**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: госпитал жаррохлик

# «қизилўнгач 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, трансплантологиякафедраси йиғилишида тасдиқланган. 1-сонли баённомаси, «27» август 2023 й.

**Тема: қизилўнгач КАСАЛЛИКЛАРИ**

**1. Ўқиш машғулотида ўқитиш 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. Дарснинг мазмуни**

**Қизилўнгач касалликлари**

**Анатомик-физиологик маълумотлар**

Қизилўнгач (oesophagus) - ҳалқумни меъданинг кардиал қисми билан туташтириб турадиган ковак аъзо бўлиб, балоғат ёшидаги одамда унинг узунлиги 24-29 см ни ташкил этади. Қизилўнгач деворининг қалинлиги ўрта ҳисобда 3-4 мм атрофида бўлиб, узуксимон тоғайнинг пастки чети, VI бўйин умуртқаси соҳасидан бошланади ва унинг пастки қисми (2-4 см) қорин бўшлиғида жойлашган бўлади.

Қуйидаги маълумотлар амалий аҳамиятга эга: қизилўнгачда учта торайма бўлиб, юқоригиси қизилўнгачнинг кириш қисмида юқори қозиқ тишлар олдинги четидан тахминан 14-15 см масофада, ўрта торайма аорта равоғи ва чап бош бронх соҳасида ва пасткиси диафрагма билан кесишган жойида бўлади.

Қизилўнгач анатомик жиҳатдан уч қисмга бўлинади: бўйин қисми (pars cervicalis) (бошланишдан орқа кўкс оралиғигача кириш қисмигача - 5-6 см), кўкрак қисми (pars thoracalis) - кўкрак қафасидан диафрагмагача - тахминан 17 см) ва қорин қисми (pars abdominalis) - диафрагмадан чиқишдан меъданинг кардиал қисми билан туташгунча - 2-4 см).

Қизилўнгач ўз йўлида қатор аъзолар билан дуч келади ёки уларга анатомик жиҳатдан яқин, қизилўнгачнинг олдинги томонида юқорида трахея туради. Трахея бифуркацияси сатҳида қизилўнгачни чап бронх кесиб ўтади. Пастроқда эса, перикард билан ажратилган ўнг бўлманинг орқа юзаси жойлашади. Диафрагмал тешик орқали ўтишнинг охирида, энди қорин пардаси билан қопланган қизилўгач жигарнинг чап бўлагига тегиб туради.

Қизилўнгач орқасида умуртқа поғонасининг бўйин қисми ва биринчи кўкрак умуртқалари жойлашади. Th10 ёрдамида у кўкрак йўли (ductus thoracicus) ни кесиб ўтади ва умуртқа поғонасидан узоқлашади, қизилўнгач орқасида ичкарида ўнг томонда тоқ вена (v. azygos), чап томонда кўкрак аортаси, улар орасида эса кўкрак йўли жойлашади. Шу йўлда қизилўнгач ўнг бронхиал артерияни, бир неча қовурғалараро артериялар ва веналарни, ҳамда ундан плевра билан ажратилган v. hemiazygosни кесиб ўтади. Қизилўнгач ўнг томонда юқорида трахея билан бекилган. Худди шу ерда ўнг қайтувчи нервнинг тармоғи ўтади. Энг юқори бўлимида у қалқонсимон безнинг ўнг бўлагига тегиб туради.

Чапда қизилўнгач қалқонсимон безнинг чап бўлаги, шу безнинг веналари билан чегараланиб туради. Унга трахео-эзофагеал бурчакдан қизилўнгачнинг олдинги сатҳига ўтадиган чап қайтувчи нерв яқинлашади. Унинг яқинида, чап ўмров ости соҳасида кўкрак йўли жойлашади. Кейинроқ қизилўнгач аорта равоғининг горизонтал қисмига яқинлашади, медиастинал плевра, кардия соҳаси, меъда тубига тегиб туради.

Ўнг адашган нерв қизилўнгачга ўнг бронх билан кесишган сатҳида яқинлашади, бу IV-V кўкрак умуртқаси сатҳига мувофиқ келади ва қизилўнгачнинг орқа юзасида жойлашиб, қорин бўшлиғига киради. Чап адашган нерв қизилўнгачнинг олдинги деворига яқинлашади. Шундай қилиб, қизилўнгач ўзининг бутун йўлида трахея, пастга тушадиган аорта, кўкрак йўли, симпатик чегарадош устуннинг кўкрак қисми, ўпка ва плевра, диафрагма, юқори ковак вена, перикард ва юракнинг орқа юзаси билан анатомик жиҳатдан яқин ёки тегиб туради.

Қизилўнгач бўйин қисми ва кўкрак бўлими бошланишда аорта равоғигача ўрта чизиқдан бирмунча чапда ётади. Кўкрак бўлимининг ўрта қисмида қизилўнгач ўрта чизиқдан бирмунча ўнгга оғади ва диафрагма устида аортадан олдинда ётади. Шундай қилиб, қизилўнгач бўйин бўлимида чапдан кесишга қулай. Кўкрак бўлимининг пастки учдан бир қисмида қизилўнгач пастга тушадиган аорта ва юрак халтаси орасида ётади ва унга чап томонлама трансплеврал йўл билан яқинлашиш осон.

Умуман олганда, қизилўнгачнинг тузилиши бутун меъда-ичак йўлига мувофиқ келади. Девори 4 қаватдан ташкил топади - шилиқ қават (mucosa), шилиқ ости қавати (submucosa), мушак қавати (muscularis) ва ташқи бириктирувчи тўқима пардаси (tunica adwenticia). Қизилўнгачнинг шилиқ пардаси кўп қаватли ясси эпителий бурмаларидан ҳосил бўлган. қизилўнгач кўп қаватли ясси эпителийсининг меъданинг цилиндрсимон эпителийсига ўтиши кескин, тишсимон чизиқ кўринишда юз беради (linea zerrata). Кўпчилик кишиларда у анатомик кардиядан бирмунча юқорида жойлашган.

Қизилўнгачнинг охирги қисмида одатда тахминан 75% ҳолларда қизилўнгачнинг юза ёки кардиал безларини сақлаган меъда шиллиқ пардасининг соҳалари бўлади. Бу безлар меъданинг кардиал безига ўхшаш ва хлорид кислота ишлаб чиқарадиган париетал хужайралар сақлаши мумкин. Меъда цилиндрсимон эпителийсининг эктопик жойлашган оролчалари ва юзаки жойлашган безлар қизилўнгачнинг бирмунча проксимал соҳаларида ҳам учраб туради. қизилўнгач яралари ривожланишида уларга муайян аҳамият берилади.

Шиллиқ ости пардаси (қавати) бириктирувчи тўкима ва эластик толалардан ҳосил бўлган: у ғовак ва ҳаракатчан. Қизилўнгачнинг шиллиқ ости пардасида, айниқса унинг проксимал бўлимида унинг чуқур ёки «хақиқий» безлари жойлашган. Уларнинг умумий миқдори 200 дан ошмайди деб ҳисоблайдилар. Без шиллиқ парда юзасига бурчак остида йўналган йўлларга очилади. Безнинг умумий узунлиги 1 мм дан ошмайди. қизилўнгач девори безлари секрециясини вагус назорат қилиб туради. Унинг секретор толалари таъсирлантирилганда безлар қуюқ шиллиқ чиқара бошлайди, у тобора суюқланиб боради. Бу секрет ҳазм қилиш кучига эга эмас.

Қизилўнгачнинг мушак девори ички доира мушаклар ва ташқи бўйлама толалардан иборат. Улар ўртасида ғовак бириктирувчи тўқима қатлами бўлади, унда йирик томирлар ва нервлар (plexus my entericus) жойлашган. Бўйлама мушак қавати одатда циркуляр қаватдан икки баравар юпқа, қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида мушаклар кўндаланг-тарғил, мушак пардасининг учдан бир пастки қисми силлиқ мушаклардан ташкил топган. Сфинктер аҳамияти бўлган мушак қаватининг қалин қисми қизилўнгачга кириш қисмида ва диафрагмал торайма сатҳида бўлади.

Қизилўнгач ташқи томондан ғовак бириктирувчи тўқима билан ўралган, ундан лимфатик ва қон томирлар, бириктирувчи тўқимадан иборат тортмалар ўтади. Чунончи, қизилўнгачнинг олдинги чап деворини чап бронх асоси билан боғлаб турадиган чап қизилўнгач - бронхиал бойлами, қизилўнгачнинг орқа-чап деворини аорта равоғининг ботиқ юзасига тақаб турадиган қизилўнгач - аортал бойлами ва қизилўнгачнинг дистал бўлимини диафрагмага тақаб турадиган Морозов-Саввин бойлами кабилар фарқ қилинади. Қизилўнгачнинг абдоминал кесиги сероз парда билан қопланган бўлади.

**Қизилўнгачнинг қон билан таъминланиши.** Қизилўнгач артериал қон билан ўмров ости артерияси тармоқларининг юқори қисмида, юқори қовурғалараро ва қалқонсимон без артериясидан, кўкрак қисмида пастки диафрагмал ва чап меъда артериялари тармоқларидан таъминланади. Қизилўнгач артериялари ўзаро кенг анастомоз ҳосил қилади. Бу ҳол шу аъзода операция ўтказишда жуда қўл келади.

Веноз оқим пастки қалқонсимон, перикардиал, орқа кўкс оралиғи ва диафрагмал веналар орқали амалга оширилади. Қон v. v. azygos ва hemiazygos га қуйилади. Қизилўнгач веналари асосан узунасига жойлашган бўлиб, унинг пастки учдан бир қисмида шиллиқ парда ости ва мушак пардаларида меъданинг кардиал қисми шиллиқ пардаси остидаги чигалнинг давоми ҳисобланган мураккаб веноз чигал бўлади. Қон веноз чигалдан қизилўнгач веналари бўйлаб, v. v. azygos ва hemiazygos га ва юқори ковак венага йўналади: бу веналарнинг клапанлари бўлмайди. қизилўнгачнинг қорин қисми веналари меъда веналари ва қопқа вена билан бевосита боғланган. қизилўнгач вена­лари орқали қопқа ва ковак веналар системаси ўртасида анастомоз амалга оширилишини қайд қилиб ўтиш муҳим.

Қизилўнгачнинг лимфатик томирлари меъданинг чуқур лимфатик тугунларига қуйилади. Лимфа қизилўнгачнинг юқори қисмидан трахеал ва трахеобронхиал лимфатик тугунларга, пастки қисмидан кардия тугунларига тушади. Қизилўнгач лимфатик тугунларининг бир қисми бевосита кўкрак йўлига очилади, бунинг қизилўнгач ракининг кейинчалик метастазлар беришида аҳамияти каттадир.

Қизилўнгачни парасимпатик n. vagi тармоқлари ва симпатик нерв системаси (gangl. stellatum нинг толалари, артериал ва кекирдак-хиқилдоқ чигали) орқали иннервация қилади. Иккала системанинг нерв толалари қизилўнгач юзасида чигаллар: ўнг адашган нерв тармоқлари билан чап-орқа қизилўнгач чигалини, чап адашган нерв тармоқлари билан ўнг олдинги қизилўнгач чигалини ҳосил қилади. Улардан қизилўнгач бағрида интрамурал нерв чигалини (мушаклараро, ауэрбах) ва шиллиқ парда ости (Мейснер) чигалини ҳосил қиладиган толалар чиқади. Булар қизилўнгач деворини иннервация қилади.

Қизилўнгачнинг бўйин қисми қайтувчи нервлар, кўкрак қисми ўзаро анастомозланадиган адашган нервлар тармоқлари ва симпатик нерв толаларидан иннервация қилинади. қизилўнгачнинг қуйи қорин нерви (n. splanchicus) дан тармоқлар олади. Ўз-ўзини рефлектор бошқариш интрамурал ва экстрамурал нерв толалари ва чигаллари томонидан амалга оширилади.

**Қизилўнгач фаолияти.** Қизилўнгачнинг физиологик аҳамияти овқатни ҳалқум бўшлиғидан меъдага ўтказиш бўлиб, айрим ҳолларда эса бунинг тескарисини бажаришга (қайт қилиш, кекириш) тўғри келади. Ютиш, қайт қилиш ва физиологик регургитациядан ташқари вақтларда унга халқумдан ҳаво ва меъда-ичаклардан суюқлик тушишининг олдини олиш учун қизилўнгач бўшлиғи иккала томондан чегараланган бўлиши керак. Юзаки қараганда қизилўнгач функцияси жуда оддийга ўхшаб кўринади, ҳақиқатда эса у «жуда мураккаб ва қарама-қаршиликларга тўла» деб ҳисобланади.

Ютишдан ташқари вақтда соғлом одам қизилўнгачида қисқаришлар бўлмайди. Унинг бўшлиғидаги босим кучсиз манфий ва кўкрак қафасидаги босимга ва нафас фазасига боғлиқ, бўлади. Ҳалқум қизилўнгач ва унинг меъдага ўтадиган соҳасида бирмунча юқори босим - юқори ва пастки «ошган босим соҳалари» қайд қилинади. Улар сфинктер вазифасини бажарадиган қизилўнгач бўлимлари мушагининг тоник қисқариши натижасида ҳосил бўлади, деб ҳисоблайдилар. Қизилўнгачнинг асосий вазифаси ютишни таъминлаб беришдан иборат.

Ютиш жараёни одатда 3 фазага бўлинади. 1 - фазасида чайналган ва юмшаб қолган овқат тил устига сурилади ва унинг мушаклари томонидан тил асосига юмалатилади. Мушаклар қисқариши натижасида оғизнинг орқа қисмида, ҳалқумда ва оғизнинг юқори қисмида босим манфий бўлади. Овқат луқмаси Васильев рефлекс соҳасини (тил асоси, орқа ёйчалар, деворлари) таъсирлантириб, ҳалқум мушакларини қискартиради (ютишнинг иккинчи фазаси). Ютишнинг соф рефлектор 2-фазасида овқат ҳалқумдан ўтади. Ютишнинг 3-фазаси бошланишида ҳалқум бўшлиғига бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиғига ва ҳиқилдоқдан ҳоли бўлади ва овқат луқмаси сурилиши учун фақат бир йўналиш қизилўнгач қолади. Ҳалқумни қисадиган мушаклар қаттиқ қисқариб овқат луқмаси қизилўнгачга йўналади.

Овқатнинг қизилўнгач бўйлаб сурилиши 3 омилга боғлиқ:

1. Овқат қизилўнгачга катта босим остида тушади.

2. Овқатнинг оғирлик кучи.

3. Қизилўнгач перистальтикаси.

Суюқлик ёки қаттиқ овқат ютилишида, шунингдек одам вазиятига боғлиқ ҳолда овқат луқмасининг сурилишида уччала омил қатнашади. Сув перистальтик тўлқиндан илгарилаб ўтиб, қизилўнгач орқали тез сурилади ва ютишдан 1-3 секунд ўтиши билан меъдага етиб боради. Шунинг учун қизилўнгач кимёвий моддалардан куйганда, масалан, ўювчи ишқор ютиб юборилганда, шиллиқ парда бир хил зарарланмайди. Қаттиқроқ овқат луқмаси ютилаётганда у асосан қизилўнгач деворларининг перистальтик ҳаракатлари туфайли ҳаракат қилади. Бунда қизилўнгачнинг луқмадан юқори қисми қисқаради, пастки қисми эса бўшашади. Овқатнинг қизилўнгач орқали ўтишига 6-8 (15 гача) секунд керак. Перистальтик тўлқин берадиган босим сув устуни ҳисобида 20-140 см (ўрта ҳисобда сув устуни ҳисобида 40-80 см) ва овқат луқмасининг катта-кичиклигига боғлиқ эмас.

Ютиш жараёни мураккаб рефлектор жароён ҳисобланади. Ютиш аввалига ихтиёрий бош мия пўстлоғи таъсири остида содир бўлади. Овқат танглай ёйчалари орқасига тушганда (ютишнинг II ва III фазалари) ютиш беихтиёр, рефлектор бўлиб қолади, ҳатто уйқу ва ҳушсиз ҳолатда ҳам содир бўлади. Ютиш рефлексининг эффектив нервлари бўлиб, тил мушаклари учун n. hypoglosus тармоқлари, n. trigemeni нинг 3 тармоғи m. mylohioideus учун, n. glossopharyngeus нинг ҳалқум тармоғи, ҳалқум ҳамда қизилўнгач мушаклари учун n. vagus нинг ҳалқум ва қизилўнгач тармоқлари ҳисобланади. Ютиш маркази кўприкда ва узунчоқ мияда жойлашган. Бирмунча чегараланган манзили n. vagus ядросига яқин жойда бўлади.

Меъда суюқлигининг қизилўнгачга тушишига тўсқинлик қиладиган физиологик механизмлар (регургитация ва рефлюкс) сўнгги вақтларгача ўрганиб чиқилмаган. Кўп сонли тажрибалар қизилўнгач -меъда бирикадиган соҳанинг “бир томонлама ўтказувчанлиги” борлигини кўрсатди. Кардиянинг ёпқич механизмини ўрганишга катта аҳамият берилади. Унинг физиологик функциясининг бузилиши кўп касалликларда (кардия ахалазияси, пептик эзофагит, диафрагма-қизилўнгач тешиги чурраси) кузатилади ва қизилўнгач патологиясининг каттагина қисмини ташкил қилади.

**Умумий симптоматологияси**

Ютиш фаолияти бузилиши, ёқимсиз сезгилар, овқат ютиш вақтида пайдо бўладиган оғриқлар қизилўнгач зарарланганидан далолат берадиган энг муҳим шикоятлардан ҳисобланади.

Дисфагия (ютишнинг бузилиши) - ютиниш ҳаракатини бажара олмаслик, ҳалқумда ва қизилўнгач бўйлаб овқат луқмаси ҳаракатининг бузилиши, шунингдек бу аъзоларда овқат тутилиб қолиши билан боғлиқ ёқимсиз сезгилар. Дисфагия оғриқ билан ўтиши мумкин - disphagia dolorosa ютишда оғриқ одатда зарарланган сатҳда сезилади, у орқага, бўйинтуруқ венага ҳам ўтиши эҳтимол.

Кўпчилик беморлар овқат луқмаси қаерда тутилиб қолаётганини аниқ айтиб бера оладилар. Бироқ бу сезги қатор ҳолларда одатда хақиқий тутилиб қоладиган жойдан бирмунча юқорида босилиш, қисилиш сезгиси сифатида ўтади. Ютиш бошланишидан тутилиш сезгиси пайдо бўлгунча ўтган секундлар билан ҳисобланадиган вақт қизилўнгачнинг хақиқий зарарланган жойини аниқлашга ёрдам беради. Ютилгандан кейин 1-1,5 секунд ўтгач овқат луқмаси қизилўнгачнинг бўйин бўлимида бўлади, кейинги *5*-6 секундда қизилўнгачдан ўтади ва ютиш бошлангандан 6- 8 секунд кейин меъдага тушади.

Дисфагияда қизилўнгачнинг органик зарарланиши (рак, стенозлар ва б.) натижасида биринчи навбатда қаттиқ овқат (нон, олма, гўшт бўлаги ва б.) тутилиб қолади. Устидан сув ичиб юбориш кўпинча енгиллик беради. Функционал дисфагияда (эзофагоспазм оқибатида) суюқлик, айниқса жуда иссиқ ёки совуқ суюқлик ичилганда аксарият қийинчиликлар пайдо бўлади. Жуда қуруқ овқат ёки катта бўлакларни ютиш соппа-соғ одамларда дисфагия келтириб чиқариши мумкин. Дисфагия доимий ёки ўзгариб турадиган бўлади. Доимий дисфагия қизилўнгач бўшлиғини янада торайишга олиб келадиган органик касалликларда кузатилади. Ўзгариб турадиган дисфагия эзофагоспазмга боғлиқ.

Тўш орқасида босим, тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш вақтида пайдо бўлади ва аксарият кардия ахалазиясида кузатилади. Босим ёки тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш бошланган вақтда пайдо бўлган ҳолларда врач бу симптомга айниқса диққат-эҳтиборини қаратиши зарур. Одатда бу жиддий касаллик белгиси (қизилўнгач раки, меъданинг скирри, кардия ахалазияси ва б.) ҳисобланади. Уни иштаҳа пасайиб кетгандаги тез тўйиб қолиш белгиси деб ўйламаслик керак.

**Оғриқ** (dolor). Қизилўнгач касаллигига учраган кўпгина беморлар оғриқдан шикоят қиладилар. Одатда у тўш орқасида ўрта чизиқ, бўйлаб зарарланиш соҳасига тахминан мос келадиган жойда бўлади, бироқ у ўнг томондан орқага ва тўшдан чап томонга берилиши ҳам мумкин. Оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ бўлиши ва ютинишнинг бузилиши билан ўтиши мумкин (рак, стеноз, дискинезияда). Кўпинча бундай ҳолларда атайин қайт қилиш бемор аҳволини енгиллаштиради.

Кардия раки ва ахалазияси бўлган беморларда спонтан (ўз-ўзидан бўладиган) оғриқлар бўлади. Улар оғриқ кризлари характерини олиши мумкин. Одатда «оғриқ кризлари» касалликнинг бирмунча илк даврида, аксарият тунда бошланади. Оғриқлар жуда қаттиқ бўлади, орқага, қизилўнгач бўйлаб юқорига, бўйинга, жағга ўтади, бир неча минутдан бир неча соатгача давом қилади. Кризлар ойига 1-3 марта, камдан-кам ҳолларда бундан кўпроқ пайдо бўлади.

**Кекириш** (eructatio). Ҳаво ва овқат билан кекириш фарқ қилинади. Кекириш пайдо бўлишида меъда мушаги қисқариши билан бир қаторда кардиал сфинктер тонусининг пасайиб кетиши асосий аҳамиятга эга. Кўп овқат ейиш ёки газ қўшилган ичимликлар ичишдан сўнг соппа-соғ одамларда ҳаво билан кекириш физиологик ҳодиса ҳисобланади. Бундай сабабларсиз пайдо бўладиган ва беморларни безовта қиладиган тез-тез ва қаттиқ кекириш кўп касалликларда кузатилади. Овқат қизилўнгачда ёки дивертикулда туриб қолганда, рак стенозида, мегаэзофагусда кекирганда қўланса ҳид келади.

**Қизилўнгачдан қусиш** (regurgitatio). Қизилўнгачдан қусиш овқат билан кекиришга яқин. Бундай қусишдан олдин кўнгил айниши кузатилмайди, унда одатда қорин бўшлиғи ва меъда мушаги қисқармайди, овқат кенгайиб ва тўлиб кетган қизилўнгачдан унинг деворлари спастик қисқариши натижасида оғизга отилиб чиқади.

Қизилўнгачдан қайт қилиш:

1) қизилўнгачда овқат тутилиб ва йиғилиб қолиши билан ўтадиган касалликларда - стеноз, қизилўнгач раки, кардия ахалазиясида;

2) қизилўнгач дискинезиясининг айрим турларида кузатилади.

Қаттиқ ҳиқичоқ тутиши қизилўнгач ракида, камроқ ҳолларда қизилўнгач тешиги чурраларида кузатилиши мумкин.

Қизилўнгач касалликлари (рак, камроқ дивертикуллар, ахалазия) бўлган талайгина беморлар оғиздаги ёқимсиз таъм ва иштаҳа йўқлигидан нолийдилар.

Қизилўнгачдан қип-қизил рангли қон оқиши мумкин, бу ҳодиса қизилўнгач ракида, веналари варикоз кенгайганда кузатилади.

Овқатланишнинг бузилиши оқибатида ҳолдан тойиш қизилўнгач анчагина торайганда (рак, стенозлар, кардия ахалазияси ва б.) учрайди. қизилўнгач ракида ҳолдан тойиб ориқлаб кетишга рак интоксикацияси ва беморларда иштаҳа пасайиб кетиши сабаб бўлади.

**Қизилўнгачни рентгенологик текшириш усуллари.** У ҳар хил ҳолатларда рентгеноскопия ва рентгенография қилишдан, қатор ҳолларда эса қўшимча текшириш усуллари: рентгенокимография, томография, қизилўнгачни контрастлаш билан пневмомедиастинография қилишдан иборат.

Контраст аралашма билан тўлдирилган қизилўнгачни беморни қия вазиятларда текширишдан бошланади, чунки тўғри вазиятда рентген нурлари сагиттал йўналганда қизилўнгач умуртқа поғонаси, тўш суяги ва юрак-томирлар дастаси сояси орқасида яширинган бўлади.

Қизилўнгач шиллиқ пардаси пневморельефи манзарасини олиш учун бемор барий аралашмасини кичик-кичик қултумлар билан тўхтамасдан ичиши керак. Барий аралашмаси билан у кўп миқдорда ҳаво ютади ва шиллиқ парданинг қўшалоқ контрастли манзараси вужудга келади.

Эзофагоскопия қизилўнгач деворини кўздан кечиришга имкон берадиган жуда қимматли усул ҳисобланади, у кўрсатмалар бўлганда эса гистологик текшириш учун тўқима бўлакчасини олиш (биопсия) ва айрим зарур хирургик операцияларни бажаришга шароит ҳозирлайди.

Замонавий эзофагоскоп ёки бронхоэзофагоскоп қизилўнгач ва нафас йўлларини кўздан кечириш учун чиқариладиган асбоблар (бир-бирига ўхшашлигидан одатда бронхоэзофагоскоп номи остида бирлашган комплекслар чиқарилади). Металлдан ясалган кўриш найи, ёритгич мосламаси ва операцион асбоблар йиғиндиси (ёт жисмларни олиб ташлаш ва биопсия учун ҳар хил омбурлар, зондлар, операцион қовузлоқлар, электр коагуляторлар, металл ёт жисмларни чиқариш учун махсус электр магнитлар ва бошқалар) дан ташкил топган.

Сўнгги йилларда эгилувчан эзофагоскоп-фиброскопларнинг янги моделлари ишлаб чиқилмоқда. Фиброскоплар диаг­ностик эзофагоскопия ўтказишни енгиллаштиради ва қизилўнгачга эгилмайдиган узун металл найча киритиш билан борлиқ хавф-хатарни маълум даражада бартараф этишга имкон беради.

**Биопсия** - гистологик текшириш учун тўқима бўлакчаларини кесиб олиш - одатда эзофагоскопия вақтида қизилўнгач ракига гумон қилинган ҳолларда ўтказилади. Қизилўнгач ракини аниқлашда қизилўнгач ювиндиси ёки қирмаси ва шубҳали қисмини цитологик текшириш катта ёрдам кўрсатади. Бу усул етарли даражада аниқ маълумотлар беради. Турли муаллифларнинг фикрича, текширишнинг ижобий натижалари қизилўнгач раки билан касалланган беморларнинг 70-95 фоизида қайд қилинади. Цитологик тек­шириш учун материал олиш техникаси оддий ва бемор учун ҳеч қандай хавф-хатар туғдирмайди.

**Эзофаготонокимографик текшириш.** Қизилўнгач қисқаришларини, унинг ички босимини ва девори тонусини ёзиб олиш - эзофаготонокимо-графия дейилади, бунда олинадиган эгри чизиқлар эса эзофаготонокимо-грамма деб аталади.

Кўпинча эзофаготонокимографияни учига мўъжазгина баллончалар маҳкамлаб қўйилган кўп каналли зонд ёрдамида ўтказилади. Зондни қизилўнгачга юборилади, унинг эркин учини қайд қиладиган аппаратурага уланади.

Қизилўнгач функционал ҳолатининг энг муҳим кўрсаткичларидан бири қизилўнгач ичидаги «тинчлик босими», яъни унда актив қисқаришлар йўқлиги ҳисобланади. Нормада ҳалқумдаги босим тахминан атмосфера босимига тенг, ҳалқум билан қизилўнгач чегарасида (ҳалқум-қизилўнгач сфинктерига мос келади) турли-туман маълумотларга кўpa атмосфера босимидан симоб устуни ҳисобида 30-80 мм ошади (бу қизилўнгачдаги ошган босимнинг юқори соҳаси номини олган), қизилўнгачнинг ўзида, айниқса. унинг кўкрак бўлимида суст манфий (симоб устуни ҳисобида 2 дан 10 мм гача), қизилўнгач - меъда (кардиал) физиологик сфинктери соҳасида эса у яна ошган ва симоб устуни ҳисобида 8-35 мм га етади - бу ошган босимнинг қуйи соҳаси дейилади.

**Фармакодиагностика.** Қизилўнгач касаллиги - диагностикада нисбатан янги, бироқ истиқболли йўналиш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда қизилўнгач касалликларини аниқлаш учун нитратлар (препаратлар) ва холиномиметиклар билан синамалар қўлланилади. Нитропрепаратлар (нитроглицерин, амилнитрит) қизилўнгачнинг функционал ва органик стенозлари, биринчи навбатда кардия ахалазияси ва кардиоэзофагиал ракни дифференциал диагностика қилиш учун ишлатилади.

Беморни рентген экрани орқасида текшириш вақтида қизилўнгачда барий аралашмаси тутилиб қолиши билан ўтадиган қизилўнгач кардиал сегментининг барқарор торайганлигини аниқлангандан кейин беморга тил остига 1-2 таблетка нитроглицерин ташлаш ва уларни шимиш ёки дока салфеткада синдирилган ампуладаги амилнитрит буғларини бир неча секунд ичида нафасга олиш таклиф қилинади. Қизилўнгач бу препаратлар таъсири остида функционал торайганда торайган қисмлар тонуси пасаяди ва қизилўнгач ўтказувчанлиги тўлиқ ёки қисман тикланади. Органик стенозда бундай натижа кузатилмайди.

**Меъда-қизилўнгач рефлюксини зондлаш йўли билан аниклаш:**

1. Метилен кўки билан синама ўтказиш. Меъдага дуоденал зонд орқали метилен кўки эритмаси юборилади (уй ҳароратидаги 300 мл қайнаган сувга 2% ли эритмасидан 3 томчи). Сўнгра зонд тортиб олинади ва унинг дистал учи кардия юқорисида турадиган ҳолатда ўрнатилади ва эҳтиёт чоралар остида шприц билан зонд орқали қизилўнгач суюқлигини тортиб олинади. Бунда бўялган суюқликнинг пайдо бўлиши рефлюкс борлигидан далолат беради.

2. Қизилўнгач суюклигида рН ни аниқлаш.

**Қизилўнгачнинг шикастланиши**

Таснифлаш:

1. Ички (ёпиқ) - шиллиқ қаватнинг шикастланиши.
2. Ташқи (очиқ), бириктирувчи тўқима мембранаси ёки қорин парда томондан. Қоида тариқасида, улар бўйиннинг, кўкракнинг ва қориннинг шикастланиши билан тананинг терисига шикаст этказиш билан бирга келади.

Этиологик омиллар:

- Ятроген-диагностик ва даволаш чоралари (ЭГДФС, кардиодилация ва назогастрал ошқозон-ичак зондлаш), трахеостомия, трахея интубацияси.

- Кўкрак, бўйин ва қорин бўшлиғи аъзоларида оператсиялар пайтида қизилўнгачнинг шикастланиши.

- хорижий органлар.

- қизилўнгач деворининг тешилишига олиб келадиган касалликлар (ўсмалар, яралар, кимёвий куйишлар ва бошқалар).

Қизилўнгачнинг ёрилиши кўпинча қусиш, ҳолдан тойиш ва йуталишдан кейин рўй беради: Мэлори-Вейс синдроми қизилўнгач шиллиқ қаватининг ёрилиши бўлиб, у қусишнинг кучли ҳужумидан кейин қон кетиш билан намоён бўлади. 10% ҳолларда жарроҳлик аралашув талаб этилади; қизилўнгачнинг ўз-ўзидан ёрилиши (Бурҳаве синдроми), одатда, қизилўнгачнинг ошқозонга тушадиган қисмида жойлашган. Ташхис чап медиастинумда ҳаво борлиги билан тасдиқланади. Шошилинч жарроҳлик аралашуви кўрсатилади.

Тананинг ёпиқ шикастланиши билан қизилўнгачнинг ёрилиши.

Қизилўнгачнинг тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган шикастланишини ажратинг. Тўлиқ бўлмаган шикастланиш бу бир ёки бир нечта мембрананинг ёрилиши, аммо органнинг бутун қалинлиги эмас.

Тўлиқ зарар - бу орган деворининг бутун чуқурлигига. Сервикал минтақада локализатсия қилинганида, бўйиннинг яқин ёки қизилўнгач йирингли-некротик флегмонаси ривожланади; торакал минтақада - медиастинит, ва плевра зарарланганда - плеврит, перикард - перикардит, қорин бўшлиғида - перитонит.

Клиника:

1. Қизилўнгач бўйлаб оғриқ.

2. Қизилўнгачда бегона жисмни сезиш.

3. Гиперсаливация.

4. Қонли қусиш.

5. Тери ости эмфиземаси.

6. Яра орқали тупурик чиқарилиши.

Диагностика. Рентген текшируви: текис рентгенография (кукрак ёки бўйни эмфиземаси, гидропневмоторакс, пневмоперитонеум).

Контрастли рентгенография (орқа, ён, қорин бўшлиғида) - нуқсоннинг ўлчамини ва унинг локализациясини аниқлаш. ЭГДФС умумий беҳушлик остида.



Расм 3. Ёрилган қизилўнгач - фронтал проектсиядаги кўкрак қафаси рентгенограммаси. Ҳавонинг тўпланиши кўринади.



Расм 4. Ёрилган қизилўнгач – ЭГДФС

Даволаш. Консерватив: энтерал овқатланишни тўлиқ йуқ қилиш, гомеостаз касалликларини дори-дармон билан тузатиш, мақсадли антибиотикли терапия. Жарроҳлик: нуқсонни бартараф этиш.

Радикал операциялар: қизилўнгач деворидаги нуқсонни бартараф этиш ва қизилўнгач тўқимасини дренажлаш.

Паллиатив операциялар: шикастланиш даражасига қараб, флегмонани дренажлаш амалга оширилади: бачадон бўйни ва юқори торакал минтақаларда Т4-Т5 - цервикал латерал медиастинотомия. Кўкрак қафаси қизилўнгачининг пастки учида пастки трансабдоминал медиастинотомия. Беморнинг овқатланишини енгиллаштириш учун операциядан кейинги даврда гастростомия амалга оширилади.

**Қизилўнгачнинг куйиши**

Қизилўнгач куйиши (Oesophagitis corrosiva) ўз жонига суиқасд қилиш ҳолларида юз беради. Ф. Н. Доронин кузатувларида қизилўнгачи куйган 217 нафар бемордан 116 нафари 5 ёшгача бўлган. қизилўнгачнинг ўювчи ишқор, кучли кислота, камроқ фенол, лизол, йод, сулема ва бошқа баъзи бир моддалардан куйиб қолиш ҳоллари кўпроқ учрайди. Сўнгги вақтларда хонадонларда каустик сода кам ишлатила бошлангани муносабати билан бу моддадан тасодифан куйишлар сони камайиб кетди, бироқ айрим жойларда у ҳали ҳам учраб туради. Чунончи, А. И. Сержанин кузатувларига кўра қизилўнгач куйишидан даволанган 115 нафар одамдан 85 фоизида у каустик содани палапартиш ҳолда сақлаш (винодан бўшаган шишаларда, пиёла ва стаканларда) оқибатида уни ичиб қўйиш сабабли куйиш содир бўлган.

Кўпгина муаллифларнинг маълумотлари бўйича сўнгги йилларда қизилўнгачнинг сирка кислота (эссенция)дан куйиб қолиш сони бирмунча кўпайди. Кучли кислота ичиб қўйилганда энг кўп ўзгаришлар қизилўнгачда, ўювчи ишқор ичиб қўйилганда эса меъдада озроқ ўзгаришлар пайдо бўлади деб ҳисобланади (чунки меьда шиллиқ пардаси кислоталар таъсирига маълум даражада чидамли бўлади). Бошқа омилларнинг ҳам аҳамияти бор: ичилган кимёвий модда миқдори, меъдада овқат борлиги ва х.к. Одатда куйишдан кейин стенозлар қолган беморларда оғиз ва халқум шиллиқ, пардасида ҳам тегишли ўзгаришлар кузатилади.

Қизилўнгач кардиал сфинктери устидаги дистал бўлим, ҳалқум-қизилўн-гач бириккан соҳадаги проксимал бўлим, шунингдек бифуркация сатҳи энг қаттиқ зарар кўради. қизилунгач шиллиқ пардасидаги қаттиқ таъсиротга жавобан қизилўнгач деворлари спазмга учраши натижасида ўювчи мода-нинг туриб колиши қизилўнгач дистал бўлимининг бирмунча жиддий зарарланишига олиб келади.

Ишқорлардан заҳарланишда қизилўнгачда энг оғир ўзгаришлар юз беради, деб ҳисоблайдилар, чунки буларда кислоталар-дан куйишдан фарқли равишда қорақўтирнинг эриб кетиши содир бўлади.

**Патологик анатомияси.** Зарарланиш даражаси заҳарнинг миқдори ва концентрациясига боғлиқ. Рефлекс тарзида тезда қайт қилиш туфайли ютилган суюқлик миқдори одатда унчалик мўл бўлмайди, бироқ оғиз, қизилўнгач ва меъданинг қаттиқ куйиб қолиши содир бўлиши учун бир неча томчи кучли кислота ёки ишқор кифоя қилади.

Шиллиқ парда гиперемияси ва шишдан кейин тезда қизилўнгач девори некрози содир бўлади. Некрозланган қисмлар майда-майда зарралар ва йирик бўлаклар ҳолида куйган тўқимадан кўчиб туша бошлайди. Айрим ҳолларда яра ҳосил бўлиши юза, бошқа ҳолларда чуқур бўлади. Шиллиқ парданинг юза зарарланишлари бирмунча тез эпителийланади. Чуқур зарарланишлари эса грануляция ва бириктирувчи тўқима ҳосил қилиб битади, яраланиш 8-10 кунгача сақланиб қолади.

Яралар жуда секин битади. Ривожланаётган бириктирувчи тўқима аста-секин (2-6 ой ичида) чандиқ (ямоқ) ҳосил қилади ва бужмаяди. Агар шикастланиш шиллиқ парда билангина чегараланиб қолган бўлса, қизилўнгач бўшлиғи тораймаган ҳолда юза чандиқ ҳосил бўлади. Шиллиқ парда ости қавати ва мушак қавати зарарланганда склерозланган, жуда зич (Ван Геккер бўйича қадоқсимон бужмайиш), чуқур чандиқли тўқима ҳосил бўлади. Чандиқнинг ички юзаси нотекис, рангсиз, баъзан яра чақаси бор. Чандиқли тўқиманинг бужмайиши бир неча ҳафтага чўзилади.

 Қизилўнгачнинг чандиқли ўзгаришлари, одатда, физиологик тораймалар сатҳида: аксарият ўрта (бронх-аортал) торайиш соҳасида, сўнrpa қизилўнгачга кириш қисмида ёки диафрагмал тешик соҳасида ҳосил бўлади.

Шундай қилиб, куйишда патологик ўзгаришларнинг шартли равишда 4 босқичини фарқ қилиш мумкин: 1) шиллиқ парда гиперемияси ва шиши; 2) некроз ва яра ҳосил бўлиши; 3) грануляция; 4) чандиқланиш.

**Клиник манзараси.** Беморлар айниқса кислота ичиб қўйганларида кучли азобга дучор бўладилар. Ўювчи ишқор ёки кислота ичилган оғир ҳолларда оғиз бўшлиғи, ҳалқумда, тўш орқасида ёки эпигастрал сохада қаттиқ ачишиш ва кучли оғриқ пайдо бўлади. Лаблар шишиб кетади, бемор рангги бўзаради. Брадикардия юзага келади. Шок, ҳушдан кетиш ва ўлим юз беради. Агар 1 - 2 кун ичида ўлим содир бўлмаса, ҳиқилдоқ шишиши, шиллиқ ва қон аралаш ёки шиллиқ парда бўлакчаларини қусиш сабабли оғир нафас қисиши юзага келади. Лаблар ва оғиз бўшлиғи шишган, қонаб туради. Ҳарорат кўтарилади. Ютиниб бўлмайди. қизилўнгач тешилиши сабабли қон оқади, ўткир медиастинит белгилари пайдо бўлади. Ўлим 3-4 кун ўтгач содир бўлиши эҳтимол.

Ўртача оғирликдаги кечиш ҳолларида бир неча кунлардан кейин оғриқ камаяди, бироқ ютиниш қийинлашганича қолади, кўп сўлак ажралади ёки сўлак ва қизилўнгач шиллиқ пардаси бўлакчалари қайт қилинади. 10-20 кундан кейин бемор суюқликни аста-секин юта оладиган бўлиб қолади, қизилўнгач спазмлари келтириб чиқарган дисфагия камаяди. Эзофагоскопияда пардалар билан қопланган, баъзи жойларида эрозияси, кейинроқ чандиқли ўзгаришлари бўлган шиллиқ парда шиши кўриниб туради. Аста-секин бемор бемалол юта оладиган бўлади, бироқ бир неча ҳафта ўтгач яна дисфагия пайдо бўлади ва у қизилўнгачнинг чандиқли торайиши юз берганда янада кучаяди: аввалига қаттиқ, сўнгра эса суюқ овқатнинг ҳам ўтиши қийинлашади. Бу дисфагия мўл сўлак ажралиши ва қизилўнгачдан қусиш билан ўтади. Қизилўнгачдан қусиш аввалига овқат ейиш вақтида, кейин бевосита овқатдан кейин ҳам юз беради. Касалликнинг кечиккан муддатларида қизилўнгачнинг аста-секин кенгайиши натижасида торайган жойдан юқорида қизилўнгачдан қусиш кўпроқ бўлади. Оч қолиш оқибатида беморнинг умумий аҳволи ночорлашади: бемор ниҳоятда озиб кетади, доимий очлик сезгисига азоб берадиган ташналик ҳам қўшилади. Шундай қилиб, қизилўнгачнинг куйиши 3 даврга бўлинади:

1) ўткир давр - шиллиқ пардада қизариш, шиш ва яра пайдо бўлиш вақтида; бу даврда кучли оғриқ сабабли ютиш мумкин бўлмай қолади;

2) ўртача ўткир - грануляция даври; бемор ичиш ва овқат ейиш имкониятига эга бўлади, бироқ ютиш оғриқ билан ўтиши мумкин;

3) сурункали - қизилўнгачнинг тобора торайиши, дисфагиянинг қайтала-ниши, озиб кетиш даври.

Рентгенологик текшириш. Камдан-кам рентгенологик текшириш объекти бўладиган қизилўнгачнинг янги куйиш ҳолларида шиллиқ парда бурмалари шишини ва локал спазмларни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бирмунча кечиккан муддатларда рентгенологик текширишда торайиш бўлган жойни, даражасини, контурларини аниқ билиб олса бўлади.

Эзофагоскопия. Ҳалқасимон (энг кўп учрайдиган формаси) торайишда рангги ўраб турган шиллиқ пардага қараганда очроқ фиброз ҳалқа топилади. Торайган бўшлиқ одатда марказда жойлашган ва кўпинча юлдузсимон шаклдаги чандиқ билан ўралган. Баъзан торайиш клапан шаклида бўлади. Айрим ҳолларда куйишдан кейинги стенозларни рак стенозларидан фарқ қилиш қийин бўлади. Торайиш соҳаси тепасида қизилўнгачнинг озми-кўпми кенгайганлиги хавфли эмаслигидан далолат беради.

Кечиши ва асорати. Ўювчи ишқорлардан оғир заҳарланишларда бемор-лар интоксикация, шок, қизилўнгач перфорацияси, йирингли асоратлар ривожланиши ва бошқа сабаблардан нобуд бўладилар. Қизилўнгач- меъдадан оғир қон кетиш ҳоллари асоратлар сифатида кузатилиши мум­кин. Камдан-кам ҳолларда, одатда ишқорлардан куйишда, қизилўнгач - бронхиал оқма яралар пайдо бўлади. Қизилўнгачнинг кимёвий моддалардан куйишида аксарият хирургик даволашни талаб қиладиган унинг чандиқли торайиши энг кўп учрайдиган асорат ҳисобланади. Қизилўнгач торайиши беморларнинг анчагина ҳолсизланишига олиб келади. Айрим ҳолларда медиастинит, ўпка ва плевра йирингли жараёнлари каби асоратлар пайдо бўлади.

Диагнози. Диагностикаси унчалик қийинчиликлар туғдирмайди. Анамнез ва йўқолмайдиган дисфагия рентгенологик текшириш ва эзофаго-скопия билан аниқланадиган қизилўнгач торайишининг етарли белгиларидан ҳисобланади.

**Даволаш ва профилактикаси.** Шошилинч муолажа: тезлик билан касалхонага ётқизиш, морфин инъекцияси ва суюқлик киритиш ҳамда меъдани ювиш учун мўл қилиб мой суртилган меъда зонди киритишдан иборат. Ишқорлар билан заҳарланишда суюлтирилган сирка кислота эритмаси ёки ўсимлик мойи билан, кислоталардан заҳарланишда сода эритмаси билан ювилади. Шубҳали ҳолларда меъда сут ёки буфер эритмалари билан ювилади. Зонд киритишдан аввал кимёвий модда табиатига кўра сода, сирка кислота ёки сутни кўп миқдорда ичиш буюрилади. Нейтраллайдиган модда киритиш заҳарланишдан кейин дастлабки 4 соат ичидагина мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Дастлабки кунлари ҳиқилдоқ шишиши, шок, аспирацион зотилжам, периэзофагит, медиастинит, буйрак зарарланиши, ацидоз сабабли дегидратация ёки кома сингари асоратларни даволанади.

Профилактика мақсадида антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, неомицин) парентерал юборилади. Агар бемор 3 кун ичида суюқлик ича олмаса, гастростомия қилиш буюрилади. Оғир дисфагияда суткасига 2-3 л глю­коза эритмаси ёки 0,85% ли NaCl эритмаси тайинланади. Соғайиш даврида 1-2 хафта ўтгач рентгенологик текширув ўтказиш қизилўнгачнинг бошланиб келаётган торайишини аниқлашга имкон беради.

Кимёвий куйишдан кейин қизилўнгач стриктурасини даволашнинг асосий усули бужлаш ҳисобланади, бу усул 90-95 фоиз беморларнинг соғайиб кетишига олиб келади. Куйишнинг 9-11-кунидан бошлаб бужлашга тури бўйича, кечикиб бужлаш қизилўнгачнинг ривожланиб бўлган торайишини кенгайтириш мақсадида ўтказилади. Бужлаш 7-ҳафтадан бошланади. Бужлашни қизилўнгачнинг куйишдан кейин стриктуралари қолган ҳамма беморларда торайган жой орқали металл ўтказгич киритиш мумкин бўлган ҳолларда ўтказилади.

Бужлашга монелик қиладиган ҳоллар: медиастинит, қизилўнгач – бронхиал оқма яраси. Барқарор клиник натижа олиш учун бужлаш билан даволашни бир неча ҳафталар ва хатто ойлар мобайнида ўтказиш зарур бўлади ва қуйидагилар қўлланилади: 1) оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш; 2) қизилўнгачни рентген контраст ковак пластмасса бужлар билан бужлаш; 3) эзофагоскоп назорати остида бужлаш; 4) «тўхтовсиз бужлаш» тамойили бўйича бужлаш; *5)* ретроград бужлаш.

Оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш қизилўнгачнинг юқори ва ўрта кўкрак бўлимларидаги унча катта бўлмаган бармоқсимон стриктураларида қилиниши лозим. Даволаш махсус бужлар йиғиндиси ёрдамида ўтказилади. Агар буж осон ўтса, кейинги гал рақамига қараб йўғонроқ буж киритилади.

Бужлаш усули металл ўтказгичлар ва рентгенконтраст ковак бужлар қўлланилганда такомиллаштирилган. У стриктура йўлини ва бужнинг қизилўнгач бўйича сурилишини аниқлаш учун рентгенологик назорат қилиш имконини беради, бу ҳол муолажа самарадорлигини оширади ва қизилўнгачнинг тешилиш хавфини камайтиради. Эзофагоскоп назорати остида бужлаш ўтказгични киритиш қийинлашган эксцентрик жойлашган стриктурада, буралган торайиш каналида, рўй-рост супрастенотик кенгайишда бажарилиши керак.

«Тўхтовсиз бужлаш» найсимон, буралма ёки кўп сонли стриктуралари бор беморларда гастростома орқали қўлланилади. Оғиз орқали киритилган ва гастростома орқали киритилган ипак ипга турли хил диаметрдаги резина найчалар маҳкамланади. Уларни тўғрилаб, торайган қисм орқали ўтказилади ва бир неча соатча қолдирилади. Гастростома орқали ретроград бужлаш хавфсизроқ ҳисобланади ва беморлар уларни осонроқ, кўтарадилар.

Айрим беморларда эзофагит ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. қизилўнгач тешилиши ва медиастини ривожланиши бужлашнинг хавфли асорати ҳисобланади.

Қизилўнгачнинг чандиқли стриктураларида операцияга кўрсатмалар:

1) қизилўнгач бўшлиғининг тўлиқ, облитерацияси (бекилиб қолиши); 2) стриктура орқали буж ўтказишга бир неча марта муваффақиятсиз уриниш-лар; 3) такрорий бужлашдан кейин чандиқли стриктураларнинг тез қайталаниб туриши; 4) трахея ёки бронх билан қизилўнгач оқма яралари борлиги; 5) бужлашда қизилўнгачнинг такрорий тешилиши.

Бемор жуда озиб кетганда даволашнинг биринчи босқичи сифатида унга гастростома қўйилади. Операция усулини танлашда беморнинг ёши ва умумий холати, қизилўнгачнинг торайган жойи ва унинг қанча соҳани эгаллагани ҳисобга олинади. Кўпчилик беморларда бир босқичли пластик операциялар ўтказилади. Кўп босқичли пластикани эса, ҳолсизланган беморларда бажарилади. Сегментар стриктураларда қизилўнгачда ҳар турли қисман пластик операциялар қилинади. қизилўнгачнинг қуйи қисми ёки кардияси зарарланганда қуйидагилар: четки қизилўнгач - меъда анастомози қўйиш, зарарланган қисмни резекция қилиш ва уни меъданинг катта эгрилигидан ҳосил қилинган найча, ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантат билан алмаштириш қўлланилади. Ҳалқум, қизилўнгачнинг буйин ёки бўйин-кўкрак бўлими зарарланганда проксимал қисман пластика бажарилади. Ингичка ва йўғон ичаклардан олинган трансплантатлардан фойдаланилади. Трансплантатнинг бир учини қизилўнгачнинг торайган жойидан юқорида, бошқа қисмини ундан пастда анастомоз қилинади.

Стриктура кўп жойни эгаллаган ҳолларда ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантатни тўш олдида ва тўш ичида (ретростернал, плевра ичи, медиастинум орқасида) жойлаштириладиган тотал пластика қилиш тайинланади.

Куйиш содир бўлганидан 2 йил олдин сунъий қизилўнгач вужудга келтиришга киришмаслик керак. Шу муддат ўтгандан кейингина қизилўнгачнинг чандиқданиш даражаси аниқланиши мумкин ва шаклланиб бўлган чандиқли тўқиманинг қизилўнгач бўшлиғини консерватив усуллар билан кенгайтиришга имкон бермаслиги маълум бўлади.

**Қизилўнгач ҳаракатланишининг бузилиши**

**Қизилўнгачнинг ахалазияси**. Қизилўнгачнинг ахалазияси, бу кардиа ахалазияси деб ҳам аталади; кардиоспазм; қизилўнгачнинг аперисталтикаси. Кардия ахалазияси (кардиоспазм) - бу қизилўнгачнинг нерв-мушак касаллиги бўлиб, у ютиш пайтида кардиа рефлекс очилишини доимий бузилиши, перисталтикада ўзгаришлар ва қизилўнгач деворининг оҳангининг пасайиши натижасида ошқозонга озиқ-овқат массаларининг ўтишини бузади. Қизилўнгачнинг бошқа касалликларига нисбатан ушбу касалликнинг тарқалиши 3 фоиздан 20 фоизгача. Касалликнинг дастлабки белгилари кўпинча 20-40 ёшда пайдо бўлади. Кўпинча аёллар касал.

Этиологияси ва патогенези: кардиа ахалазиясининг этиологик омиллари - қизилўнгачнинг асаб аппарати ривожланишидаги туғма аномалиялар (мушакларнинг (Ауербах) плексусининг дегенерацияси); қизилўнгач ҳаракатланишининг нейроген дискоординацияси пайдо бўлиши билан конституциявий неврастения; қизилўнгачнинг рефлексли дисфункцияси; қизилўнгач ва кардия асаб плексусларининг юқумли токсик лезёнлари. Ҳал қилувчи омил бу стресс ёки узоқ давом этадиган ҳиссий стресс.

Патогенези: қизилўнгач-меъда туташиши соҳасидаги интраэсофагеал босимни ўрганишда сфинктер (физиологик кардия) топилган. Соғлом одамларда у дам олишда тоник қисқариш ҳолатида бўлади ва ютгандан кейин бўшашади. Касалликнинг аломатларини аниқлайдиган асосий касаллик - бу ютиб юборилганидан кейин кардия бўшашмаслиги ёки етарли даражада бўшашмаслиги. Кардиянинг турли хил реакциялари (ютиш пайтида тўлиқ очилмаган, очилмаган ва очилмаган, ахалазия, ахалазия ва спазм, бошланғич гипертонуслик ва бошқалар) қизилўнгач деворининг иннервацияси бузилишининг битта бошланғич механизмига эга. Юрак сфинктерининг гипертонуслиги билан кечадиган ахалазия ҳолатини ҳақиқий "кардиоспазм" деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки кардиа бузадиган асосий механизм сфинктер гипертонуслиги эмас, балки ютиш пайтида бўшашиш етишмаслиги. Физиологик кардиядаги босимнинг кучайиши иккиламчи ҳисобланади ва унинг қизилўнгачни тўлдирувчи таркибидаги доимий босимига, қизилўнгачнинг терминал тўқималарида критик-яллиғланиш ўзгаришига ва уларнинг эгилувчанлигини йуқотишига реакцияси билан изоҳланади.

Клиникаси ва ташхиси: кардиянинг ахалазияси симптомларнинг учлиги билан тавсифланади: дисфагия, регургитация, оғриқ. Дисфагия асосий ва кўп ҳолларда касалликнинг биринчи аломатидир. Баъзи беморларда у тўсатдан пайдо бўлади, тўлиқ соғлиғида, бошқаларида у аста-секин ривожланади. Кўпгина беморларда дисфагиянинг кўпайиши асабий қўзғалишдан кейин, шошқалоқ овқат пайтида, зич, қуруқ ва ёмон чайнаш овқатни истеъмол қилганда қайд этилади. Баъзида парадоксал дисфагия кузатилади: зич озиқ-овқат ошқозонга суюқ ва ярим суюқликдан яхшироқ ўтади. Ахалазия билан оғриган бир қатор беморларда дисфагия овқатнинг ҳароратига боғлиқ: илиқ овқат ёмон ўтади ёки ўтмайди ва совуқ овқат ўтади ёки аксинча. Беморлар аста-секин бир қатор усуллардан (юриш, гимнастика машқлари, ҳаво ва тупурикни ютиш, кўп миқдорда илиқ сув олиш ва ҳоказо) фойдаланиб, ошқозонга овқатнинг кириб боришини осонлаштиришга мослашади. Кардиа ахалазияси бўлган оғир кахексия камдан-кам ҳолларда кузатилади. Қизилўнгачнинг бир оз кенгайиши билан регüржитация бир неча овқатдан кейин пайдо бўлади, сезиларли даражада катталашган қизилўнгач билан у кам учрайди, аммо мўл-кўл бўлиб, тошиб кетганда пайдо бўладиган қизилўнгачнинг кучли спастик қисқариши туфайли юзага келади. Кескин ҳолатда ва магистралнинг кучли эгилиши билан регургитация фаренж-қизилўнгач сфинктеридаги қизилўнгач таркибидаги механик босим ва унинг чўзилиши туфайли юзага келади.



Расм 5. Контраст рентгеноскопия. Кардиянинг ахалазия.

Даволаш: кардиа ахалазияси учун консерватив терапия фақат касалликнинг дастлабки босқичларида қўлланилади, шунингдек кардиодилатация ва беморларни жарроҳлик даволашга тайёрлашда ишлатилади. Озиқ-овқат механик ва термал юмшоқ, оқсил ва витаминларга бой бўлиши керак. Овқат фраксионал, охирги овқат ётишдан 3-4 соат олдин. Касалликнинг I-II босқичларида дисфагиянинг пасайишига нитропрепарат гуруҳининг дори воситалари - нитроглицерин, амил нитрит ёрдамида эришиш мумкин. Тўхтаб қолган қизилўнгачнинг пайдо бўлиши билан, антисептикларнинг заиф эритмаси билан қизилўнгачни ювиш қўлланилади. Терапевтик таъсир электрофорез новокаин билан, кардиа соҳасидаги чуқур диатермия, узун тўлқинли диатермия ва бошқалардан сўнг қайд этилади.

Кардиа ахалазиясини даволашнинг асосий усули - кардиодилатация, бу дистал қизилўнгач ва кардиал мушакларини зўравон чўзиш ва қисман йиртишдан иборат. Кардиодилатация касалликнинг ҳар қандай босқичида амалга оширилиши мумкин. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: қизилўнгачнинг варикоз томирлари билан портал гипертензия, оғир қизилўнгач, қоннинг кўпайиши билан бирга келадиган қон касалликлари.

**Қизилўнгач дивертикуллари**

Қизилўнгач дивертикуллари - қизилўнгач деворининг чегараланган бўртиб чиққан жойларидир. Сўнгги вақтларда қизилўнгач дивертикуллари, илгари тасаввур қилинганидек, кам учрайдиган касаллик эмаслиги аниқланди. Бу клиник амалиётга рентгенологик тадқиқотларнинг кенг жорий қилиниши, аҳолининг профилактик мақсадларда ялпи рентгенологик текширувлардан ўтказилиши билан боғлиқ.

Пульсион дивертикуллар қизилўнгач бўшлиғида унинг қисқаришлари вақтида пайдо бўладиган босим таъсири остида қизилўнгач деворининг бўртиб чиқиши натижасида ҳосил бўлади, тракцион дивертикулларнинг пайдо бўлиши эса атроф тўқималардаги яллиғланиш жараёни ва қизилўнгач деворини касал аъзо йўналишида тортадиган (tractio) чандиқдар ҳосил бўлиши билан боғлиқ (ўпка илдизлари соҳасида лимфатик тугунларга томон йўналишда ёки бу тугунлар силдан зарарланганда юз берадиган трахея бифуркациясида).

Кўпчилик тадқиқотчилар тракцион механизм дивертикул ривожланиши-нинг бошидагина кузатилади, деб ҳисоблайдилар. Кейинчалик дивертикул катталашади ва пуль­сион механизм таъсири остида ўз шаклини ўзгартиради. Бу хилдаги дивертикуллар пульсион-тракцион дивертикул номини олган.

Қизилўнгач дивертикулларини пульсион, тракцион ва аралаш (пульсион-тракцион) турларга бўлиш билан бирга уларнинг жойлашуви бўйича классификацияси ҳам қабул қилинган. Шу тариқа ҳалқум-қизилўнгач ёки Ценкер дивертикуллари, эпибронхиал (бифуркацион, ўрта қизилўнгач), эпифренал (эпидиафрагмал) ва бошқа кам учрайдиган хиллари фарқ қилинади.



Расм 6. Ценкер дивертикули

Шунингдек туғма ва орттирилган, ҳақиқий ва сохта дивертикуллар фарқ қилинади. Туғма дивертикуллар камдан-кам учрайди. Кўпчилик ҳолларда улар орттирилган бўлади. Девори нормал қизилўнгач деворининг хамма қатламларини сақлаган дивертикуллар «ҳақиқий», девори мушак қатламидан маҳрум бўлган дивертикуллар «сохта» деган ном олган. Сохта дивертикуллар прогностик жиҳатдан ёмонроқ, чунки қисилиб қолиши, чўзилиши ва ҳатто тешилиши мумкин. Қизилўнгач дивертикуллари аксарият 5 дан 70 ёшгача, аёлларда эркакларга нисбатан бирмунча кўпроқ учрайди.

Ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари кўпинча уларни батафсил тасвирлаган Zencer номи билан Ценкер дивертикуллари дейилади. Ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари аслини олганда ҳалқум дистал бўлимининг дивертикуллари ҳисобланади, бироқ, уларнинг пайдо бўлиши кўпинча қизилўнгач функциясининг бузилиши билан ўтади, шунинг учун қизилўнгач патологиясини баён қилишда ушбу касаллик устида тўхталиб ўтиш ўз-ўзидан жоиз ҳисобланади.

Ценкер дивертикули пайдо бўлишида, афтидан, механик омил - овқат луқмасининг ҳалқум деворининг кучсиз жойини кўп босиб туриш, эҳтимол, ҳалқум мушаклари ва қизилўнгачга кириш қисмидаги мушаклар қисқаришининг уйғунлиги бузилиши асосий аҳамият касб этса керак. Айрим муаллифлар ҳалқум, ҳалқум-қизилўнгач дивертикуллари ривожланишида эмбриологик шарт-шароитларнинг аҳамиятига ишора қилиб, эмбрионда ҳалқум деворидаги шу хилдаги бўртмаларни қайд қиладилар.

Патологик анатомияси. Дивертикул аста-секин бир неча йиллар ичида ривожланади. Ҳалқум қуйи бўлими орқа деворида ҳосил бўлган дивертикул қизилўнгачнинг орқа девори ва умуртқа поғонаси орасида пастга тушади. Диивертикул тешиги одатда энлик ва ҳалқумнинг тўғридан-тўғри давоми ҳисобланади ва қизилўнгач кириш қисми олдинга, ҳиқилдоққа силжиган. Дивертикул катта-кичиклиги ҳар хил - кичкина ботиқликдан то нок катталигигача бўлади. У овқат билан тўлганда қизилўнгачни олдинга қисиб қўяди ва ютишни жуда қийинлаштиради. Дивертикул қопчасида мушак толалари бўлмайди ва одатда атрофдаги тўқималар билан ёпишиб кетмаган бўлади. Дивертикулнинг ички юзаси ҳалқум шиллиқ пардаси билан қопланган. Баъзан юзасида эрозиялари билан донадор ёки ясси чандиқлари бўлади.

Клиник манзараси. Кичик дивертикул бир неча йилгачa юзага чиқмаслиги ёки ҳалқумда ачишиш, қирилиш сезгиси, йўтал, ҳ,алқумда ёт жисм бордек ҳис қилиш, ютиниш бузилиши, кўп сўлак оқиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши, кўнгил айниши каби симптомларни пайдо қилиши мумкин. Кўнгил айниш белгиси баъзан меъда касаллиги тўғрисида ўйлашга мажбур этади. Дивертикул қопчаси катталашуви билан бир вақтда ютишнинг бузилиши пайдо бўлади. Беморга ҳиқилдоқ орқасида овқат тўхтаб қолаётгандек туюлади, агар қопча катта бўлса, қизилўнгачнинг юқори қисмида тўхтаб қолаётгандек бўлади. Овқат луқмаси тўхташи Bensaude ва Gregorie «Блокада феномени» деб тасвирлаган қатор симптомлар билан ўтади: бемор ютиш ҳаракатлари қилади, шундан кейин юзи қизариб, нафаси қиса бошлайди. қайт қилганидан кейин енгил тортади. Агар қайт қилмаса, боши айланади, қисман ҳушдан кетиш ҳолати юзага келади.

Регургитация ёки қайт қилиш ҳар куни бўлсада, овқат дивертикулда камдан-кам бир неча кун туриб қолади. Дивертикул суюқлигининг регургитацияси ва унинг нафас йўлларига тушиши аспирацион зотилжам касалликларига сабаб бўлади. Бошқа симптомлардан қайтувчи нерв босилиши оқибатида пайдо бўладиган товуш буғилиши, трахеянинг босилиши сабабли нафас олиш қийинлашувини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Умумий ҳолат бир неча йилгача унчалик ўзгармай қолади. Қатор ҳолларда бемор озиб кетади. Кўздан кечирилганда кўпинча бўйинда бўртиб чиққан жой кўринади (бош орқага ташланганда). Баъзан у буқоқни эслатади. Бўртма юмшоқ консистенцияли бўлиб, босилганда кичиклашади. Беморга сув ичириб бўртиб чиққан жой уриб кўрилганда чайқалиш шовқинини эшитиш мумкин (Купер белгиси). Рентгенологик текширишда контраст модда дивертикулни тўлдиради, сўнгра эса қизилўнгачга ўтади. Тўлган дивертикул қизилўнгачнинг орқа ёки ён томонидан кўриниб туради.

**Кечиши ва асоратлари.** Касаллик жуда секин кечади. Бемор тобора ориқлаб кетади. Аспирацион зотилжам, ўпка абсцесси кўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади. Дивертикулнинг эрозияланган шиллиқ пардаси-дан қон оқиши, перидивертикулит ва периэзофагит, стенокардия пайдо бўлиши эҳтимол. Полиплар ва рак ривожланган ҳоллар тасвирланган. Кўп ҳолларда бемор жуда озиб кетади, ҳолсизланиш орта боради, дивертикул бўшлиғида овқат қолдиқлари доимо йиғилиб туриши ва уларнинг парчалани-ши сабабли яллиғланиш жараёни - дивертикулит ривожланиши мумкин, бу ўз навбатида йирингли медиастинит ва сепсис сабабчиси бўлиши мумкин.

Қизилўнгачнинг учдан бир ўрта қисмидаги дивертикул, ўпка илдизи сатҳида бўлиб, қизилўнгач бош бронх билан кесишадиган жойдан бир оз юқорироқда жойлашади. Шунинг учун уларни баъзан эпибронхиал дивертикуллар деб аталади. Қизилўнгач ўрта қисмидаги дивертикуллар тракцион турга тааллуқли бўлади, яъни уларнинг келиб чиқишида кўкс оралиғидаги турли яллиғланиш жараёнларида вужудга келадиган ва қизилўнгач девори қисмини у ёки бу йўналишда тортадиган (ўпка ва плевра касалликларида, ўпка сили, плеврит, зотилжам) битишмаларга катта аҳамият берадилар. Баъзан қизилўнгачнинг бу бўлимида соф пульсион дивертикуллар кузатилади. Уларнинг пайдо бўлишида қизилўнгач иннервацияси бузилиши ёки рефлектор таъсирлар натижасида унда моториканинг издан чиқиши асосий аҳамиятга эга бўлади.

**Патологик анатомияси.** Қизилўнгач ўрта учдан бир қисмининг дивертикули, деворларининг конуссимон ёки юмалоқ бўртиб чиқиши билан ифодаланиб, улар юқорига йўналган, трахея ёки бошқа аъзолар билан бириктирувчи тўқима битишмалари орқали ёпишган. Бу дивертикулларнинг диаметри 1-2 см ва аҳён-аҳёнда ундан каттароқ, улар кўп сонли бўлиши мумкин. Дивертикул девори қизилўнгач деворига ўхшаш тузилган. Шиллиқ пардаси аксари гиперемияланган, эрозиялари ҳам бўлиши ҳам мумкин. Бундай дивертикулнинг одатда бўйни бўлмайди ва қизилўнгач бўшлиғи билан кенг туташиб туради, шунга кўра уларда овқат тутилиб ва туриб қолиши камдан-кам бўлади.

**Клиникаси.** Бундай дивертикуллар кўпинча клиник жиҳатдан ҳеч қандай белгилар билан юзага чиқмайди, ютишнинг қийинлашуви, тўш орқасидаги оғриқ, қон кетиши кам бўлади. Агар бифуркацион дивертикулларнинг ўлчами катталашиб кетса, улар оғир азоблар келтириб чиқариши мумкин. Бу хилдаги дивертикуллар тамоман осойишта кечади. Айрим ҳоллардагина йирингланиш ва абсцесс ҳосил бўлиши каби асоратлар қайд қилинади, бироқ дивертикулларнинг атрофидаги кўп миқдордаги бириктирувчи тўқимадан иборат битишмалар йирингликнинг тарқалиб кетишига йўл қўймайди. Йирингликнинг бронхлар ва бронх-қизилўнгач фистула (оқма) си ҳосил бўлиши, тешилиши (перфорация) жуда камдан-кам кузатилади. Йирингликнинг қизилўнгачга ёки аортага ёрилиши бундан ҳам кам учрайди.

**Қизилўнгачнинг қуйи учдан бир қисмидаги дивертикул.** Қизилўнгачнинг қуйи учдан бир қисми дивертикуллари (эпифренал) аксарият қизилўнгач ампуласидан ёки бевосита ампула тепасида жойлашган қисмдан пайдо бўлади ёки бундан ҳам проксимал қисмида жойлашуви мумкин. Эпифренал дивертикуллар кўпчилик ҳолларда пульсион ҳисобланади.

**Патогенези.** Бу дивертикуллар патогенези тўғрисида ягона фикр йўқ. Кўпгина тадқиқотчилар тракцион дивертикуллардан фарқли ўлароқ, эпифренал дивертикулларнинг пайдо бўлишини овқат бўлакларининг қизилўнгач деворидаги энг суст жойларни (мушак тутамлари ажралиши, томирлар ўтадиган жой) босиб туриши биланбоғлайдилар. Айрим муаллифлар қизилўнгач мушак деворининг туғма заифлигига катта аҳамият берадилар.

**Патологик анатомияси.** Эпифренал дивертикуллар қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмидаги дивертикулларга қараганда йирикроқ бўлади. Фақат айрим ҳоллардагина улар катта бўлади ва уларнинг сиғими 100, ҳатто 200 мл га етади. Эпифренал дивертикуллар катта ўлчамли бўлганида ҳам, уларда овқат қолдиқларининг узоқ вақт тутилиб қолиши ва бузилиши камдан-кам кузатилади. Бу уларнинг диафрагма ва юракка яқин жойлашганлиги билан изоҳланади: диафрагма ҳаракатлари ва юракнинг уриб туриши эпифренал дивертикулга ўтади ва уларнинг бўшлиқлари ритмик равишда кичраяди ва катталашади, бу уларнинг бўшалишига имкон беради. Шиллиқ, пардаси кўпчилик ҳолларда ўзгармаган қўшни аъзолар билан ёпишиб кетиш ҳодисалари одатда йўқ.

**Клиникаси.** Кўпинча дивертикуллар унчалик жиддий бузилишлар келтириб чиқармайди ва рентгенологик текширув вақтидагина аниқланади. 15-20% беморларда нохуш сезги суюқлик ичилгандан ёки қоринга босилгандан кейин йўқолади. Баъзан тўш соҳасида оғриқ сезгиси, қайт қилиш, аэрофагия, йўтал, иштаҳа йўқолиши ва кўнгил айниши кузатилади, қизилўнгачдан қусиш юз бериши ҳам мумкин. Катта ҳажмдаги дивертикул қизилўнгачни босиб қўйиши мумкин, шунга кўра кўкракда оғриқ (айниқса овқатдан кейин) пайдо бўлади, бу юрак уриши, нафас қисиши билан ўтади. Бу симптомлар дивертикул бўшалгандан кейин йўқолади.

Дивертикуллар рентгенологик жиҳатидан осон аниқланади. Бевосита диафрагма устида қизилўнгач деворининг турли ўлчамдаги бўртиб чиққан юмалоқ ёки тухумсимон контурлари аниқланади. Касаллик жуда секин кечади. Кўп ҳолларда дивертикул ўлчами аста-секин катталашади.

Эпифренал дивертикулларни диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларидан фарқ қилиш лозим. Камдан-кам ҳолларда унчалик катта бўлмаган дивертикулларни қизилўнгач ярасидан фарқ қилишда қийинчилик вужудга келади. Дивертикул билан мегаэзофагус (кардия ахалазияси) белгиларининг бирмунча ўхшашликлари бор. Халқум-қизилўнгач дивертикулларига даво қилиш - консерватив. Даволаш парҳезга қатъий риоя қилиш, дивертикулни дренажлаш, ювишдан иборат ва операция қилиб даволашга монелик бўлгандагина қўлланилади. Опе­рация қилмасдан даволашда ўлим, дивертикулдаги турли хил асоратларга боғлиқ ва 33% ни ташкил этади. Операция қилиб даволаш дивертикулни кесиш ёки инвагинация қилишдан иборат. Дивертикулдаги яллиғланиш ҳодисаларини тўхтатишга қаратилган консерватив даволаш энг зарур тадбир ҳисобланади (қаттиқ парҳез, 7-10 кунгача яллиғланишга қарши воситалар ва антнбиотиклар ишлатиш).

Тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакнинг олдинги чети бўйлаб кесилади, қалқонсимон без чап бўлагини юқорига ва ўнгга сурилади. Олдин қуйи қалқонсимон артерияни боғлаб m. omohyoideus ни юқорига сурилади. Шундан кейин жароҳатда қизилўнгач ва дивертикул кўриниб туради. Дивертикул олиб ташлангандан кейин мушаклар ва фасцияларга чоклар солинади. Жароҳатни пишиқ қилиб тикилади. Овқат ейиш ва суюқлик ичишга 3-4 суткаларнинг охирига келиб рухсат берилади.

Дивертикул инвагинацияси (Girard) - дивертикулни қизилўнгач бўшлиғига жойлашдан иборат. Бундай операцияни унчалик катта бўлмаган дивертикуллардагина қўлланилади. Ҳозирги вақтда қизилўнгач дивертикулларини операция йўли билан даволашдаги хавф-хатар бирмунча юқори. Шунинг учун дивертикулларни тахминан 10-15% беморларда операция қилинади, холос. Яхши бўшалмайдиган, кўпинча яллиғланиб турадиган ва рўйи рост клиник белгилари бўлган ўлчами катта дивертикул хирургик даволаш учун кўрсатма ҳисобланади.

Парабронхиал дивертикулларни ўнг томонлама торакотомия билан 6 қовурғалар орасида, эпифренал дивертикулларни чап томонлама торакотомия билан 7-8 қовурғалар орасида операция қилган маъқулроқ. Плевра бўшлиғи очилгандан кейин медиастинал плевра қирқилади, қизилўнгач топилади. Қизилўнгачга бурун орқали зонд киритилади ва уни ҳаво билан кенгайтирилади. Бу дивертикулни топиш ва ажратишни бирмунча осонлаштиради. Дивертикулни оёқчасигача ажратилади. Диаметри 2 см гача бўлган дивертикуллар жимжимадор чоклар билан тикилиши мумкин. Ўлчами 2 см дан катта дивертикуллар эса олиб ташланади. Дивертикул бўйнини узлуксиз ёки бошқача чок билан тикилади, катта дивертикулларда механик чок қўлланилади. Чокларнинг иккинчи қаторини қизилўнгачнинг мушак пардасига қўйилади. Чокларнинг чизиғини париетал плевра (Депк), ўпка тўқимаси (Nissen), диафрагма лахтаги (Б. В. Петровский, Т. А. Суворова), капрон девор (А.А.Вишневский) ва шу кабилар билан маҳкамланади. Бу тадбирлар чокларнинг ситилиб кетмаслиги учун қилинади.



Расм 7. Лапароскопик фундопликация Ниссен буйича

Операциядан кейинги асоратлар қаторига яна зотилжам ва қизилўнгач торайишини киритиш мумкин.

**Қизилўнгач ўсмалари**

Қизилўнгач ўсмалари: хавфсиз ва хавфли ўсмаларга бўлинади. Қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмалари камдан-кам учрайди. Palmer маълумотла-рига биноан адабиётда қизилўнгач хавфсиз ўсмаларининг қарийб 350 ҳодиса-си тасвирланган. Қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмалари кўпроқ, эркакларда учрайди. Юртимиз адабиётларида, қизилўнгач хавфсиз ўсмаларининг 63 нафар беморда учрагани тасвирланган. Ўсмалар аксарият қизилўнгачнинг юқори учдан бир ва ўрта қисмида жойлашади. Морфологик тузилиши жиҳатидан бу ўсмалар эпителиал ўсмалар қаторига киради. Буларга қизилўнгач полиплари, бириктирувчи тўқимадан ташкил топган ўсмалар (фиброма, фибролипома), томир тўқимасидан келиб чиққан ўсмалар (гемангиома), нерв тўқимасидан пайдо бўлган ўсмалар (нейрофиброма), мушак тўқимасидан ҳосил бўлган ўсмалар (лейомиома) киради. Қизилўнгачда аксарият лейомиомалар (70% ҳолларда) ривожланади.

**Этиологияси ва патогенези.** Қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмалари пайдо бўлиши, умуман ўсмаларнинг пайдо бўлиши сингари, етарлича ўрганиб чиқилмаган. Бу ўринда жуда иссиқ, қаттиқ ва аччиқ овқатлар истеъмол қилиш натижасида қизилўнгач шиллиқ пардасининг сурункали тарзда таъсирланиб туришининг аҳамиятини қайд қилиб ўтиш лозим.

**Патологик анатомияси.** Қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмалари якка ва кўп сонли бўлиши мумкин. Бўшлиқ ичидаги (интрамурал, шиллиқ пардадан ташқаридаги) хавфсиз ўсмалар фарқ қилинади. Кўпчилик ҳолларда бўшлиқ ичи ўсмалари учрайди. Уларда оёқча бўлиши ҳам, бўлмаслиги ҳам мумкин. Оёқчали ўсмалар (аксарият фибромалар) одатда қизилўнгачнинг энг проксимал ёки дистал бўлимида жойлашади. Ўсманинг ўлчамлари бирмунча катта. Энг йирик ўсма (лейомиома) ни Кеппер тасвирлаган, унинг оғирлиги 1 кг 420 г бўлган. Лейомиомалар кўп учрайди, улар якка-якка ва кўп сонли тугунлар кўринишида бўлади. қизилўнгач деворининг бутун мушак қатлами ичига диффуз кирган кўп сонли майда тугунчалар кўринишидаги тарқалган лейомиоматоз ҳам учраб туради.

Лейомиомаларнинг юзаси одатда силлиқ, юмалоқ тузилмалар кўринишида, атрофдаги тўқимадан яхши чегараланган, улар тартибсиз жойлашган мушак толалари ёки уларнинг тутамларидан иборат бўлиб, орасида баъзан некрозга учраган қисмлар, қон қуйилишлар ва оҳакланган қисмлар учрайди.

Липомалар ёғ тўқимадан ташкил топган бўлиб, кучсиз стромаси бор, бўлаксимон тузилган.

**Клиник манзараси.** Қизилўнгачнинг унчалик катта бўлмаган ўсмалари симптомларсиз ўтади ва меъда-ичак йўлини рентгенологик текширишда, операциялар ёки очиш вақтида тасодифан топилади.

Lewis ва Maxjiela адабиётда қизилўнгач лейомиомасининг 155 та ҳодисасини йиғиб тасвирлаганлар; улардан 47 таси операция вақтида, қолганлари аутопсия вақтида аниқланган. 96 ҳодисада ўсмалар симптомларсиз ўтган, 46 тасида у ёки бу симптомлар бўлган.

Энг кўп учрайдиган дисфагия симптоми одатда вақти-вақтида юзага чиқади ва кўп йиллар ичида жуда аста-секин орта боради (бу ҳодиса ракда жуда кам учрайди). Тўш орқасидаги оғриқ, босилиш ва тўлиб кетиш сезгиси, диспептик ҳодисалар бундан кейинги ўринда туради. Полиплар ва гемангиомалардан баъзан профуз қон кетиши эҳтимоли бор. Қизилўнгачнинг проксимал бўлимида жойлашадиган узун оёқчали полиплар қайт қилишда оғиз бўшлиғига, ҳалқум ва ҳиқилдоққа чиқиб қолиши мумкин. Полип ҳалқум ёки ҳиқилдоққа тушганда қаттиқ йўтал хуружи, асфиксия, баъзида ўлим юз бериши мумкин.

Қизилўнгачнинг катта хавфсиз ўсмалари трахео-бронхиал шохни босиб қўйиши ва ўпканинг яллиғланиш касалликларига, ателектазлар ривожлани-шига олиб келиши мумкин. Трахея, бронхлар, нервлар, юрак ва кўкс оралиғидаги бошқа аъзоларнинг қизилўнгач деворидан ташқарида ўсаётган ўсмадан босилиши натижасида нафас қисиши, йўтал, юрак уриши, юрак соҳасида оғриқ ва бошқа бузилишлар пайдо бўлиши мумкин. Қатор ҳолларда ўсма устидаги шиллиқ пардада некроз, яллиғланиш ва яралар ҳосил бўлиши кузатилади.

Қизилўнгач хавфсиз ўсмаларининг хавфли ўзгаришга ўтиши имконияти ҳам эҳтимолдан холи эмас.

Баъзи бир муаллифларнинг маълумотларига кўра, қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмалари кўпинча унинг перистальтикаси бузилишлари билан ўтиб, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари вужудга келиши учун шарт-шароитлар ҳозирлаб беради.

Рентгенологик текшириш.Қизилўнгач полипози қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналари рентгенологик манзарасини эслатиши мумкин. Полипнинг рентгенологик белгилари қуйидагилар:

Расм 8. Қизилўнгач-меъда минтақасидаги карсиноманинг эндоскопик сонографияси: Т - трансмурал шиш, ао - аорта, ое - концентрик ҳалқалар - қизилўнгачдаги эндолюминал зонддан олинган артефактлар,

1) унчалик катта бўлмаган юмалоқ ёки овал тўлиш нуқсони;

2) оёқчаси бўлганда бу нуқсоннинг муайян чегараларда силжиши;

3) қизилўнгач перистальтикаси бузилмаган;

4) қизилўнгач деворларининг қайишқоқлиги сақланиб қолган;

5) қизилўнгач бўшлиғининг полип сатҳида дуксимон кенгайганлиги;

6) кўкрак оралиги соясининг кенгайганлиги.

Қизилўнгачнинг шиллиқ парда остидаги қаватида жойлашган жуда кичкина липомалар (0,2-0,3 см) рентгенологик жиҳатдан аниқланадиган ўзгаришлар ҳосил қилмаслиги мумкин.

Катта ўлчамдаги липомалар типик тўлиш нуқсони билан қизилўнгач бўшлиғининг бекилиб қолишига сабаб бўлади. Эзофагоскопияда ўсма одатда осонликча аниқланади. Шиллиқ парда ўзгармаган, бироқ унинг овқат бўлагидан шикастланиб туриши сабабли яллиғланиш ва яра-чақалардан асарлар қолиши мумкин.

**Диагнози.** Қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмаларига рентгенологик ва эзофагоскопик текшириш асосида, шунингдек касалликнинг клиник манзарасига суяниб диагноз қўйилади.

Қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмасини ракдан фарқ қилиш аксарият қийин бўлади. Бундай ҳолларда дисфагиянинг қанча вақтдан буён борлиги, беморнинг умумий ҳолатига (тобора ориқлаб кетиш-кетмаслиги, иштаҳа айниши - гўштдан воз кечиш, қонда ўзгаришлар - РОЭ тезлашуви), ўмров устидаги лимфатик безларнинг ҳолатига аҳамият бериш ва рентген суратларни қунт билан таҳлил қилиш зарур. Хавфсиз ўсмалар силлиқ контурга, қатор ҳолларда узун оёқчага эга.

Улар атрофидаги шиллиқ парда қайишқоқлигини ва ўзига хос тасвирини сақлаб қолади. Бироқ фақат рентгенологик текширишлар маълумотларига асосланиб рак борлигини ёки йўқлигини ҳамиша ҳам билиб бўлмайди, чунки хавфли ўсмалар кам оёқчада жойлашган ва етарлича силлиқ контурларга эга бўлиши мумкин. Бирмунча ишончли маълумотлар эзофагоскопияда олиниши мумкин. Шубҳали ҳолларда биопсия қилинади, ўсманинг хавфсиз характери-га шубҳа қилинганда биопсияни ниҳоятда эҳтиётлик билан ўтказиш лозим, чунки гемангиомаларда кучли қон оқишлар юз бериши эҳтимол.

Ўсманинг айниши ёки бошқа асоратлар пайдо бўлишининг олдини олиш (қон оқиши, яллиғланиш ва х.к.) учун хирургик даво (ҳатто ўсманинг ўлчамлари кичик ва симптомлари кам бўлса-да) қилинади. Оёқчали ўсмани эзофагоскоп ёрдамида олиб ташлаш мумкин.

Кейинчалик ўсманинг қайталаниш ҳоллари қайд қилинмаган. Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, қизилўнгачнинг хавфсиз ўсмаларини диагностика қилишда клиник маълумотларга оқилона баҳо бериш билан бирга замонавий текшириш усулларини қўлланишининг аҳамияти катта. Ўсмаларнинг хавфли айнишга учраш имкониятини бартараф қилиш учун уларни иложи борича эрта олиб ташлаш зарур.

**5. Амалий қисм**

**5.1. Вазиятли масалаллар.**

**1 масала**

40 ёшли бемор кабулхонага дисфагия, сувни юта олмайдиган шикоятлари билан мурожаат қилди, чунки кўкрак оғриғи ва регургитация пайдо бўлади. Анамнезда - 9 ой олдин, бепарволик туфайли, сирка эритмаси ичган. Сўнгги уч ҳафта давомида у суюқ овқат - пюреси, бульонларни истеъмол қиларди. Объектив: кам овқатланадиган бемор, пулс 72 / дак., Ҳарорати 36,5.

1. Қандай клиник ташхис қўйиш мумкин?

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай лаборатор ва инструментал тадқиқотлар мавжуд?

3. Жарроҳлик даволашнинг тактикаси

**2 масала**

25 ёшли бемор поликлиника шифокорига овқатдан кейин стернумнинг орқасида оғриқлар, тупургандан кейин йуқолади ёки илиқ сув ичиш билан тўхтайди деган шикоятлар билан мурожаат қилади. Касаллик тахминан бир ой давом этди, касаллик имтиҳонлар билан боғлиқ бўлган узоқ давом этадиган эмоционал стрессдан кейин ривожланди. Умумий аҳволи қониқарли, ўртача овқатланиш.

1. Қандай клиник ташхис қўйиш мумкин?

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай лаборатор ва инструментал тадқиқотлар мавжуд?

3. Жарроҳлик даволашнинг тактикаси

**3 масала**

45 ёшли бемор касалхонага юқори тана ҳароратининг кўтарилиши, тахикардия, нафас қисилиши, кўкрак ва бўйнидаги оғриқлар шикоятлари билан юборилди. Тананинг ҳолати мажбурий, ярим олдинга эгилиб, боши олдинга эгилган. Умумий қон таҳлилида - юқори лейкоцитоз, формуланинг чапга силжиши, ЭЧТнинг кўпайиши. Рентген текширувида - медиастинал соянинг кенгайиши. Сўзларга кўра, хусусий клиникада бемор бўйин флегмонаси ташхиси билан даволанди.

1. Қандай клиник ташхис қўйиш мумкин?

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай лаборатор ва инструментал тадқиқотлар мавжуд?

3. Жарроҳлик даволашнинг тактикаси

**5.2. Назорат учун саволлар.**

1. Кўкс оралиғининг чегаралари

2. Кўкс оралиғининг очиқ ва ёпиқ шикастланишининг клиник кўриниши

3. Медиастинитнинг клиник кўриниши ва ташхислаш

4. Ўткир медиастинитни жарроҳлик даволаш усуллари қандай?

5. Сурункали медиастинитнинг узоқ муддатли асоратлари қандай?

6. Қизилўнгачнинг анатомик тузилиши ва функцияси

7. Қизилўнгачни қон билан таъминлаш

8. Қизилўнгач касалликларининг таснифи

9. Қизилўнгачнинг мумкин бўлган малформацияларини санаб берин

10. Мэллорй-Вейс синдроми нима?

11. Қизилўнгачнинг кимёвий куйишининг клиник кўринишини айтиб берин

12. Қизилўнгачнинг кимёвий куйиш сабаблари санаб берин

13. Қизилўнгачни кимёвий куйиш босқичларини санаб берин

14. Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши учун жарроҳлик даволаниш учун қандай кўрсатмалар мавжуд?

15. Кардиянинг ахалазияси нима ва унинг сабаблари.

16. Кардиянинг ахалазия клиник кўриниши, ташхислаш ва дифференциал ташхислаш.

17. Эзофагоспазм нима?

18. Кардиал кисми етишмовчилигининг клиник кўринишлари

19. Қизилўнгачнинг дивертикулларини таснифи

20. Қизилўнгач ўсмаларининг клиник кўриниши

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

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

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

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