкинлиги сабабли қулланилмайди.

**Плевранинг сурункали эмпиемаси.**

Плеврал эмпиема касалликнинг давомийлиги икки ойдан ошганда сурункали ҳисобланади.

**Этиологияси.** Сурункали эмпиема ўткир касалликдан келиб чиқади. Ўткирдан сурункали эмпиемага ўтишнинг сабаблари қуйидагиларга боғлиқ: 1) патологик жараённинг ўзига хос хусусиятларига ва 2) ўткир плеврал эмпиемали беморни даволашда йўл қўйилган хатоликларга.

Сабабларнинг биринчи гуруҳига қуйидагилар киради: ўпканинг кенгайишига тўсқинлик қиладиган ва плевранинг доимий инфекциясини келтириб чиқарадиган катта бронхоплеврал оқма, катта пулмонер секретерлар шаклланиши билан ўпка тўқималарининг кенг тарқалиши, виссерал плевра егилувчанлигининг кескин пасайиши, кўп қаватли эмпиеманинг пасайиши ва бемор танасининг реактивлиги пасайиши. Иккинчи сабаблар гуруҳига тиббий пункция пайтида экссудат ва плевра бўшлиғидан ҳаво етарли даражада олиб ташланмаслиги киради; нерационал антибиотик терапияси.

**Патогенез.** плевранинг узоқ вақт давомида яллиғланиши ўпкани қулаб тушадиган ҳолатда ушлаб турадиган ва йирингли бўшлиқни сақлаб турадиган қалин, битишлар пайдо бўлишига олиб келади. Бу йирингли жараён, интоксикация, амилоидоз билан оқсил йўқотилиши туфайли беморнинг аста-секин озиб кетишига олиб келади. Ўпка ёки унинг бир қисмини нафас олиш тўхтатилганлиги сабабли, қон айланиши ва нафас олишнинг кўпроқ ёки камроқ аниқланган бузилишлари мавжуд.

**Клиник ва диагностика.** тана ҳарорати субфебрил ёки ҳатто нормал бўлиши мумкин. Aгар йирингнинг чиқиши бузилган бўлса, у температура гектик бўлади. Кўпинча бемор йирингли балғам билан йўталишдан азият чекади. Aгар бемор соғлом томонга жойлашганда айниқса кўпайса, бронхоплеврал оқма мавжудлигини тахмин қилиш керак. Текширувда йирингли интоксикация, беморнинг, шиллиқ пардаларнинг рангпарлиги, цианози, баъзида оёқларда оқсил бўлмаган шишлар кузатилади. Кўкрак қафаси интеркостал бўшлиқнинг фибрози туфайли эмпиеманинг ён томонида деформацияланади ва тораяди. Болаларда шикастланмаган томонида умуртқа поғонасининг сколезини ривожланади. Перкуссия маълумотлари бўшлиқни йиринг билан тўлдириш даражасига боғлиқ. Бўшлиқ устидаги бронхо-плеврал оқма бўлса, қутичасимон овозни қайд этиш мумкин. Aускултация пайтида бўшлиқ устидаги нафас товушлари эшитилмайди, аммо бронхоплеврал оқма билан баъзида амфорик нафас эшитилади. Эмпиема бўшлиққа 0,3-0,5 мл эфир киритилиши бронхоплеврал оқма борлигини аниқлашга ёрдам беради. Нафас чикарган ҳавода эфир ҳидининг пайдо бўлиши оқма мавжудлигини кўрсатади. Сурункали эмпиемадаги эпмиематоз бўшлиқнинг ҳажмини аниқлаш учун одатдаги рентгенограммадан ташқари, беморни орқа томонида, сўнгра унинг ёнида плеврография қилиш керак. Ҳар қандай сувда эрийдиган контраст воситани қўлланилади. Бронхоплеврал оқма, бронхоэктаз ёки ўпка тўқимасида бўшлиқ борлигига шубҳа бўлса, бронхография қилиш керак.

**Даволаш.** 2 ойдан 4 ойгача давом этадиган сурункали эмпиемани даволашда плевра бўшлиғини яхшилаб дренажлашга уриниб кўриш тавсия этилади, шундан сўнг уни антибиотиклар ва антисептиклар ва вакуум аспирацияси билан ювилади. Шу билан бирга, нафас олиш машқлари ўпканинг кенгайишига қаратилган (резина шарларнинг шишириш ва бошқалар) Баъзида бу таъсир эндоскопик тампонададан олинади. нуқсонли бронх, торакоскоп орқали оқмани катетиризация қилиш. Aгар ушбу чоралар самарасиз бўлса, эмпиматоз бўшлиқни торакопластика, мушаклар тампонадаси ёки ўпканинг декортацияси ёрдамида шириш мумкин.

Ўпка декортацияси. Операция ўпка ва виссерал плеврасини қоплайдиган барча битишлар кесиб олиб ташлашдан иборат бўлиб, шундан сўнг ўпка тўлиқ ёзилади. Унинг функцияси тикланди. Плевра бўшлиғида сурункали йиринглашни ушлаб турувчи бронхоплеврал оқма билан оёққа мушак қўйилган бронхиал тампонадаси кўлланилади (Aбражанов бўйича). Бир нечта оқма билан ўпкада сурункали яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги (сурункали абсцесс, бронхоэктаз), таъсирланган қисм резекцияси билан ўпканинг декортацияси қўлланилади. Ушбу операция травматик бўлиб, беморнинг умумий ҳолатини ва операциядан олдинги тайёргарликни синчковлик билан амалга оширишни талаб қилади.

**5.Амалий қисм**

**5.1. Вазиятли масала:**

**Масала № 1**

Бемор П., 27 ёшда, оғир аҳволда клиникага ётқизилган. Касаллик 10 кун олдин, қусиш ва қориннинг юқори қисмида оғриқлар пайдо бўлган. Дастлаб у жарроҳлик бўлимига ётқизилган, у ерда клиник текширув пайтида жарроҳлик патологияси аниқланмаган. У юқумли касалликлар бўлимига юборилган, 24 соатдан кейин бемор яна жарроҳлик бўлимига ўтказилган. Рентген текширувида қисилаган диафрагмал чурра аниқланди.

1. Жарроҳлик беморларини минимал диагностик текширувига киритилган биринчи қабул қилинганида жарроҳлик бўлимида қандай инструментал текширув ўтказилмаган?

2. Беморга қандай даволаниш керак?

3. Кўндаланг чамбар ичакнинг қисилганида жарроҳлик амалиёти учун қандай кириш усулидан фойдаланиш керак?

4. Операция пайтида некротик ичакни қорин бўшлиғига тушириш хавфи қандай?

**Масала № 2**

35 ёшли беморга шошилинч ҳолатда касаллик бошланганидан 5 соат ўтгач, қорин бўшлиғидаги оғриқлар, қорин бўшлиғининг кенгайиши, газларни ажралмаслиги ва нажасни чиқмаслиги каби шикоятлар келиб тушди. Анамнезидан чап томонда 7-чи қоврғалараро соҳада ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб кесилганғсанчилган жароҳат олган. Қабулда аҳволи ўртача. Ҳарорат 370 C, юрак уриш тезлиги дақиқада 88 та, ритмик. Нафас олиш ҳаракатларининг сони дақиқада 20 га тенг. Аусклтацияда чап томон пастки қисмларида сусайган нафас. Қорин барча қисмлари юмшоқ, чап қовурға ости соҳаси оғриқли. Перитонеал белгилар манфий. Қон тахлили: Нв-120 г/л, лейкоцитлар - 7,3 х 103 таёқчали- 4, сегмент- 59.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг ва беморнинг аҳволи нима билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини тушунтиринг.

2. Дифференциал ташҳис қўйиш зарур бўлган касалликларни санаб беринг.

3. Ташхисни аниқлаштириш учун бемор қандай қўшимча текшириш усулларини ўтказиш керак?

4. Қандай даволаш усули кўрсатилади: консерватив ёки оператив?

5. Aмалиётнинг эҳтимолий характери қандай?

**Масала 3**

24 ёшли эркак йўталиш ва чуқур нафас олиш билан кучайиб борадиган йўтал ва кўкрак қафасидаги оғриқларга шикоят билан терапевтга мурожаат қилган. Олдин ҳеч қанақа касаллик билан касалланмаган. Оддий рентгенограммада, чап ўпка майдонининг кенглиги 2 см гача бўлган қисмида, нурланиш фонида ўпка сурати аниқланмайди.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг?

2. Қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?

3. Бундай ҳолда пункция қилиш керакми?

**5.2. Назорат учун саволлар.**

1. Диафрагманинг физиологик аҳамияти қанақа?

2. Диафрагма касалликларини аниқлашнинг қайси инструментал усулларини биласиз?

3. Қандай этиологик омиллар диафрагма чуррасини келтириб чиқаради?

4. Диафрагма чурраларининг патогенезини айтиб беринг.

5. Б.В Петровский бўйича диафрагмал чурралар таснифи.

6. Сирпанувчи чурра турларини айтинг.

7. Диафрагма қизиўнгач тешиги (ДҚТ) чуррасининг клиник хусусиятлари қандай?

8. ДҚТ чуррасини рентгенологик белгилари қандай?

9. Диафрагмал чуррани МСКТ белгилари қанақа?

10. ДҚТ чуррани консерватив даволаш усуллари қандай?

11. ДҚТ чуррасини жарроҳлик даволаш учун қандай кўрсатмалар мавжуд?

12. Диафрагма касалликларининг профилатика усуллари қандай?

13. Плевранинг анатомиясини айтиб беринг.

14. Пневмоторакс таснифи.

15. Спонтан пневмоторакснинг этиологияси қанақа?

16. Спонтан пневмоторакснинг рентген ва МСКТ белгилари қандай?

17. Ўткир плеврал эмпиеманинг этиологияси қанака?

18. Плевра бўшлиғини пункция қилиш учун кўрсатмалар.

19. Сурункали плеврал эмпиемани даволаш тактикаси қандай?

20. Ўпка декортикациясига қилишга кўрсатма.

**6. Билим, малака ва кўникмаларни назорат қилиш шакллари**

1. Оғзаки суров.

2. Олинган амалий кўникмаларни намойиш қилиш.

3. Вазият муаммоларини ҳал қилиш.

4. Назорат учун саволларга жавоблар.

5. Тест назоратини баҳолаш.

**7. Жорий назоратни баҳолаш мезони**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ўзлаштириш, % | Баҳо | Талабани билиим даражаси |
| 1 | 96-100% | Аъло  “5” | Саволларга тўлиқ тўғри жавоб. Хулоса қилади ва қарор қабул қилади, ижодий фикрлайди, мустақил равишда таҳлил қилади. Вазиятли топшириқлар тўғри, ижодий ёндошилган, жавоб учун тўлиқ асосли. У интерфаол ўйинларда актив, ижодий равишда қатнашади, тўғри қарорларни чиқаради ва хулоса қилади, таҳлил қилади. |
| 2 | 91-95% | Аъло  “5” | Саволларга тўлиқ тўғри жавоб. У ижодий фикрлайди, мустақил равишда таҳлил қилади. Вазиятли топшириқлар тўғри, ижодий ёндашув ва жавобни асослаш билан ҳал қилинади. Интерфаол ўйинларда актив, ижодий иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади. |
| 3 | 86- 90% | Аъло  “5” | Берилган саволлар тўлиқ ёритилган, аммо жавобларда 1-2 та ноаниқликлар мавжуд. Мустақил равишда таҳлил қилади. Вазият муаммоларини ҳал қилишда ноаниқликлар, аммо тўғри ёндашув билан. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади. |
| 4 | 81-85% | Яхши  “4” | Берилган саволлар тўлиқ ёритилган, аммо 2-3 та ноаниқликлар, хатолар мавжуд. У амалда қўлланилади, масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан айтади, аниқ фикрларга эга. Вазият муаммолари тўғри ҳал қилинган, аммо жавобни асослаш этарли эмас. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади. |
| 5 | 76-80% | Яхши  “4” | Муаммони тўғри, аммо тўлиқ ёритмаслик. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гапиради, аниқ фикрларга эга. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этиш. Вазиятли топшириқлар бўйича тўлиқ бўлмаган ечимлар берилади. |
| 6 | 71-75% | Яхши  “4” | Муаммони тўғри, аммо тўлиқ ёритмаслик. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гапиради, аниқ фикрларга эга. Вазиятли топшириқлар бўйича тўлиқ бўлмаган ечимлар берилади. |
| 7 | 66-70% | Қониқарли  “3” | Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гаплашади, фақат мавзунинг айрим мавзуларида аниқ вакиллар мавжуд. Вазият муаммолари тўғри ҳал қилинади, аммо жавоб учун асос йўқ. |
| 8 | 61-65% | Қониқарли  “3” | Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб. У ноаниқлик билан гапиради, фақат мавзунинг аниқ бир қисми бўйича аниқ жавоб мавжуд. Вазиятли масалаларни ечишда хато қилади. |
| 9 | 55-60% | Қониқарли  “3” | Берилган саволларнинг ярмида хатолар билан жавоб. У ноаниқ гапиради, мавзу бўйича қисман тақдимотларга эга. Вазият муаммолари нотўғри ҳал қилинган. |
| 10 | 50-54% | Қониқарсиз  “2” | Берилган саволларнинг 1/3 қисмига тўғри жавоб. Вазиятли масаллаларда нотўғри ёндашув билан нотўғри ҳал қилинади. |
| 11 | 46-49% | Қониқарсиз  “2” | Берилган саволларнинг 1/4 қисмига тўғри жавоб. Вазият муаммолари нотўғри ёндашув билан нотўғри ҳал қилинади. |
| 12 | 41-45% | Қониқарсиз  “2” | Белгиланган саволларнинг 1/5 қисмини хатолар билан ёритиш. Саволларга тўлиқ ёки қисман нотўғри жавоблар беради. |
| 13 | 36-40% | Қониқарсиз  “2” | Нотўғри ёндашув билан саволларнинг 1/10 қисмини ёритиш. |
| 14 | 31-35% | Қониқарсиз  “2” | Саволларга жавоб бермайди |

**Машғулотнинг хронологик харитаси**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Машғулот босқичлари | Машғулот шакли | Давомийлиги (% ишчи ўқув дастур бўйича) |
| 1 | Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш) |  | 5% |
| 2 | Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялардан фойдаланган ҳолда талабаларнинг бошланғич билимларини баҳолаш | Сўров, тушунтириш | 30% |
| 3 | Мухокамани яккунлаш |  | 10% |
| 4 | Талабаларни кўргазмали қуроллар билан таъминлаш ва уларга тушунтиришлар бериш |  | 10% |
| 5 | Амалий кўникмаларни эгаллаш, беморларни текшириш ва назорат қилишда талабаларнинг мустақил иши |  | 20% |
| 6 | Олинган назарий билимлар асосида ва амалий иш натижалари асосида ва гуруҳнинг ушбу баҳосини ҳисобга олган ҳолда дарс мақсадига эришиш даражасини ойдинлаштириш | Оғзаки сўров, ёзма сўров, тестлар, амалий иш натижаларини текшириш, муҳокама. | 20% |
| 7 | Ушбу дарс бўйича ўқитувчининг фикри. Талаба билимини баҳолаш ва уни эълон қилиш. | Маълумот | 5% |

**9. Тавсия этилган адабиётлар**

I. **Асосий:**

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.

2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.

3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.

4. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.

5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.

6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.

7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988

8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990

9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998

10. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.

11. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

**II. Қўшимча:**

12. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.

13. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.

14. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.

15. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.

16. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.

17. Торакальная хирургия. Под ред. Л.Н. Бисенкова, С.-Петербург, 2004.