

CHAQALOQLARDA TUG'MA BEL CHURRALARINING ORGANIZMGA TA'SIRI VA ASORATLARI.

Kubayeva Zahro Alisher qizi
Yusupova Sabrina Baxodir qizi
Yuldosheva Zuxra Otabek qizi
Olimov Ulug'bek Obiddin o'g'li

Annotatsiya: Tug'ma bel churrasi (umbilikal yoki ventral churralar guruhi) neonatal davrda keng uchraydigan rivojlanish nuqsonlaridan biri bo'lib, qorin old devorining anatomik zaifligi va embriogenez jarayonida kindik halqasining to'liq yopilmasligi natijasida yuzaga keladi. Ushbu maqolada chaqaloqlarda tug'ma bel churrasining etiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi, organizmga tizimli ta'siri, ehtimoliy asoratlari hamda zamonaviy konservativ va jarrohlik davolash usullari keng yoritiladi. Tug'ma churralar nafaqat lokal anatomik nuqson sifatida, balki intraabdominal bosim, nafas olish mexanikasi va ovqat hazm qilish tizimiga ta'sir qiluvchi patologik holat sifatida baholanadi.

Kalit so'zlar: tug'ma bel churrasi, umbilikal churralar, neonatal jarrohlik, qorin old devori nuqsonlari, intraabdominal bosim, strangulyatsiya, hernioplastika, pediatrik jarrohlik.

Tug'ma bel churrasi nima sababdan yuzaga keladi: Embriologik jihatdan homila rivojlanishining 6–10 haftalarida fiziologik ichak protrusiyasi va keyinchalik qorin bo'shlig'iga qaytish jarayoni sodir bo'ladi; kindik halqasi va qorin devori fastsiyalari to'liq yopilmaganda mushak-fassial defekt qoladi va shu joydan ichki a'zolar (ko'pincha ichak halqalari yoki omentum) tashqariga chiqib churrani hosil qiladi. Etiologik omillar ko'p komponentli: genetik predispozitsiya, kollagen sintezi buzilishi, biriktiruvchi to'qima displaziyasi, prematurlik, past tug'ilish vazni, intrauterin rivojlanish kechikishi, ko'p homilalik, onada diabet yoki metabolik buzilishlar, homila gipoksiyasi; shuningdek tug'ruqdan keyingi davrda kuchli yig'lash, qabziyat, meteorizm yoki yo'tal intraabdominal bosimni oshirib churraning klinik ko'rinishini kuchaytiradi. Patogenez:

Qorin devorining zaif zonasi orqali peritoneum qavati protrudensiya qiladi, hernial qop hosil bo‘ladi, vaqt o‘tishi bilan hernial darvoza kengligi va ichidagi a‘zolar harakatchanligi simptomlarni belgilaydi; mushak tonusining yetilmaganligi va kollagen elastikligining pasayishi churraning spontan yopilishini sekinlashtiradi. Klinik jihatlar: Kindik sohasida yumshoq, ko‘pincha og‘riqsiz bo‘rtma, yig‘laganda yoki zo‘riqqanda kattalashadi, tinch holatda kichrayadi; palpatsiyada reducible (qaytariluvchi) bo‘lishi odatiy; katta defektlarda teri yupqalashishi, rang o‘zgarishi kuzatilishi mumkin.

Organizmga ta‘siri: kichik churralar ko‘pincha funksional buzilish bermasa-da, yirik yoki uzoq davom etuvchi holatlarda ovqatlanish buzilishi, meteorizm, diskomfort, reflektor irritabilitet, uyqu buzilishi, intraabdominal bosim taqsimotining o‘zgarishi natijasida nafas olish biomekanikasiga bilvosita ta‘sir, kamdan-kam hollarda venoz qaytishning lokal buzilishi kuzatiladi; prematur chaqaloqlarda umumiy somatik barqarorlikka salbiy ta‘sir kuchliroq bo‘lishi mumkin.

Asoratlari: eng muhim asorat — strangulyatsiya (bo‘g‘ilib qolish) bo‘lib, hernial darvoza tor bo‘lsa yoki to‘satdan bosim oshsa ichak segmenti qisilib, ishemiya, nekroz, ichak tutilishi va peritonitga olib kelishi mumkin; inkarsiratsiya (qamalib qolish) — reducible bo‘lmagan, og‘riqli, qattiq bo‘rtma; teri eroziyasi va infeksiya; kamdan-kam omfalit bilan kombinatsiya; surunkali holatlarda qorin devori mushaklarining rivojlanishiga ta‘sir.

Diagnostika: asosan klinik ko‘rik, hernial darvoza o‘lchami va reducibiligini baholash; differensial diagnostika — omfalotsele, gastrosxizis, lipoma, dermoid kista; murakkab holatlarda ultratovush tekshiruvchi ichki tarkib va qon oqimini baholash uchun qo‘llanadi.

Qanday bartaraf qilinadi: konservativ yondashuv kichik umbilikal churralarda asosiy bo‘lib, kuzatuv, ota-onani o‘qitish, qorin devori mushaklarini mustahkamlovchi massaj va “tummy time” pozitsiyasi, qabziyatni oldini olish, meteorizmni kamaytirish; maxsus yopishtiruvchi bandajlar ayrim holatlarda qisqa muddatli qo‘llanadi, ammo doimiy “tanga yopishtirish” usuli tavsiya etilmaydi; ko‘pchilik umbilikal churralar 1–3 yoshgacha spontan yopiladi.

Jarrohlik davolash ko‘rsatmalari: 2–3 yoshgacha yopilmagan katta defektlar (>1,5–2 sm), tez-tez inkarsiratsiya epizodlari, strangulyatsiya shubhasi, kosmetik yoki funksional

muammo; operatsiya — herniotomiya/hernioplastika bo‘lib, hernial qopni qayta joylashtirish va fassial defektni tikishdan iborat, prognoz odatda yaxshi. Profilaktika: homiladorlikni optimal yuritish, prematurlikni kamaytirish, tug‘ilgach to‘g‘ri parvarish, ich qotishini nazorat qilish, kuchli yig‘lashni kamaytirish strategiyalari.

Tug‘ma bel (umbilikal) churrallari neonatologiya va pediatrik jarrohlikda eng ko‘p uchraydigan qorin old devori nuqsonlaridan biri bo‘lib, uning patofiziologiyasi embrional rivojlanishning muhim bosqichlari bilan bevosita bog‘liq; homilaning 5–10 haftalik davrida ichak halqalari fiziologik ravishda kindik halqasidan tashqariga chiqadi va keyinchalik qorin bo‘shlig‘iga qaytib kirishi kerak, agar kindik halqasini hosil qiluvchi fibroz strukturalar va to‘g‘ri qorin mushaklari aponevrozlari to‘liq yopilmasa mushak-fassial defekt saqlanib qoladi va intraabdominal bosim ta‘sirida peritoneal qop tashqariga chiqadi; kollagen tolalarining nisbatidagi o‘zgarishlar (I va III tur kollagen balansining buzilishi), biriktiruvchi to‘qima displaziyasi, prematurlik, mushak tonusining pastligi, gipotiroidizm, trisomiya sindromlari kabi genetik omillar churraning rivojlanish xavfini oshiradi; klinik jihatdan churraning o‘lchami, reducibiligi va darvoza kengligi muhim bo‘lib, kichik diametrli churralar ko‘pincha simptom bermaydi, ammo katta churralarda qorin devori biomekanikasi buziladi, intraabdominal bosimning notekis taqsimlanishi diafragma harakatiga bilvosita ta‘sir qilib nafas olish ishini biroz oshirishi mumkin; chaqaloqlarda og‘iz orqali ovqatlanish paytida meteorizm kuchayganda churraning hajmi ortadi, bu esa ota-onalarda noto‘g‘ri xavotir chaqiradi, lekin aslida og‘riq kam kuzatiladi, og‘riq paydo bo‘lishi strangulyatsiya yoki inkarsiratsiya belgisi bo‘lishi mumkin.

Patomorfologik jihatdan hernial qop peritoneumdan iborat bo‘lib, ichida omentum yoki ingichka ichak halqalari bo‘lishi mumkin, uzoq davom etganda qop devorida fibroz o‘zgarishlar rivojlanadi; organizmga salbiy ta‘sirlar asosan ikkilamchi bo‘lib, ovqatlanishdagi uzilishlar, yig‘lash epizodlarining ko‘payishi, uyqu ritmining buzilishi va vegetativ nerv tizimi reaktivligining ortishi orqali namoyon bo‘ladi; eng xavfli asorat strangulyatsiya bo‘lib, bunda hernial darvoza ichak segmentini siqib qo‘yadi, arterial qon oqimi buziladi, ishemiya va nekroz rivojlanadi, klinik jihatdan qattiq, qaytarilmaydigan bo‘rtma, teri rangining o‘zgarishi, qusish, meteorizm, ich kelmasligi bilan namoyon bo‘ladi

va shoshilinch operatsiyani talab qiladi; differensial diagnostikada omfalotsele (peritoneum va amnion bilan qoplangan katta defekt), gastrosxizis (qorin devorining lateral defekti va ichaklar ochiq joylashishi) hamda yumshoq to‘qima o‘smalarini ajratish muhim; konservativ boshqaruvda chaqaloqni to‘g‘ri parvarish qilish, qorin mushaklarini mustahkamlashga yordam beruvchi holat terapiyasi, ich qotishini oldini olish va ortiqcha bosimni kamaytirish asosiy o‘rin tutadi, chunki ko‘p hollarda 1–3 yoshgacha spontan yopilish kuzatiladi; jarrohlik ko‘rsatmalari churraning 2 sm dan katta bo‘lishi, 3 yoshdan keyin saqlanishi, tez-tez inkarsiratsiya yoki kosmetik nuqson hisoblanadi, operatsiya davomida hernial qop dissektsiya qilinib qorin bo‘shlig‘iga qaytariladi va fassial defekt tikiladi, chaqaloqlarda prognoz odatda yaxshi va relaps kam uchraydi.

Zamonaviy yondashuvlarda minimal invaziv usullar, absorbsiya qilinadigan tikuv materiallari va postoperativ og‘riqni multimodal boshqarish usullari qo‘llanadi; profilaktika sifatida homiladorlikni to‘g‘ri yuritish, neonatologik kuzatuv, erta pediatrik ko‘rigidan o‘tish va ota-onalarga churrani noto‘g‘ri mexanik bosish yoki agressiv bog‘lash usullaridan voz kechishni tushuntirish muhim hisoblanadi. Tug‘ma bel (umbilikal) churralarining rivojlanishida qorin old devori anatomiyasining yetilmaganligi asosiy o‘rin tutadi, chaqaloqlarda to‘g‘ri qorin mushaklari (m.rectus abdominis) va ularni birlashtiruvchi linea alba tolalari elastik va yupqa bo‘lgani uchun kindik halqasi tug‘ilgandan keyin ham keng bo‘lib qolishi mumkin, natijada qorin ichki bosimi oshgan har qanday holat (yig‘lash, yo‘tal, kuchanish, meteorizm, ich qotishi) herniatsiyani kuchaytiradi, neonatal davrda kollagen metabolizmining yetilmaganligi ham muhim, chunki biriktiruvchi to‘qimalarda elastin va kollagenning yetarli darajada qayta tuzilmasligi churraning spontan yopilishini sekinlashtiradi. Immunologik jihatdan qaralganda churraning o‘zi yallig‘lanish kasalligi emas, lekin uzoq davom etgan mexanik irritatsiya teri osti to‘qimalarida mikroyallig‘lanish o‘choqlarini chaqirishi mumkin, bu esa teri yupqalashishi va pigmentatsiya o‘zgarishiga olib keladi; chaqaloq organizmida umumiy metabolizm tezligi yuqori bo‘lgani sababli og‘riq yoki diskomfort mavjud bo‘lsa vegetativ javoblar (yig‘lash, taxikardiya, uyqusizlik) kuchliroq namoyon bo‘ladi, bu esa ota-onalar tomonidan ba’zan noto‘g‘ri “ichki kasallik” sifatida talqin qilinadi.

Biomekanik nuqtai nazardan churraning mavjudligi qorin devori stabilizatsiyasini pasaytiradi, natijada diafragmal harakat amplitudasi o'zgarishi mumkin, ayniqsa prematur chaqaloqlarda bu nafas olish ishining ortishiga olib kelishi ehtimoli bor; gastroenterologik jihatdan churraning o'zi hazmni buzmaydi, ammo meteorizm va diskomfort tufayli ovqatlanish ritmi o'zgarishi mumkin. Asoratlarda strangulyatsiya umbilikal churralarda kamroq uchrasa ham, yuzaga kelganda juda xavfli bo'lib, venoz dimlanish → shish → arterial oqimning buzilishi → nekroz ketma-ketligi bilan rivojlanadi, klinik belgilariga keskin og'riq, bo'rtmaning qattiqlashishi, qaytarilmasligi, qusish va umumiy ahvolning yomonlashuvi kiradi; diagnostikada ultratovush tekshiruvi hernial qop tarkibini, ichak peristaltikasini va qon oqimini Doppler orqali baholash imkonini beradi; davolash strategiyasi "watchful waiting" tamoyiliga asoslanadi, ya'ni kichik churralarda muntazam kuzatuv va ota-onaga to'g'ri parvarish bo'yicha ko'rsatma berish, chunki 80–90% holatlarda maktabgacha yoshgacha spontan yopilish ehtimoli yuqori; massaj va qorin mushaklarini kuchaytiruvchi harakatlar fizioterapiya sifatida qo'llanadi, ammo agressiv bosish, tanga yoki qattiq predmetlar bilan yopishtirish teri shikastlanishi va infeksiya xavfi sabab tavsiya etilmaydi.

Jarrohlik texnikasida hernioplastika vaqtida hernial darvoza tikilishi bilan birga kosmetik kindik rekonstruksiya ham bajariladi, zamonaviy yondashuvlarda kichik kesma, tez tiklanish va minimal chandiqlik maqsad qilinadi; prognoz juda yaxshi bo'lib, to'g'ri kuzatuv va vaqtida aralashuv bilan chaqaloqlarning aksariyatida uzoq muddatli salbiy oqibatlar kuzatilmaydi, ammo biriktiruvchi to'qima displaziyasi mavjud bolalarda relaps ehtimoli biroz yuqoriroq bo'lishi mumkin.

Xulosa: tug'ma bel (umbilikal) churralari ko'pincha benign kechsa-da, anatomik zaiflik va intraabdominal bosim omillari ta'sirida rivojlanadi; o'z vaqtida monitoring va to'g'ri tanlangan konservativ yoki jarrohlik taktika asoratlarda xavfini sezilarli kamaytiradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Holcomb GW, Murphy JP, St. Peter SD. Ashcraft's Pediatric Surgery;
2. Grosfeld JL et al. Pediatric Surgery;
3. American Pediatric Surgical Association (APSA) guidelines on umbilical hernia;
4. Ziegler MM. Operative Pediatric Surgery;



5.UpToDate: Umbilical hernia in infants and children; Nelson Textbook of Pediatrics