

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

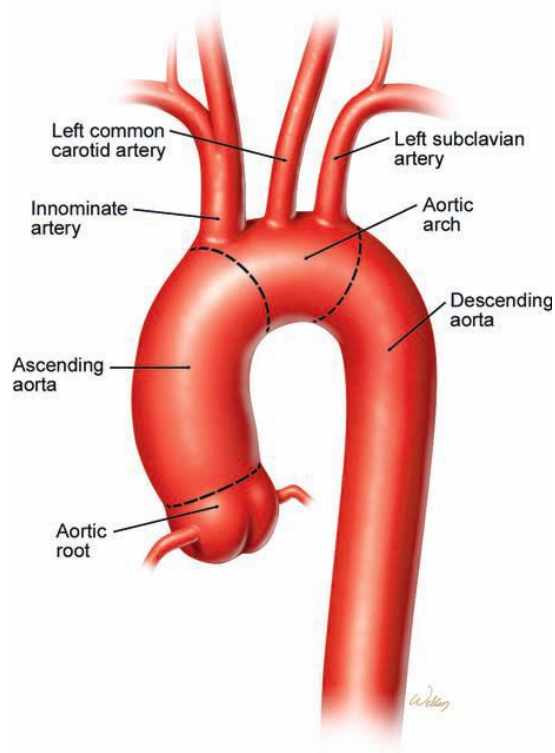
Мавзу: АОРТА РАВОҒИ ОККЛЮЗИОН КАСАЛЛИКЛАРИ

Бажарди: Очилов Й.

Самарқанд 2017 йил

АОРТА РАВОҒИ ОККЛЮЗИОН КАСАЛЛИКЛАРИ

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



Анатомик-физиологик хусусиятлар

Шундай қилиб, томирлар хирургиясининг таъсири хозир ғоятта катта ва ундан гўё узокда турган тиббий ихтисосликларга ҳам тарқалади. Шуларнинг ҳаммаси тиббиёт олий билимгоҳи талабаларини ангиология ва ангиохирургиянинг хозирги ҳолати: унинг диагностик ва оператив имкониятлари билан таништиришни тақозо этади (1-расм).

1-расм. Аорта равоғи анатомияси.

Беморларни текшириш методларини ёритишдан олдин артериал системанинг баъзи бир асосий касалликлари устида тўхталиб ўтиш зарур. Булар: атеросклероз, носпецифик аорта-артериит, фиброз-мушак дисплазияси, облитерацияладиган эндартериит.

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

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

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

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

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

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

Аорта равоғи артериялари касалликлари

Такаясу синдроми деган ном остида брахецефал артерияларни торайтирадиган ёки тутилиб қолишни келтириб чиқарадиган ва бош мия ҳамда кўллар ишемиясига олиб келадиган ҳар хил этиологияли касалликлар гуруҳи бирлаштирилади.

Япон офтальмологи Такаясу 1908 йилда ёш аёлларда кўз турсимон пардаси артериясининг зарарланиши ва кўлда пульс йўқлиги билан таърифланадиган томирлар касаллигини тасвирлади. Адабиётда бу синдром кашфиётчи шарафига Такаясу деб аталди. Бу патология адабиётда бошқа номлар билан ҳам юритилади, улардан энг кенг тарқалгани «аорта равоғи синдроми», «пульс йўқлиги касаллиги», «Марторелле синдроми», «ёш аёллар артериити», «Гигант хўжайрали артериит», «Такаясу синдроми» ва бошқалардир.

Бу касалликнинг анчагина тарқалганлиги ва прогнозининг ёмонлиги, мия инсультига ва даволаш усулларига оид қарашларнинг қайта кўриб чиқиши муносабати билан унинг клиник аҳамияти етарлича муҳимдир. Ишемик инсульт пайдо бўладиган беморларнинг тахминан ярмида бош миани таъминлайдиган калла суягидан ташқаридаги артерияларда зарарланишлар бўлади. Атеросклерозда бош миянинг ишемик зарарланишлари фақат артериал окклюзияси стенози сабабли эмас, балки церебрал артерияларнинг атеросклеротик пиллакчадан микроэмболияси натижасида ҳам ривожланади.

Этиологияси ва патогенези.

Брахецефал артериялар тутилиб қолишни келтириб чиқарадиган этиологик омиллар бир неча гуруҳларга бўлиниши мумкин:

1. Артерияларнинг облитерация қиладиган касалликлари:

- атеросклероз;
- носпецифик аорта-артериит;
- облитерацияловчи тромбангит;
- чакка артериити.

2. Аорта равоғи аневризмалари брахецефал артерияларнинг иккиламчи торайиши билан:

- атеросклеротик;
- захмли;
- қатламланадиган аневризмалар.

3. Аорта равоғи тармоқларининг ривожланиш нуксонлари:

- артерияларнинг ратологшиқ эгри-бугрилиги, огизнинг сурилиш нуксонлари;

- артерияларнинг патологик эгри-бугрилиги, ковузлоклар ҳосил килиш ва ангиуляцияси;

- аорта равоғи тармоклари нуксонлари.

4. Артериялар компрессиясининг экстравазал омиллари. Атеросклероз ишемик синдромнинг энг кўп сабабчиси ҳисобланади, беморларнинг тахминан 2/3 қисмида атеросклеротик келиб чиқадиган брахеоцефалик артерияларнинг зарарланиши бўлади. Эркаклар аёлларга нисбатан 4 баравар кўпроқ зарарланади. Атеросклерознинг муҳим хусусияти шундаки, бош миянинг калла суягидан ташқаридаги бўлимларининг зарарланиши интракраниал артерияларга қараганда 5 марта кўпроқ учрайди.

Уйқу артерияси бифуркацияси ва ички уйқу артериясининг бошланғич сегменти атеросклеротик пилакча ривожланадиган жой ҳисобланади. Иккала уйқу артерияси бир хилда кўп зарарланади. Аксарият патологик жараёнга ўмров ости артериялари ҳам қўшилади, бунда чап артерияси ўнг артериясига нисбатан 3 баравар кўпроқ зарарланади. Кўпинча беморларда аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари аниқланади.

Носпецифик аорта-артериит брахеоцефал томирлар зарарланишининг сабаблари орасида иккинчи ўринда туради. Аорта-артериит учун стенозланган қисмнинг бирмунча узунлиги хос. Аорта-артериитнинг тахминан 75% ҳилларида аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари кузатилади. Бу касаллик билан аксарият 30-40 ёшдаги одамлар, кўпроқ аёллар (4:1) касалланадилар.

Брахеоцефал томирларнинг нормал ўтказувчанлигини бузадиган учинчи сабаб - экстравазал компрессия ҳисобланади. Умurtқа артерияси оғзи сурилганда, буралганда ёки олдинги зинапоясимон мускулдан босилганда (умurtқа артерияси аномал чикқанда) умurtқа артерияси бўйлаб қон оқими камайиши мумкин. Умurtқа артерияларининг суяк каналида стенозланиши бўйин остеохондрози ривожланганда, остеофитлар, ўсмалар томонидан босилганда рўй бериши мумкин.

Брахеоцефал артерияларнинг патологик эгри-бугрилиги артериянинг узайиши ва кескин дивияцияси, шу жойларда буралиш ва ўтказувчанлик бузилиши содир бўлиши билан таърифланади. Қон оқими издан чиқишига олиб келадиган бошқа касалликлар орасида камдан-кам учрайдиган захм артериитини қайд қилиб ўтиш керак. Мия қон айланишининг бузилишлари юқори артериал гипертензия фонида ривожлана оладиган ички уйқу артерияси аневризмасига боғлиқ бўлиши мумкин.

Клиникаси. Бу касалликнинг клиник белгилари муайян артериядаги окклюзиянинг жойлашувига ва характериға, издан чиққан магистрал қон оқимининг компенсацияси босқичига боғлиқ. Касалликнинг патологик жараённинг топиқасини ва характериғини ақс эттирадиган клиник формалари (симп-томлари) даволаш усулини танлашға имқон берадиган диагнознинг замонавий тури ҳисобланади.

1. Ўмров остита таълуқли симптом - асосий тармоқлари чиққандан кейин ўмров ости артериясининг энг дистал қисмидаги окклюзия. Тақаясу синдромида ўмров ости артерияси бўйлаб қон оқими деярли 6% ҳолларда зарар кўради (Б. В. Петровский муаллифдошлари билан). Кўпчилиқ беморларда ўмров ости синдромининг этиологик омили артериит, қолган ҳолларда экстравазал омиллар, қўшимча бўйин қовурғалари ва олдинги зина поясимон мушак синдроми ҳисобланади. Бу синдромниш моҳияти қўл ишемиясидир. Ишемия даражаси коллатерал қон айланиши имқониятлари билан белгиланади. Декомпенсацияланган босқич қўл панжаси ва билакда иккинчи - дистал блок бўлганда учайди, холос.

2. Умуртқа синдроми - умуртқа артериясининг экстравазал бўлимида қон оқимининг бузилиши ва шу сабабли миё томирларида етишмовчилик пайдо бўлишидир. Умуртқа синдроми алоҳида кўринишда қарийб 17% ҳолларда учрайди. Умуртқа артериясининг экстракраниал бўлимида қон оқими бузилиши учта сатҳда - оғзи- соҳасида, суяк каналида, калла суяғига киришдаги горизонтал қисмда рўй бериши мумкин.

Қон оқими бузилишиға атеросклероз(70%), экстравазал омиллар ва ривожланиш нуқсонлари сабаб бўлиши мумкин.

Синдромнинг клиник белгилари бош миё яримшарларининг стволи, энса бўлақлари ва ички миё ишемиясига боғлиқ бўлади.

3. Ўмров ости-умуртқа синдроми. Ўмров ости артерияси блоки шундай жойлашадики, қон оқимидан ўмров ости артерияси ҳам, умуртқа артерияси ҳам ажралиб қолади. Ана шунга ўмров ости-умуртқа синдроми дейилади.

Умуртқа артериясида қон оқимининг айниши содир бўлади - қон оқими миёдан қўлга тесқари йўналишда оқади, чунки ўмров ости артерияси системасидаги босим Виллизий доирасидағига қараганда паст бўлади. Бу феноме! адабиётда «subclavian steal syndrome»- ўмров остида қон ўғирланиш синдроми деган ном олган бўлиб, уни 1960 йилд; Contornì биринчи марта тасвирлаган. Елка камари ва қўл ишемиясининг клиник кўриниши бу соҳаларда коллатерал қон айланиши ривожланганлиғидан ва стилл-синдром ҳисобига

одатда оғир бўлмайди. Беморлар иш вақтида қўлларининг тез толиқиб қолишидан, уларнинг увишиши ва совқотишидан, бармоқлар ва панжанинг муздай бўлишидан нолийдилар, қўл мускуллари атрофияга учрайди, қўлда оғриқ бўлади. Стилл-синдром ривожланиши вертебробазилляр системада қон айланиши етишмовчилигига олиб келади, бу умров ости-умуртқа синдромида устунлик қиладиган белги ҳисобланади.

4. Уйқу артериялари синдроми - шу томирлар проксимал бўлимларида қон оқимининг бузилишидир. Умумий уйқу артерияси бифуркация соҳасида ундан пастки қисмга нисбатан кўпроқ зарарланади. Ички уйқу артериясини стенозга ёки окклюзияга олиб келадиган асосий этиологик омил атеросклероз саналади. Уйқу артерияси синдромининг клиникаси бош мия катта яримшарлари ва кўз соққалари ишемияси билан белгиланади. Беморлар бош оғриши, бош айланиши, хотира пасайиши, зарарланган томонда кўз кўрмай қолиши, баъзан хушдан кетишдан шикоят қиладилар.

5. Номсиз артерия синдроми - номсиз артерияда қон айланишининг бузилиши. Бу ўзининг турли-туман клиник манзарасига кўра брахиоцефал артериялар патологиясидир. У гўё бундан олдинги ҳамма синдромларни ўзига жамлаб олади ва айни вақтда бу симптомлар улардан мутлақо фарқ қилади. Номсиз артерия синдромининг кўриниши бош миянинг каротид типи бўйича ҳамда вертебробазилляр тип бўйича ишемиясидан, ўнг қўлдаги артериал етишмовчилик ва ўнг кўз кўрув қобиляти бузилишидан ташкил топади. Коллатерал қон айланишининг катта имкониятларига қарамай, номсиз ствол окклюзияси ғоят хавфли офат - патология саналади ва церебрал бузилишлар бундай беморларнинг амалда ҳаммасида эрта-кечми юз беради.

6. Қўшма формалари - аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари бир-бири билан турлича қўшилиб келиб, 17-18% ҳолларда учрайди (И. А. Беличенко, 1970). Бу, афтидан, брахиоцефал томирларнинг дастлабки алоҳида кўпгина зарарланишларининг ниҳояси ҳисобланади. Бу гуруҳда касалликнинг энг узоқ давомлилиги 4-5 йил бўлиши бежиз эмас.

Клиник кўринишлари ҳар бир айрим ҳолда ғоят ўзига хос ва зарарланган артериялар сонига ҳамда окклюзия даражасига боғлиқ. Умуртқа ва каротид синдромларнинг каротид ва умров ости-умуртқа синдромларининг бирга келиши кузатилади. Ниҳоят, ҳамма маълум синдромлар бирга учраши мумкин. А. В. Покровский мияда қон айланиши бузилишининг қуйидаги гуруҳларини тафовут қилади:

1. Симптомсиз окклюзиялар -23,6%.

2. Мия қон айланишининг транзитор ишемия хуружлари билан ўтадиган кўчма бузилишлари -40,5%.

3. Хроник томир-мия етишмовчилиги -11%.

4. Ишемик инсультлар ва уларнинг қолдик ҳодисалари-25%.

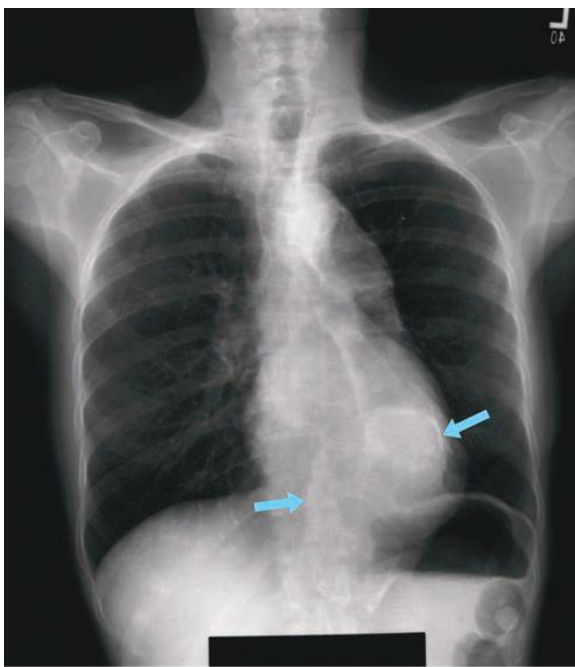
Диагностика ва дифференциал диагностика.

Такаясу синдроми бўлган беморларда ўтказиладиган диагностик тадбирлар йиғиндисини шартли равишда учта босқичга бўлиш мумкин:

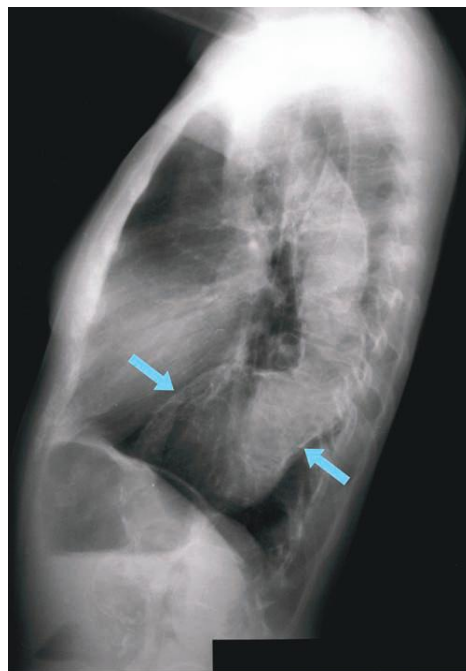
I. Умумий клиник текширишлар босқичи: сураб-суриштириш ва касалликнинг анамнезини йиғиш, беморни кўздан кечириш, аорта равоғи тармоқларининг ҳолатини, шунингдек юза жойлашган магистрал артерияларни пальпатор ва аускультатив аниқлаш. Артериал босим иккала қўл ва иккала оёқда аниқланади.

II. Текширишнинг ихтисослашган стационар босқичи:

- лаборатория текшириш усуллари;
- функционал текшириш усуллари;
- нефрологик текшириш;
- офтальмологик текшириш;
- отоневрологик текшириш;
- рентген контраст текшириш (аортография ёки селектив ангиография) (2-расм).



A



B

2-расм. Рентгенологик текширишлар.

III. Текширишнинг интраоперацион босқичи: аорта равоғи брахеоцефал тармоқлар тафтиши, электромагнит флоуметрия, интраоперацион ангиография.

Брахеоцефал артериялари зарарланган беморлар учун неврологик, офтальмологик ва отоневрологик характердаги шикоятларнинг бир қанчаси хосдир. Кўздан кечириш тўғри диагноз қўйиш учун ҳеч қандай йўл-йўриқлар кўрсата олмайди. Пайпаслаб кўриш чакка, уйқу, елка ва билак артерияларидаги пульсациянинг ўзгаришларини аниқлаб беради. Умумий уйқу ва номсиз артериялар окклюзиясида зарарланган томондаги на уйқу, на чакка артерияларининг пульсацияси, табиийки, аниқланмайди. Бироқ ички уйқу артерияси окклюзиясида ва унинг стенозида бифуркация соҳасида чакка артериясининг пульсацияси (уриб туриши) хатто кучайган бўлиши эҳтимол, чунки бутун қон оқими ташқи уйқу артериясига йўналади. Артериал босимни ўлчашни ҳамма қўл ва оёқларда олиб бориш керак. Ўмров ости артерияси зарарланганда систолик артериал босим симоб устуни ҳисобида 80-90 мм гача, пульс босими симоб устуни ҳисобида 19-30 мм гача пасаяди. Аускультация брахеоцефал томирлар касалликларининг бирламчи диагностикасида асосий аҳамият касб этади. Бифуркация ва ички уйқу артерияси стенозида пастки жағ бурчагидаги систолик шовқин беморларнинг 75 фоизиди эшитилади.

Қонни лабораторияда текшириш натижалари қуйидагича бўлиши мумкин:

а) қон элементлари (ўртача гипохром камқонлик, ўртача лейкоцитоз, РОЭ - эритроцитларнинг чўкиш тезлиги тезлашган);

б) плазма оксиллари (гипоальбуминемия, глобулин фракциялари, шунингдек фибриноген ошиши);

в) иммунологик реакциялар (мусбат актинуклеар омил, Вассерман сохта мусбат реакцияси).

Функционал текшириш усуллари. Ўмров ости артерияси окклюзиясида реовазограммалар баландлиги асимметрияси ва тўлқинлари характери ва қўлнинг хажмий сфигмограммалари ҳамавақт бор. Уйқу ва номсиз артериялар зарарланганини диагностика қилишда уйқу ва юза чакка артерияларини сфигмография қилиш катта ёрдам беради. Окклюзияда эгри чизик тўлқинлари пасаяди ва шакли ўзгаради.

Реоэнцефалография катта ёрдам беради, у уйқу артерияси бир томонлама зарарланганда мия қон таъминотининг яримшарлараро асимметрияси белгиларини аниқлайди, ҳамма брахеоцефал тармоқлар окклюзиясида эса ҳамма усулларда реограмма тўлқинларининг кескин пасайишини қайд қилади. Брахеоцефал томирларнинг бирламчи диагностикасида инфрақизил спектрдаги

термография қўлланилади. $0,6^{\circ}\text{C}$ дан юқори термоасимметрия патологик деб ҳисобланади.

Сўнгги йилларда қон оқимини ультратовуш билан текшириш усуллари кенг тарқалди. Ультратовушли датчик Допплер эффекти принципида фақат артерия пульсациясини эмас, балки ундаги қон оқими йўналиши ва тезлигини ҳам аниқласа бўлади.

Неврологик текширишлар. Бош мия ишемиясиниш неврологик аломатлари қайси томир хавзаси зарар кўрганига, артериянинг окклюзия даражаси ва ривожланиш суръатига, шунингдек, коллатерал қон айланишининг канчалик мувофиқлигига боғлиқ. Шу муносабат билан мия қон айланиши етишмовчилигини каротид, вертебробазилляр ва бирга учрайдиган каротид-базилляр типи бўйича фарқ қилиш зарур. Неврологик симптоматиканинг ўзи эса интермитирлайдиган ёки барқарор, доимий характерда бўлиши мумкин.

Бош оғриғи - босимнинг магистрал артериялари окклюзияси бўлган беморларда қайд қилинади. У тахминан беморларнинг 80 фоизда бўлади. Оғриқ аксарият чакка соҳасида, баъзан бошнинг у ёки бу ярмида ёки туташ бўлади.

Бош айланиши учраши жихатидан иккинчи неврологик симптом, беморларнинг кам деганда 35 фоизда учрайди. Бу симптом вестибуляр аппарат функцияси бузилиши ва унинг узунасига кетган орқа дастаси системаси бўйича қуйида жойлашган бўлимлари билан аловасига борлиқ. Қисқа муддатга ҳушдан кетиш ҳодисаси кам деганда 5% ҳолларда учрайди, улар, афтидан, бош мия турсимон формациясининг ишемияси билан боғлиқ бўлса керак.

Гиперкинетик ва амниостатик синдром миёча ва ўзак қобик ости тугунлари оғир ва узоқ муддатга ишемия бўлган беморларда учрайди.

Талвасалар ва эпилепсиясимон тутқаноқлар ахён-ахёнда кузатилади. Бу ҳолатларнинг табиати аниқланмаган. Пўстлоққа тааллуқли кўриш қобиляти бузилишлари. Бу гуруҳга бош мия яримшарларида, асосан энса бўлақларида қон айланиши етишмаслиги натижасида юзага келадиган кўришнинг турли-туман бузилишлари киради. Кўришнинг бундай бузилишлари 17% ни ташкил этади. Ҳаракат бузилишлари - касалликнинг энг равшан ва оғир белгиларидан ҳисобланади. Неврологик бузилишлар бу формасининг умумий проценти 13,3% ни ташкил этади (А. В. Покровский бўйича). Нутқ бузилишлари беморларнинг деярли 11 фоизда учрайди. Улар ишемик учокда жойлашуви бўйича турли-туман кўринишга эга бўлади.

Нистагм - бирмунча кўп учрайдиган неврологик симптомлардан бири хисобланади. Вертебро-базилляр системасида қон оқими бузилган беморлардагина кузатилади. Кўз ҳаракатининг бузилишлари нистагм сингари учрайди. Унда кўз соққалари ҳаракати ўзгаради, конвергенция ва аккомодация реакциялари бузилади.

Миячадан бўладиган симптомлар - асинергия, дизметрия, мушаклар дистонияси беморларнинг тахминан 8 фоизда учрайди (Б. В. Петровский муаллифдошлари билан). Ютиш ва фонациянинг бузилишлари (дисфагия, дизартрия) 6-7% ҳолларда кузатилади. Сезувчанликнинг бузилишлари парез бўлган томонда беморларнинг 15 фоизда кузатилади.

Вегетатив бузилишлар - кўнгил айланиши, қайт қилиш, рангпарлик, брадикардия, тер ажралишининг бузилиши камроқ учрайди.

Аорта равоғи тармоқлари окклюзиясида офтальмологик симптоматика бутун кўрув анализаторининг ишемиясидан вужудга келади. Бунда куйидаги усуллардан фойдаланилади:

Периферик кўрув рецептори ҳолатини ўрганиш - офтальмоскопия - кўрув нерви ўткирлигини текшириш куйидаги тестлар бўйича ўтказилади:

- кўриш ўткирлиги;
- периметрия (кўрув майдонини аниқлаш);
- рангли периметрия;
- ёруғлик сезувчанликни аниқлаш;
- тўр парда марказий артериясини босиш;
- офтальмотонус ва кўз ичидаги суюқлик алмашинуви.

Отоневрологик текшириш куйидагиларни ўз ичига олади:

- ЛОР органларини кўздан кечириш;
- эшитув, вестибуляр, таъм билиш, ҳид билиш функциясини аниқлаш;
- махсус усуллар (аудиометрия);
- махсус синамалар (калорик синама, миячага тааллуқли айрим синамалар).

Отоневрологик симптоматика лор органлари ва уларнинг функциялари таъм, ҳид билиш, отокинетик рецепция) ҳолатини акс эттириб, бошнинг хроник ишемияси шароитларида ва аорта равоғи тармоқлари окклюзион зарарланишининг умумий соматикасида муҳим ўрин эгаллайди.

Брахеоцефал тармоқлари зарарланган беморларни текшириш вақтида бошқа томир хавзаларининг биргаликда зарарланиш симптомларига (тож артериялар, қорин аортасининг висцерал тармоқлари, оёқ, артериялари) аҳамият бериш зарур.

Текширишнинг рентген контраст усуллари. Ҳозирги вақтда брахецефал артерияларни рентген контраст текширишнинг қуйидаги усуллари қўлланади:

1. Катетеризацион кўкрак аортографияси. Аортанинг ҳамма бўлимлари, жумладан унинг равоғини ҳам катетерлаш 1953 йилда швед олими Сальдингер таклиф қилган методика бўйича ҳозир ҳамма жойда амалга оширилаяпти.

2. Селектив аортоартериография. Аорта равоғида катетер борлиги уни аортанинг тармоқларидан бири оғзига киритиб, сўнгра уни контрастлаш, яъни селектив артериография қилишга имкон беради. Шундай бўлишига қарамай, селектив аортоартериография учун кўрсатмалар чегараланган ва қуйидаги ҳоллардагина ўтказилиши мумкин

- брахецефал артерияларнинг артерио-веноз аневризмасида;
- бош магистрал артериялари интракраниал бўлимларининг зарарланганига шубҳа қилинганда, бу унинг охириги тармоқларини ҳам кўздан кечиришни талаб этади.

Текширишнинг супрааортал усуллари:

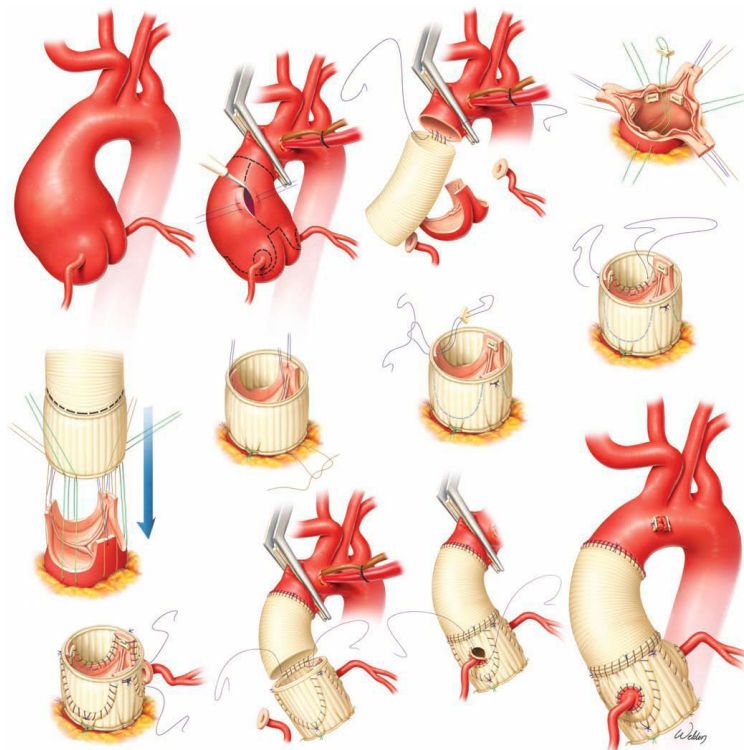
- каротид артериография одатда уйқу артериясида окклюзия борлигига шубҳа қилинганда қўлланилади, асосан унинг калла суяги ичи тармоқларини аниқлаш мақсад қилиб олинади;

- умров ости артериографияси умров ости ва умуртқа артериясини, ўнг томондан қўлланилганда кўшимча равишда уйқу артериясини контрастлаш имконини беради;

- қўлтик артериографияси сўнгги вақтларда ўмров ости артериографиясини сиқиб чиқара бошлади, чунки қўлтик артериясини пункция қилиш техникаси осон, шунингдек артерияга Сельдингер методикаси бўйича катетер киритиш имконияти яхшидир.

Рентген контраст текширишдан кейингина брахецефал томирларнинг клиник зарарланишларини аниқлаш ва хирургик тактика тўғрисидаги масалани ҳал қилиш мумкинлигини қайд қилиб ўтмоқ даркор.

Замонавий даволаш усуллари



3-расм. Замонавий даволаш усуллари.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Номсиз артериянинг умуртқа, умров ости-умуртқа каротид синдромида компенсация ва субкомпенсация босқичида атеросклероз ва артериит заминида сегментар окклюзияси.

2. Экстравазал зарарланишлар, патологик эгри-бугрилиқ ва нуқсонларнинг ҳамма клиник формаларида компенсация ва субкомпенсация босқичида.

3. Оғриқ синдроми бўлган аниқ, юзага чиққан қўл ишемиясида ва трофик бузилишлари бўлган ўмров ости синдромида.

4. Қўшма (комбинация қилинган) формаларида, компенсацияланган ва субкомпенсацияланган босқичларида бош магистрал артерияларидан бирида қон оқими яхшилаш учун.

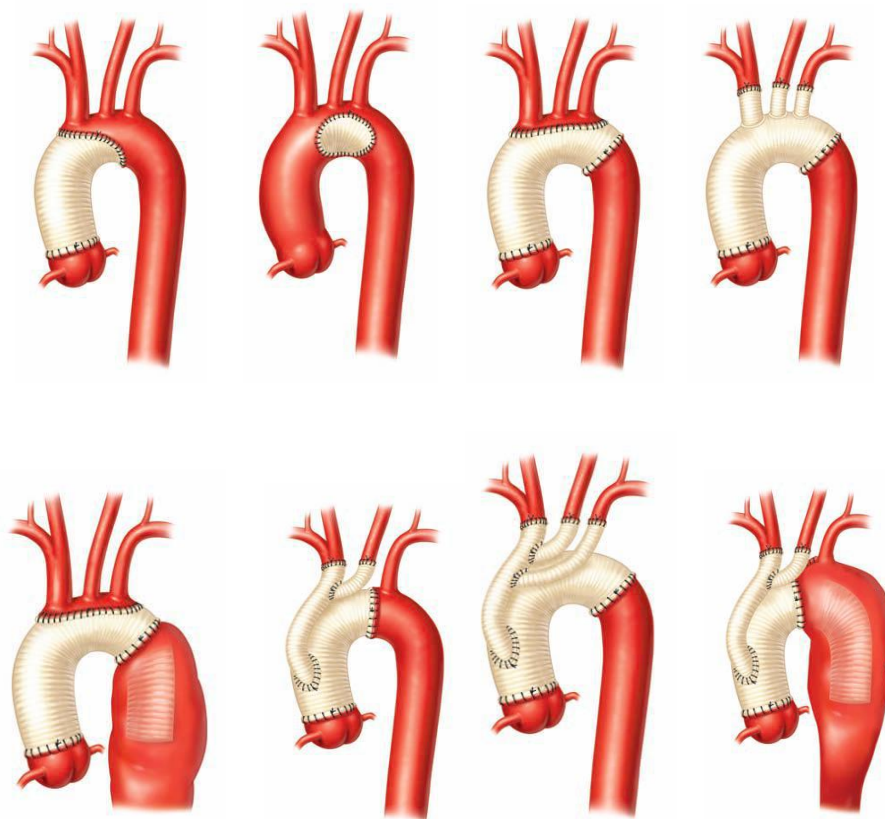
Операция қилишга монелик қиладиган ҳоллар:

1. Касалликнинг ангиоспастик формалари.

2. Компенсацияланган босқичдаги ўмров ости синдроми қўл ишемиясининг аниқ юзага чиққан белгилари бўлмаганда.

3. Касалликнинг декомпенсацияланган босқичлари.

4. Инкурабел ҳолат.



4-расм. Аорта равоғи зарарланишида аллопластик операциялар.

Брахиоцефал артерияларнинг окклюзион зарарланишларида операцияни танлаш (4-расм):

1. Уйқу, умуртка, ўмров ости ва номсиз артерияларидаги стенозлар, тромбозлар ва патологик эгри-бугриликлардаги реконструктив операциялар:

- артериянинг зарарланган қисмини анастомоз билан охиридан-охирига резекция ёки нуқсонни аллопротез билан алмаштириш;
- эндартерэктомия ва аллопластика билан ёки бусиз;
- юқорига кўтариладиган аортадан ўмров ости, уйқу, номсиз артерияларга аллопротез билан четлаб ўтиб (айланиб) шунтлаш;
- артерияларни, жумладан экстраторакал артерияларни бир жойдан иккинчисига кўчириш операциялари.

2. Экстравазал компрессияни бартараф қиладиган операциялар:

- қовурға резекцияси (буйин қовурғаси ёки юқорида жойлашган I қовурға);
- скаленотомия ва ўмров ости ва кичик кўкрак мушагини қирқиш;
- артериолиз.

3. Симпатик ва адренал системалардаги операциялар:

- юқори буйин симпатэктомияси (C1- C2).
- стоеллэктомия (C7),

- кўкрак симпатэктомияси (Д2- Д3),
- периартериал симпатэктомия,
- эпинефрэктомия (бир ёки икки томонлама).

Такаясу синдромида муваффақиятли чиққан биринчи реконструктив операцияни - ички уйқу артериясидан эндартерэктомияни 1953 йилда Де Бэки ўтказган. Бажарилган операциянинг кўриниши мавжуд патологияга боғлиқ А. В. Покровский фикрича, ички уйқу артериясининг кескин стенозида ёки окклюзиясида ташқи артерия тармоқлари орқали қон оқими бош мияни қон билан таъминлаш учун амалий аҳамиятга эга. Умумий уйқу артериялари носпецифик аорта-артерии билан зарарланганда танланадиган операция резекция қилиб протезлашдир. Иккала уйқу артерияси окклюзион зарарланганда бир вақтнинг ўзида бифуркацияни протезлаши бажариш мумкин.

Брахиоцефал томирлардаги реконструктив операциялардан кейин ўлим даражаси операцияга кўрсатмаларнинг тўғри аниқланганига, аралашув локализациясининг, хирург тажрибасига боғлиқ ва 1 дан 4% гача ҳолларни ташкил этади.

А.В. Покровскийнинг маълумотларига кўра елка-боғ стволи реконструкциясида қон оқимини ҳамма беморларда тиклашга муваффақ бўлинди. Айни вақтда ўмров ост артерияси реконструкциясида беморларнинг фақат 86 фоизиди у фойдали бўлди. Тикловчи операцияларнинг турлари орасида энг таъсирчани протезлаш бўлди (беморларнинг 94 фоизиди қон оқими тикланди), вахоланки эндартерэктомия 87%, шунтлаш 82% беморларда муваффақиятли чиққан. Ўша маълумотлар бўйича реконструктив операциялар натижалари билан брахиоцефал артерияларнинг зарарланиш этиологияси ўртасида аниқ боғлиқлик мавжуд: атеросклерозда қон оқими 93% беморларда аорта-артериитда эса фақат 77% беморларда тикланган (А. В. Покровский, 1980). Яна шу олимнинг маълумотларига биноан йил мобайнида яхши натижалар 92,9% беморларда олинган, кейинги 5 йил мобайнида у кам миқдорда пасайган. Операциядан кейин 10 йил ўтгач яхши натижалар 77,7% ҳолларда сақланиб қолади. 14 йил ўтгандан кейин эса яшаб кетган ҳамма одамларнинг 72,2% да сақланиб қолган.

Беморларни мия қон айланиши даражасига боғлиқ ҳолда босқичма- босқич реабилитация қилинади. Даволаш физкультураси, массаж, дори-дармонлар билан даволаш меҳнат қобилятининг тезроқ тикланишига имкон беради.

Адабиётлар

1. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т. 2005й
2. Хирургические болезни (Под ред. М.И.Кузина, учеб. лит.для студ.медузов, - М.,Мед, 2006, -779с.
3. Петров С.В. Общая хирургия : Учебное пособие –М.:ГЕОТАР – Медиа, 2007-767с.

Қўшимча адабиётлар.

1. Под ред.В.С.Савельев 50 лекций по хирургии. Москва. 2004.
2. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского, дополненный. М., 1998.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебное пособие для мед.вузов- М.:ГЕОТАР – Медиа, 2006-832с.
4. А.В. Покровский, В.Н. Дан и др. «Отдаленные результаты и показания к использованию протеза «GORETEX» бедренно-подколенной позиции у больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей». Журнал «Ангиология и сосудистая хирургия». 2004. №2
5. Р.Конден, Л.Найхус «Клиническая хирургия». Перевод с англ. Москва. 1998.

Электрон адабиётлар

1. Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб. С компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
2. Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.с компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, т 2-397с.)
3. Клиническая хирургия: национальное руководство 3-х т./ Под.ред. В.С.Савельевой, А.И.Кириенко.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2008.т.1.-864с. + ДИСК.

Интернетдаги сайтлар:

<http://www.moodle.sammi.uz>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.doktor.ru>

<http://www.zyonet.uz>