

ТУРЛИ ГЕНГЕЗЛИ СПЕНОМЕГАЛИЯЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ

Тиллабоев Н.А- Андижон давлат
тиббиёт институти патологик
физиология кафедраси ассистенти

Аннотация: Катталашган талоқни палпация пайтида аниқлаш кўпинча қийин эмас. Энг яхшиси, бу орган беморни юқори оёқлари билан ўнг томонга жойлаштириганда чап томонда аниқланади. Талоқ ҳажмининг ўзгариши перкуссия усули билан ҳам ўрнатилиши мумкин (Курлов бўйича). Оддий талоқнинг перкуссияси диагонал равишда 7 см дан ошмайди. Рогосанинг ижобий аломати талоқнинг сезиларли даражада кўпайганлигидан далолат беради, X чап қовурғанинг кесишган қисмида сустралашган перкуссия овози (жигарда бўлгани каби) беморнинг ўнг томонидаги ўрта аксилляр чизиғи билан.

Калит сўзлар: ултратовуш, лапароскопия, спленомегалия, талоқ, жигар

Anotation: It is often not difficult to identify an enlarged spleen during palpation. Best of all, this organ is identified on the left side when the patient is placed on the right side with the upper legs. The change in the size of the spleen can also be established by the percussion method (according to Kurlov). Percussion of a normal spleen does not exceed 7 cm diagonally. Rogosa's positive sign indicates a significant increase in the spleen: a dull percussion sound (as in the liver) at the intersection of the left rib X with the middle axillary line on the right side of the patient.

Key words: ultrasound, laparoscopy, splenomegaly, spleen, liver

Физикал текширув маълумотларини аниқлаштириш учун талоқнинг ҳақиқий ўлчамларини аниқлаштиришга, локал ва диффузли хужайраларни

фарқлашга имкон берадиган инструментал усуллардан фойдаланилади (ултратовуш, сцинтиграфия, қорин бўшлиғининг текис рентгенографияси, спленопортография, селякография, компьютер томографияси). Шундай қилиб, физик текширув пайтида талоқнинг катталашishi ҳақида бундай ҳолларда ўйлаш мумкин:

- а) талоқ сезилади;
- б) унинг катталиги зарб учун меъёрдан ошса;
- в) талоқ хиралашishi ғайритабiiй даражада кучли.

Талоқнинг рентгенологик жиҳатдан кенгайishi яқин атрофдаги органларнинг (ошқозон, ичак, камроқ буйрак) силжиши билан аниқланиши мумкин. Катталашган талоқ нафас олаётганда одатда ҳаракатчан бўлиб, нафас олаётганда ён томондан ён томондан медиал йўналишга ички томонга қараб ҳаракатланади. Жигар ҳар доим вертикал равишда ҳаракат қилади. Талоқ соҳасидаги бошқа ўсмалар (ошқозон ости беzi, чап буйрак ёки тухумдондан келиб чиққан) бу сифатга эга эмас ёки у унчалик аниқ эмас. Нафас олишнинг ҳаракатчанлиги ҳам талоқнинг жуда катта ўсиши билан юзага келмайди. Агар керак бўлса, қизилўнғач, ошқозон, ўн икки бармоқли ичакнинг рентгенологик текшируви ўтказилади, лапароскопия, жигар ва талоқнинг пункцион биопсияси қўлланилади (бу, айниқса, сақлаш касалликларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга). Суяк илиги, лимфа тугунларини текширинг. Ушбу физикавий ва инструментал усуллар спленомегалия диагностикасини енгиллаштиради. Спленомегалияни инструментал усуллар билан объективлаштиригандан сўнг, шифокор олдида анча қийин диагностика вазифаси турибди - талоқдаги ўзгаришлар генезисини аниқлаш учун ташхисни фарқлаш. Спленомегалия сабаблари тўғрисида аниқ хулосалар аллақачон клиник текширув маълумотлари асосида амалга оширилиши мумкин. Органнинг тузилиши ва ҳажмига алоҳида эътибор бериш керак. Спленомегалия сабаблари, Юқумли касалликлар: ўткир бактериал (тифо-паратиф касаллиги, сепсис, милийер туберкулёзи, айниқса унинг тиф шакли), сурункали бактериал (бруцеллёз,

талоқ сил касаллиги, сифилиз), вирусли (қизамиқ, қизилча, қизил вирус, ўткир вирусли гепатит, юқумли моноклеоз, юқумли лимфоцитоз ва бошқалар), протозоал (безгак, токсоплазмоз, лейшманиоз, трипанозомия), микозлар (гистоплазмоз, бластомикоз), гельминтозлар (шистосоматоз, эхинококкоз ва бошқалар). Анемия:гемолитик ва сидеробластик, зарарли, гемоглобинопатиялар, спленоген нейтропения, циклик агранулоцитоз, иммун тромбоцитопеник пурпура, иммун тромботик тромбоцитопеник пурпура. Гематопэтик органларнинг тизимли касалликлари:ўткир ва сурункали лейкомия, тромбоцитемия, миелофиброз, ёмон сифатли лимфомалар, кўп миқдордаги миелома. Аутоиммун касалликлар, шу жумладан коллаген касалликлари, тизимли эритематоз, тугун периартерити, ревматоид артрит. Қон айланишининг бузилиши:умумий (констриктив перикардит билан энг юқори цирроз),локал (портал гипертензия). Талоқнинг фокал хужайралари:талоқ ўсмалари (яхши ва ёмон сифатли),кисталар, хўппозлар, инфарктлар. Тезауризмозлар (ирсий ва орттирилган метаболит касалликлар):Гоше касаллиги, Ниманн - Писк касаллиги, Кристиан - Ҳанд - Чиллер касаллиги; Леттерер касаллиги - Сиве, муҳим гиперлипидемия, гликогеноз;гемохроматоз, гепатоцеребрал дистрофия, бирламчи амилоидоз. Жуда юмшоқ, палпация пайтида осонгина қочиб кетадиган талоқ биринчи навбатда унинг септик "шишиши" ҳолатида пайдо бўлади. Зич талоқ узок давом этадиган жараённи кўрсатади. Ушбу органнинг махсус зичлиги лейкомик жараёнларда, лимфогрануломатозда, лейшманиозда, шунингдек узок муддатли септик эндокардит ва безгакда қайд этилади. Гепатолиенал хужайраларда (холангитдан ташқари) ва гемолитик сариқликда талоқ унчалик зич эмас. Талоқнинг муҳим этиологик мезонлари унинг ҳаддан ташқари катталашиши (улкан талоқ) деярли ҳар доим сурункали мийелопролифератив касалликларга боғлиқ. Спленомегалияни сабаби аниқлагандан сўнг, шифокор беморни мақсадли равишда текшириб, диагностикани излаш учун муҳим бўлган иситма, кенгайган лимфа тугунлари, гепатомегалия, жигар жигар белгилари каби бошқа аломатларни

аниқлаши керак. Одатда талоқнинг клиник жиҳатдан кенгайишига олиб келадиган омилларқуйидаги касалликлар билан боғлиқ: Юқумли:тиф иситмаси, паратиф, бруцеллёз, безгак, қизилча, лептоспироз, риккетсиозлар, вирусли пневмония, вирусли гепатит, юқумли моноклеоз, узоқ муддатли септик эндокардит, туберкулёзли гематоген тарқалиш, виссерал лейшманиоз (калаазар), шистосоматозз (билхарзиаз).

•Тизимли бириктирувчи тўқима касалликлари:

-СКВ, ревматоид артрит (юқори жараёнли фаоллик билан), Стилл касаллиги, Фелти синдроми; тугунли периартерит. Юқоридаги инфекциялар ҳолатида босим остида зич, кўпинча озгина оғриқли талоқдан фарқли ўлароқ, септик талоқ юмшоқ ва сезилиши қийин. Бактериал характердаги ҳар қандай оғир ўткир жараёнда септик талоқ кузатилиши мумкин: ўткир бактериал эндокардит, бактериал пневмония, менингококк инфекцияси ва бошқалар.

Тадқиқотнинг долзарблиги турли генезли спленомегалияри билан касалланишнинг кўпайиши, унинг оғир, кўпинча олдиндан айтиб бўлмайдиган йўналиши, меҳнатга лаёқатли ёшдаги беморларнинг эрта ногиронлиги ва ўлим кўрсаткичининг юқори бўлишига олиб келади. Умумий инфекция белгиси сифатида талоқ ҳажмини оширишни белгилаш спленомегалия сабабчисини диагностикасида ҳам, қайси генезликелиб чиқадиган ҳар қандай этиологияли хасталиклар билан оғриган беморда дифференциал диагностикасида ҳам катта аҳамиятга эга.Ултратовуш текшируви услубининг пайдо бўлиши кенгайган талоқ ташхисини, шунингдек юрак хуружи ва унинг хўппози каби касалликларни сезиларли даражада яхшилашга имкон берди, аммо мавжуд бўлган адабиётларда спленомегалия билан оғриган беморларда талоқни ултратовуш текшируви бўйича ишларни топмадик. Буерда фақат талоқ ултратовуш текшируви натижаларининг тавсифлари берилган. Ултратовуш диагностикаси бўйича қўлланмалар ва монографияларда турли касалликларда талоқ ўзгаришини тасвирлаш тавсифи берилган.

АДАБИЁТЛАР

1. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Белякин С.А. и др. Алкогольная болезнь печени/ Хазанов А.И. М. [и др.]// ООО "ЛЮКС ПРИНТ" – 2008 – С. 318.
2. Ультразвук в медицине. Физические основы применения/ Под ред. Хилла К.[и др.], [пер. с англ.]// М. ФИЗМАТЛИТ – 2008. – С. 544.
3. Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Щёголев А.И., Кубышкин В.А.Классификация очаговых образований селезёнки / Степанова Ю.А. [и др.]
4. Анналы хирургической гепатологии. - 2013. — N 2. – С. 103-114.
5. Сорокин А.П.,Полянкин Н.Я.,Федонюк Я.И. Клиническая морфология селезенки. / Сорокин А.П.,Полянкин Н.Я.,Федонюк Я.И.// Медицина – 1989– С. 143.