

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Ohunov A.O., Qasimov U.Q., Boboyev Q.X

YIRINGLI MEDIASTENITNING RIVOJLANISH SABABLARI VA MEXANIZMLARI

USLUBIY TAVSIYANOMA



Toshkent 2022

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

«TASDIQLAYMAN»

Fan va ta'lim boshqarmasi
boshlig'i, t.f.d., professor



U.S.Ismailov

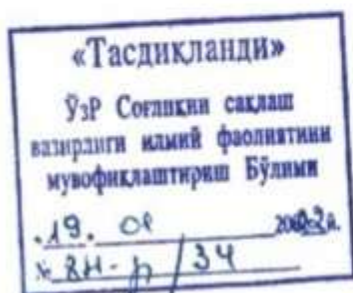
« 18 » 01 2022 y.

Ohunov A.O, Qasimov U.Q., Boboyev Q.X

YIRINGLI MEDIASTENIT.TUSHUNCHA.TASHXISLASH.

(uslubiy tavsiyanoma)

Toshkent – 2022



Tuzuvchilar:

OHUNOV Alisher Oripovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash a'zosi, "2019 yilning eng yaxshi professori" mukofoti laureati, Amerika (SIS) va Evropa (SIS-E) jarrohlik infeksiyalari jamiyatlari a'zosi.

KASIMOV Ulug'bek Kurkmasovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini dotsenti.

BOBOYEV Qaxramon Xaydaralievich - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini assistenti.

Taqrizchilar:

SATTAROV O.T. - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi davolash fakultetining fakultativ va hospital jarrohligi kafedrasini dotsenti;

BAYMAKOV S.R. - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent davlat stomatologiya institutining umumiy va harbiy dala jarrohligi kafedrasini mudiri.;

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi markaziy uslubiy komissiyasida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No _____ " ____ " _____ 2022

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No _____ " ____ " _____ 2022

KIRISH

Mediastin to'qimalarining yallig'lanishi - mediastinit - polietiologik kasallik bo'lib, uni davolashda shifokorlar hal qilish qiyin bo'lgan muammolarga duch kelishadi. Ko'p sonli xilma-xil kasalliklar, diagnostik tadqiqotlar, terapevtik manipulyatsiyalar, bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalarning asoratlari sifatida yuzaga keladigan mediastinit umumiy, torakal va kardiojarrohlar, stomatologlar, otorinolaringologlar, endoskopistlar boshqa mutaxassisliklar shifokorlari amaliyotida paydo bo'lishi mumkin. .. (2,5). To'sh orti bo'shlig'ida xo'ppoz borligini tan olgan birinchi shifokor Galen (miloddan avvalgi 160 yil). Ko'krak qafasining to'mtoq jarohatidan keyin mediastinit rivojlangan yigitning sternatomiyasini o'tkazdi. Mediastinda xo'ppozlarning rivojlanishi mumkinligi haqidagi ko'rsatkichlar boshqa antik mualliflar, xususan, Abu-Ali ibn-Sino va Baronio asarlarida ham uchraydi (7,8). Avenzoir "mediastinit" atamasini kiritdi va bu kasallikning bir qator belgilarini keltirdi. Boyer birinchi bo'lib retrosternal xo'ppozning klinik ko'rinishini ko'proq yoki kamroq aniq tasvirlab bergan. (1,4). N.I. Pirogov to'sh orti to'qimalarining yiringli yallaiglanish haqidagi g'oyalarni rivojlantirishga katta hissa qo'shgan. U mediastinal to'qimalarning yiringli yallig'lanishining ikkita shaklini aniqladi - xo'ppoz va flegmona. N.I. Pirogov infektsiyaning mediastinga kirishining mumkin bo'lgan yo'llarini ko'rsatdi: ikkinchisining yorilishi bilan qizilo'ngachdan; jarohatlar tufayli, ayniqsa, o'q yoki boshqa begona jismlar mediastinada bo'lsa; va bo'yinning hujayra bo'shliqlaridan yiringli jarayonning tarqalishi bilan (3,6). Ammo shuni e'tirof etish kerakki, mediastindagi yiringli jarayonlarning kechish xususiyatlarini tushunish uchun eng muhim masala bo'yicha turli mualliflarning ma'lumotlari - mediastinning fassial shakllanishlarining tarkibiy xususiyatlari to'g'risida - juda ziddiyatli bo'lib qoldi. Jarrohlik davolash tamoyillarini shakllantirishning boshlanishi 1888 yilga to'g'ri keladi, bunda Sankt-Peterburg harbiy tibbiyot akademiyasining professori I.I. Nasilov (11) dunyoda birinchi bo'lib orqa mediastinga dorsal yondashuvni taklif qildi, bu ushbu sohadagi yiringli yallig'lanish jarayonlarini davolash uchun foydalanish imkoniyatini ko'rsatdi. Ular ko'rib chiqilayotgan muammoga XX asrning 10-20-yillarida ko'proq e'tibor berishni boshladilar. Buning sababi YM bilan og'rikan bemorlar sonining ko'payishi, o'z navbatida, o'sha paytda tavsiya etilgan asboblar va asboblardan foydalangan holda diagnostika va terapevtik muolajalarni amalga oshirishda qizilo'ngachning yatrogenik shikastlanishlari sonining ko'payishi bilan bog'liq edi. Biroq, bugungi kunda ham yiringli mediastinit diagnostika va davolashning ko'plab masalalari qo'shimcha tushuntirish, o'rganish va ishlab chiqishni talab qiladigan kasallik bo'lib qolmoqda, prognoz juda jiddiy va

avolanish natijalari ko'pincha orzu qilingan narsalarni qoldiradi. Ushbu uslubiy tavsiya mediastinitni tashxislash tushunchasi va masalalarini o'rganadi.

YIRINGLI MEDIASTENITNING RIVOJLANISH SABABLARI VA MEXANIZMLARI.

N.I.Pirogov infektsiyaning ko'ks oralig'ga kirishining ikkita usulini ajratib ko'rsatdi: Qizilo'ngachning teshilishi paytida va bo'yinning hujayrali bo'shliqlaridan. Bu mediastinitning asosiy va ikkilamchi bo'linishiga to'g'ri keladi. Birlamchi yiringli mediastinit, agar u mediastinal organlarning kasalliklari va shikastlanishlarining birlamchi yiringli asoratlari sifatida rivojlansa, deb hisoblanadi. Ikkilamchi yiringli mediastinit ko'ks oraligi tashqarisi to'qimalarda birlamchi yiringli o'choq mavjud bo'lganda, yiringli jarayonning ko'ks oraligiga kirishi yoki metastatik tarqalishi bilan rivojlanadi..

Klinik nuqtai nazardan, operatsiyadan keyingi mediastinitni maxsus guruh sifatida ajratib ko'rsatish maqsadga muvofiq ko'rinadi.

Albatta, paydo bo'lish mexanizmiga ko'ra, turli xil jarrohlik aralashuvlarning asoratlari sifatida rivojlanadigan mediastinit ham asosiy, ham ikkilamchi bo'lishi mumkin. Operatsiya qilingan bemorlarda mediastindagi yiringli jarayonning kechishi va klinik ko'rinishi yiringli mediastinitning boshqa variantlarida qayd etilmagan o'ziga xos xususiyatlarga ega.

Birlamchi mediastinit

Ko'ks oraligi to'qimalarining birlamchi yiringli shikastlanishi ekzogen infektsiyani ko'rsatadi. Birlamchi yiringli mediastinitning eng keng tarqalgan sababi ko'ks oraligida joylashgan ichi bo'sh organlar - qizilo'ngach va yuqori nafas yo'llarining teshilishi bo'lib, birinchisi ikkinchisiga qaraganda ancha tez-tez kuzatiladi. Birlamchi yiringli mediastinit rivojlanishining boshqa sabablari, ular kamroq kuzatiladi.

Qizilo'ngachning shikastlanishidan kelib chiqqan yiringli mediastinit

Qizilo'ngachning yirtilishi yiringli mediastinitning "klassik" sababidir. Adabiyotda taklif qilingan, soni juda katta bo'lgan qizilo'ngach teshilishlarining

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
Umumiy jarrohlik kafedrası №1



YIRINGLI MEDIASTENITNING RIVOJLANISH SABABLARI VA
MEXANIZMLARI.
(uslubiy tavsiyanoma)

Toshkent-2022

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
Umumiy jarrohlik kafedrası №1**

"TASDIQLAYMAN"

**O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirligi Fan
va tibbiy ta'lim bosh
boshqarmasi boshlig'i**

ISMAILOV O`.S.

" ____ " _____ 2022 yil.

"KELISHILDI"

**O'zbekiston Respublikas
Sog'liqni saqlash vazirligi
tibbiy ta'limni rivojlantiri
markazi direktori**

ESHPO`LATOVA M.R.

" ____ " _____ 2022 yil

**YIRINGLI MEDIASTENITNING RIVOJLANISH SABABLARI VA
MEXANIZMLARI.
(uslubiy tavsiyanoma)**

Toshkent-2022

Tuzuvchilar:

OHUNOV Alisher Oripovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash a'zosi, "2019 yilning eng yaxshi professori" mukofoti laureati, Amerika (SIS) va Evropa (SIS-E) jarrohlik infeksiyalari jamiyatlari a'zosi.

KASIMOV Ulug'bek Kurkmasovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini dotsenti.

BOBOYEV Qaxramon Xaydaralievich - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini assistenti.

Taqrizchilar:

SATTAROV O.T. - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi davolash fakultetining fakultativ va gospital jarrohligi kafedrasini dotsenti;

BAYMAKOV S.R. - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent davlat stomatologiya institutining umumiy va harbiy dala jarrohligi kafedrasini mudiri.;

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi markaziy uslubiy komissiyasida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No _____ " ____ " _____ 2022

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No _____ " ____ " _____ 2022

KIRISH

Mediastin to'qimalarining yallig'lanishi - mediastinit - polietiologik kasallik bo'lib, uni davolashda shifokorlar hal qilish qiyin bo'lgan muammolarga duch kelishadi. Ko'p sonli xilma-xil kasalliklar, diagnostik tadqiqotlar, terapevtik manipulyatsiyalar, bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalarning asoratlari sifatida yuzaga keladigan mediastinit umumiy, torakal va kardiojarrohlar, stomatologlar, otorinolaringologlar, endoskopistlar boshqa mutaxassisliklar shifokorlari amaliyotida paydo bo'lishi mumkin. .. (2,5). To'sh orti bo'shliqda xo'ppoz borligini tan olgan birinchi shifokor Galen (miloddan avvalgi 160 yil). Ko'krak qafasining to'mtoq jarohatidan keyin mediastinit rivojlangan yigitning sternatomiyasini o'tkazdi. Mediastinda xo'ppozlarning rivojlanishi mumkinligi haqidagi ko'rsatkichlar boshqa antik mualliflar, xususan, Abu-Ali ibn-Sino va Baronio asarlarida ham uchraydi (7,8). Avenzoir "mediastinit" atamasini kiritdi va bu kasallikning bir qator belgilarini keltirdi. Boyer birinchi bo'lib retrosternal xo'ppozning klinik ko'rinishini ko'proq yoki kamroq aniq tasvirlab bergan. (1,4). N.I. Pirogov to'sh orti to'qimalarining yiringli yallaig'lanish haqidagi g'oyalarni rivojlantirishga katta hissa qo'shgan. U mediastinal to'qimalarning yiringli yallig'lanishining ikkita shaklini aniqladi - xo'ppoz va flegmona. N.I. Pirogov infektsiyaning mediastinga kirishining mumkin bo'lgan yo'llarini ko'rsatdi: ikkinchisining yorilishi bilan qizilo'ngachdan; jarohatlar tufayli, ayniqsa, o'q yoki boshqa begona jismlar mediastinada bo'lsa; va bo'yinning hujayra bo'shliqlaridan yiringli jarayonning tarqalishi bilan (3,6). Ammo shuni e'tirof etish kerakki, mediastindagi yiringli jarayonlarning kechish xususiyatlarini tushunish uchun eng muhim masala bo'yicha turli mualliflarning ma'lumotlari - mediastinning fassial shakllanishlarining tarkibiy xususiyatlari to'g'risida - juda ziddiyatli bo'lib qoldi.. Jarrohlik davolash tamoyillarini shakllantirishning boshlanishi 1888 yilga to'g'ri keladi, bunda Sankt-Peterburg harbiy tibbiyot akademiyasining professori I.I. Nasilov (11) dunyoda birinchi bo'lib orqa mediastinga dorsal yondashuvni taklif qildi, bu ushbu sohadagi yiringli yallig'lanish jarayonlarini davolash uchun foydalanish imkoniyatini ko'rsatdi. Ular ko'rib chiqilayotgan muammoga XX asrning 10-20-yillarida ko'proq e'tibor berishni boshladilar. Buning sababi YM bilan og'rigan bemorlar sonining ko'payishi, o'z navbatida, o'sha paytda tavsiya etilgan asboblardan foydalangan holda diagnostika va terapevtik muolajalarni amalga oshirishda qizilo'ngachning yatrogenik shikastlanishlari sonining ko'payishi bilan bog'liq edi. Biroq, bugungi kunda ham yiringli mediastinit diagnostika va davolashning ko'plab masalalari qo'shimcha tushuntirish, o'rganish va ishlab chiqishni talab qiladigan kasallik bo'lib qolmoqda, prognoz juda jiddiy va

avolanish natijalari ko'pincha orzu qilingan narsalarni qoldiradi. Ushbu uslubiy tavsiya mediastinitni tashxislash tushunchasi va masalalarini o'rganadi.

YIRINGLI MEDIASTENITNING RIVOJLANISH SABABLARI VA MEXANIZMLARI.

N.I.Pirogov infektsiyaning ko'ks oralig`ga kirishining ikkita usulini ajratib ko'rsatdi: Qizilo'ngachning teshilishi paytida va bo'yinning hujayrali bo'shliqlaridan. Bu mediastinitning asosiy va ikkilamchi bo'linishiga to'g'ri keladi. Birlamchi yiringli mediastinit, agar u mediastinal organlarning kasalliklari va shikastlanishlarining birlamchi yiringli asoratlari sifatida rivojlansa, deb hisoblanadi. Ikkilamchi yiringli mediastinit ko'ks oraligi tashqarisi to'qimalarda birlamchi yiringli o'choq mavjud bo'lganda, yiringli jarayonning ko'ks oraligiga kirishi yoki metastatik tarqalishi bilan rivojlanadi..

Klinik nuqtai nazardan, operatsiyadan keyingi mediastinitni maxsus guruh sifatida ajratib ko'rsatish maqsadga muvofiq ko'rinadi.

Albatta, paydo bo'lish mexanizmiga ko'ra, turli xil jarrohlik aralashuvlarning asoratlari sifatida rivojlanadigan mediastinit ham asosiy, ham ikkilamchi bo'lishi mumkin. Operatsiya qilingan bemorlarda mediastindagi yiringli jarayonning kechishi va klinik ko'rinishi yiringli mediastinitning boshqa variantlarida qayd etilmagan o'ziga xos xususiyatlarga ega.

Birlamchi mediastinit

Ko'ks oraligi to'qimalarining birlamchi yiringli shikastlanishi ekzogen infektsiyaning ko'rsatadi. Birlamchi yiringli mediastinitning eng keng tarqalgan sababi ko'ks oraligida joylashgan ichi bo'sh organlar - qizilo'ngach va yuqori nafas yo'llarining teshilishi bo'lib, birinchisi ikkinchisiga qaraganda ancha tez-tez kuzatiladi. Birlamchi yiringli mediastinit rivojlanishining boshqa sabablari, ular kamroq kuzatiladi.

Qizilo'ngachning shikastlanishidan kelib chiqqan yiringli mediastinit

Qizilo'ngachning yirtilishi yiringli mediastinitning "klassik" sababidir. Adabiyotda taklif qilingan, soni juda katta bo'lgan qizilo'ngach teshilishlarining

tasniflarini tahlil qilishni maqsad qilib qo'ymasdan, keyinchalik tizimli ravishda taqdim etish uchun biz asosiy sabablar qizilo'ngach devoir butunligini buzilishini guruhlarini ajratishga rioya qilamiz . Qizilo'ngachning turli xil shikastlanishlari o'rtasidagi nisbat 20-asrda, birinchi navbatda, oshqozon-ichak trakti va ko'krak qafasi organlarida operatsiyalarni tekshirish uchun endoskopik usullarning keng qo'llanilishi tufayli sezilarli o'zgarishlarga duch keldi. Eng yirik zamonaviy statistikada bu sabablarning nisbati ancha barqaror. Qizilo'ngachning travmatik teshilishlari 42-48%, yatrogen 30-40%, kasalliklardan kelib chiqqan 4-14% hollarda. Bo`yin sohasi jarohatlarning umumiy sonidan 39,1%, ko`krak - 56,6%, qorin bo'shlig'i - 4,3% ni tashkil qiladi.

Qizilo'ngachning travmatik shikastlanishlarida mediastinit

Etarlicha ko'p miqdordagi jarohatlar qizilo'ngachning shikastlanishiga olib kelishi mumkin, ular travmatik vositaning ta'sir yo'nalishi bo'yicha - ichkaridan (yod jismlar, kimyoviy va termik kuyishlar, gidravlik va pnevmatik zarbalar) va tashqaridan bo'linishi mumkin (ko'krak va bo'yinning jarohatlari va yopiq shikastlanishi, umurtqa pog'onasining sinishi).

Qizilo'ngachning yod jismlar orqali shikastlanishi bilan Mediastinit.

Qizilo'ngachda yod jism borligidan shikoyat qilgan bemorlarning umumiy sonida qizilo'ngachning teshilish chastotasi 0,9 - 1,6% ni tashkil qiladi. Qizilo'ngachning teshilishining barcha sabablari orasida yod jismning shikastlanishi 16 dan 48% gacha. Ko'pincha bu jarohatlar bo`yin sohasida va birinchi anatomik torayish sohasida lokalizatsiya qilinadi. Eng keng tarqalgan travmatik vosita suyaklardir (ko'pincha baliq, kamroq qushlar va hatto kamroq go'sht). Qizilo'ngachga zarar etkazadigan boshqa begona jismlar orasida tikuv ignalari, tangalar, tugmalar va manjetlar, mevali toshlar qayd etilgan, makkajo'xori donlari bo'lgan bolada qizilo'ngachning teshilishi holati tasvirlangan. Katta begona jismlar (suyaklar, protezlar) tomonidan shikastlanish ko'pincha mastlik holatida kattalarda kuzatiladi. Yod jism kirganda qizilo'ngachning teshilish mexanizmi boshqacha bo'lishi mumkin. Qizilo'ngachning teshilishi qizilo'ngachning devoriga begona jismning bevosita ta'siriga bog'liq bo'lishi mumkin. Yana bir variant - yod

jismni olib tashlash uchun noto'g'ri yoki noto'g'ri tibbiy yordam ko'rsatish natijasida shikastlanish. Kichkina, o'tkir begona jismlar, ayniqsa, ko'ndalang joylashganlar, qizilo'ngachning spastik qisqarishiga olib keladi, bu esa pichoq yarasi kabi teshilishga olib keladi. Ikki qirrali jismlar qizilo'ngach orqali harakatlanayotganda devorlarning jarohatlanishiga olib kelishi mumkin. Katta o'tkir yod jismlar to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngachning devorini yirtadi yoki teshadi. Bunday jarohatlar odatda ko'p, kichik o'lchamli va ko'p miqdorda yoki kamroq qon ketishlar bilan birga keladi. O'z vaqtida olib tashlanmagan yod jism qizilo'ngach devorining yarasini (nekrotik ezofagit) keltirib chiqaradi va keyinchalik teshilish hosil bo'ladi. Bunday holat, xususan, kimyoviy kuyish tufayli qizilo'ngachning chandiqli torayishi bo'lgan odamlarda, katta chaynalmagan yumshoq oziq-ovqat bo'laklari yod jism sifatida harakat qilganda kuzatildi - ko'pincha go'sht ("go'sht bo'lakchasi"). Teshilishning sekin rivojlanishi bilan, yiringli o'choqning atrofdagi to'qimalarda demarkatsiya jarayonlari tufayli chegaralanishi mumkin. Teshib o'tmagan tabiatli shikastlanishlar intramural xo'ppozlarning paydo bo'lishiga olib keladi, ular qizilo'ngachning bo'shlig'iga ham, ko'ks oralig'iga ham ochilishi mumkin, shuningdek qizilo'ngach flegmonasi rivojlanishiga olib keladi. Yod jismlar bilan teshilishda yiringli mediastinit bilan kasallanish 80% gacha kuzatiladi. Qizilo'ngachning yod jism tomonidan teshilishi natijasida rivojlanadigan yiringli mediastinitning rivojlanish tezligi va xususiyatlari shikastlanishning tabiati va mexanizmiga, yod jismning ifloslanish darajasiga, oldingi o'zgarishlarga bog'liq. paraezofagial to'qimalar, ammo bu erda hech qanday mutlaq qoidalar mavjud emas va bizga "ko'proq" va "kamroq" xavfli teshilishni ajratib ko'rsatish ma'no jihatdan noto'g'ri ko'rinadi. Bundan tashqari, adabiyotlarda qizilo'ngach bo'shlig'idan kirib kelgan yod jismlarning uzoq vaqt davomida qizilo'ngach to'qimalarda yiring rivojlanmasdan turishi va birlamchi jarohatlardan keyin bu yod jismlar atrofida bir necha oy va hatto yillar davomida xo'ppozlarning rivojlanishi tavsiflari mavjud.

Qizilo'ngachning kimyoviy kuyishidan yuzaga kelgan mediastinit.

Devorning kimyoviy nekrozi tufayli kimyoviy kuyishlarda qizilo'ngachning teshilishi o'tkir bosqichda ham, nekrotik massalarni rad etish bosqichida ham mumkin. Birinchi turdagi ko'pchilik holatlar bemorlarning ahvolining o'ta og'irligi, ham kuydiruvchi zaharning rezorbtiv ta'siri, ham tez rivojlanayotgan mediastinit va boshqa asoratlar tufayli o'limga olib keladi. Nekrotik jarayoning rad etish bosqichida teshilish rivojlanishi bilan prognozlash yanada qulayroq bo'lib qolsa ham, u jiddiy bo'lib qolmoqda, chunki qizilo'ngach to'qimalarda chandiqlanich va yallig'lanish o'zgarishlar sodir bo'lishi uchun vaqt bor, buning natijasida teshilish, qoida tariqasida, plevra bo'shlig'ida paydo bo'ladi va keng tarqalgan mediastinit rivojlanmaydi.

Qizilo'ngachning giperbarik yorilishi tufayli kelib chiqan mediastinit.

Gidravlik yorilishlar -patologik jihatdan o'zgartirilgan qizilo'ngach devorlariga bosimning keskin oshishi natijasida, ko'p miqdorda suyuqlik olib, tiqilib qolgan oziq-ovqat qismini "itarish" ga harakat qilganda paydo bo'ladi. Ular odatda katta va torakal yoki qorin bo'shlig'ida joylashgan..

Qizilo'ngachning pnevmatik yorilishining paydo bo'lish mexanizmi sanoat kompressorlari, siqilgan gazli silindrlar va boshqalar bilan ehtiyotsizlik oqibatida (va ba'zan shunchaki bezorilik) bilan siqilgan havo yoki gaz oqimining to'g'ridan-to'g'ri og'izga zarbasi, shuningdek bo'shga zarbadir.

"Aralash" gidropnevmatik zarba yuqori gazlangan suyuqliklar - sharob, pivo, alkogolsiz ichimliklar bilan tish bilan yoki ochiq og'iz yaqinida ochilganda mumkin. Pnevmatik va gidropnevmatik yoriqlar bilan xalqumning orqa devori va qizilo'ngachning boshlang'ich qismi shikastlanadi.

Qizilo'ngachga zarar etkazishning yuqoridagi barcha mexanizmlari bilan ko'ks oraligi to'qimalarda keng tarqalgan yiringli jarayonning jadal rivojlanishi muqarrar.

Qizilo'ngachning pichoq va o'q jarohatlari natijasida yuzaga kelgan mediastinit.

Bo'yin jarohatlarida qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi, turli mualliflarning fikriga ko'ra, 2 dan 10,8% gacha, ko'krak qafasidagi

shikastlanishlarda - 1 foizdan kam. Qizilo'ngachning barcha mexanik shikastlanishlari orasida shikastlanishlar ulushi 5% dan ko'p emas. Ko'pincha jarohatlar paytida qizilo'ngachning shikastlanishi boshqa hayotiy anatomik tuzilmalar - traxeya, xalqum, qalqonsimon bez, katta tomirlarning shikastlanishi bilan birlashtiriladi, bu ko'pincha jarohatlar joyida jabirlanuvchilarning o'limiga olib keladi. Portlovchi travmada qizilo'ngach shikastlanishining eng yuqori ehtimoli mavjud.

Yaradorlarning ko'pchiligi zudlik bilan jarrohlik muolajasini o'tkazganligi sababli, mediastinit odatda rivojlanishiga vaqt topolmaydi..

Ko'krak va bo'yinning yopiq shikastlanishi tufayli qizilo'ngachning jarohatlanishi oqibatida yuzaga kelgan mediastinit.

Ko'krak qafasi va bo'yinning yopiq shikastlanishi bilan qizilo'ngachning jarohatlanishi boshqa shikastlanishlarga qaraganda kamroq uchraydi va deyarli hech qachon ajratilmaydi. Yopiq ko'krak va torakoabdominal travma bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda ular 0,3% ni tashkil qiladi; ushbu jarohatlardan vafot etganlar orasida B.D. Komarov - 0,45% va qizilo'ngachning barcha mexanik shikastlanishlari orasida eng katta statistikada - 0,56%. III-IV ko'krak umurtqalarining beqaror yopiq sinishi bilan qizilo'ngachning yorilishi tasvirlangan. Yopiq shikastlanish tufayli qizilo'ngachning yorilishi bilan keng tarqalgan mediastinitni rivojlanish ehtimoli juda yuqori..

Qizilo'ngach kasalliklar tufayli qizilo'ngachning shikastlanishi oqibatida yuzaga kelgan mediastinit.

Eng keng tarqalgan va eng noto'g'ri tushunilgan sabab qizilo'ngachning o'z-o'zidan yorilishi bo'lib qolmoqda - bu kasallik Burhave sindromi, qizilo'ngachning barogen yorilishi, qizilo'ngach apopleksiyasi va boshqalar deb ham ataladi..

Burhave sindromining 80% dan ortig'i 50 yoshdan oshgan erkaklarda uchraydi, garchi kasallik har qanday yoshda, hatto chaqaloqlarda ham uchrasaham. Qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvdan so'ng operatsiyadan keyingi erta davrda qizilo'ngachning yorilishi holatlari mavjud. Qizilo'ngachdagi oldingi o'zgarishlarga ma'lum bir o'zgarishlarga ahamiyat beriladi - bular peptik ezofagit, kardiospazm,

diafragma teshigi churralari va boshqalar. Qizilo'ngachning o'z-o'zidan teshilishining asosiy etiologik omili sifatida odatda qorin bo'shlig'i bosimining keskin oshishi, keyin esa odatda qusish natijasida yuzaga keladigan qizilo'ngach ichidagi bosim ko'rib chiqiladi. Shu sababli, Burhave sindromining ko'p holatlari spirtli mastlik holati bilan bog'liq holda rivojlanadi. Boshqa keltirib chiqaruvchi omillar orasida og'ir yuk ko'tarish, defekatsiya, tug'ish, hurujsimon yo'tal, astmatik holatlar mavjud. Ba'zi mualliflar Burhave va Mallory-Weiss sindromlari o'rtasidagi morfologik farqlarni ta'kidlaydilar, chunki agar ular dastlab shilliq qavatni shikastlasa, qizilo'ngachning o'z-o'zidan yorilishi dastlab mushak qatlamining yaxlitligini buziladi deb xisiblashadi, aksincha boshqalari, bu o'zgarishlarni hisobga olishmaydi bu bitta emetogen sindromning turli shakllarini ko'rinishi deb xishoblashadi. Qizilo'ngachning o'z-o'zidan yorilishi ko'pincha pastki uchdan birida sodir bo'ladi, garchi yana barcha bo'limlarning yorilishi holatlari qayd etilgan. Qizilo'ngach nuqsonining o'z-o'zidan yorilishi bilan sezilarli o'lchamli defikatsiya mediastinitning tez rivojlanishiga olib keladi, va bu 80% xollarda o'lim bilan tugaydi. Qizilo'ngach kasalliklari orasida o'smalar, surunkali oshqozon yarasi va o'tkir (shu jumladan dorivor) yaralar, divertikullar, sifiliz va sil kasalligida uning devorlarining yaxlitligini buzish kuzatiladi. Sun'iy qizilo'ngachning teshilishi ham kamdan-kam uchraydigan holat bo'lib, uning paydo bo'lishi ikki omilga asoslanadi - keksa bemorlarda trasplantatga etkazib beradigan tomirlarning aterosklerozi tufayli oshqozon tarkibining trasplantantga qaytarilishi natijasida peptik va ishemik, yoki ante-torakal ichakning mexanik shikastlanishi oqibatida yuzaga keladi.

Bo'yin va ko'ks oraligi organlarining patologiyasi tufayli qizilo'ngachning butunligini buzilish oqibatida yuzaga kelgan mediastinit.

Shunday qilib, o'pka va plevradagi yiringli jarayon qizilo'ngachga kirib borishi va o'pka shishi bilan qizilo'ngach devorini yo'q qilish holatlari mavjud. Aorta anevrizmalarini ajratish orqali qizilo'ngachning teshilishlari haqida ham farzlar bor. Qizilo'ngachning teshilishlari strumit va tiroiditning asoratlari, ko'ks oraligi tuberkulyoz limfadeniti, shuningdek ko'ks oraligi sifilitik gummalarining

parchalanishi natijasida yuzaga keladi. O'tkir yaralarning juda kam uchraydigan teshilishlari bundan mustasno, yuqoridagi kasalliklarning barchasida qizilo'ngach devorining shikastlanishi asta-sekin, atrofdagi to'qimalarning aniq yallig'lanish-chegaralovchi reaksiyasi bilan birga keladi, buning natijasida yiringli mediastinitning keng tarqalgan shakllari amalda kuzatilmaydi. Qizilo'ngach-nafas olish va qizilo'ngach-plevra oqmalarining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Qizilo'ngachni yatrogen shikastlanishi tufayli yuzaga kelagan mediastinit.

Instrumental ta'sirlar, avvalgidek, qizilo'ngach teshilishlarining asosiy sabablaridan biri bo'lib, ba'zi statistik ma'lumotlarga ko'ra, ular barcha mexanik shikastlanishlarning 50% dan ortig'ini tashkil qiladi.

Yigirmanchi asrning boshlarida instrumental tekshiruvlar va manipulyatsiyalar paytida qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi 8-10% ga etdi va ma'lum turdagi asboblardan foydalanganda (Grefe tangasi, Vayss baliq suyagi va boshqalar) juda yuqori edi. Shu tufayli foydalanishdan butunlay voz kechishga majbur bo'lingan. Afsuski, hozirgi vaqtda qizilo'ngachning instrumental shikastlanishlari turli diagnostik tekshiruvlarda (oshqozon-ichak traktining barcha turlarini endoskopik tekshiruvlar, bronkoskopiya, mediastinoskopiya), terapevtik manipulyatsiyalarda (traxeya intubatsiyasi, kardiyo dilatatsiya, turli xil intubatsiyalar, kardiyo dilatatsiya, turli xil intraopatiyalar va boshqalar) kuzatiladi. Shuningdek, qizilo'ngachda uzoq vaqt qizilo'ngachzondlari va stentlar turishi oqibatida. Sog'lom qizilo'ngachning instrumental shikastlanishlari katta, chiziqli shaklga ega va ko'pincha bo'yin va yuqori ko'krak mintaqalarida lokalizatsiya qilinadi. qizilo'ngachni instrumental tekshiruvlar oqibatidagi chandiqli shikastlanishlari odatda kichik o'lchamlarga ega va ko'krak mintaqasida, asosan, strikturalar ostida joylashgan. Qizilo'ngachning bir xil va turli darajadagi ikki tomonlama teshilishlari mavjud..

Ezofagoskopiya paytida qizilo'ngachning shikastlanishi barcha avlodlar va firmalarning qattiq va moslashuvchan qurilmalaridan foydalanganda qayd etilgan. Qattiq apparat bilan qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi, uning diapazoni

hozirda asosan qizilo'ngachdagi begona jismlarni olib tashlash bilan cheklangan, bu 0,22 - 0,51% gacha baholanadi. Shu bilan birga, ba'zida to'g'ridan-to'g'ri travmatik vosita nima ekanligini aniqlash mumkin emas - apparatning o'zi, yod jism yoki ta'sir birlashtirilgan. Endi qattiq ezofagoskopiya umumiy anestiziya miorelaksantlar va o'pkani suniy vintilyasiyasi ostida, yod jismlarni olib tashlashda va qizilo'ngachning chandiqli torayishi bilan amalga oshirilishi kerakligi tan olingan. Bugungi kunda fibroesophagogastroskopiya bilan, Yu.V. Sineva malumotlariga ko'ra qizilo'ngachning yorilishining ko'k chastotasi 1:13800 (0,007%), ba'zi statistik ma'lumotlarda esa undan ham yuqori..

Endoskopik tekshiruv vaqtida qizilo'ngachning teshilish ehtimolini oshiradigan holatlar quyidagilardir::

- bemor bilan bog'liq - xalqumning nok shaklidagi keng sinuslari, qizilo'ngachning past mushak tonusi (ko'pincha kekxa odamlarda, ayniqsa ayollarda kuzatiladi), bezovtalanish harakati, aniqsa qusish refleksi, bo'yni va ko'krak umurtqalarida artrit o'zgarishlari, old yuzasida osteofitlarning mavjudligi, diffuz yoki tugunli buqoq mavjudligi;

- tekshiruvni amalga oshiruvchi shifokor bilan bog'liq - charchoq, shoshqaloqlik, tajriba etishmasligining etarli darajada ogriqsizlantirilmaganligi;

- uskunalar bilan bog'liq - yomon ko'rish, egilgan optika, uzoq boshqariladigan qism (eski dizayndagi tolali qurilmalarda)).

Ko'pincha bo'yin soxasining orqa devorining eng yuqori qismi shikastlanadi, bu pastki xalqum konstrikorning o'tishi paytida zo'ravonlik elementlari bilan bog'liq bo'lib, uning ostida to'g'ridan-to'g'ri xalqum-qizilo'ngach birikmasi zonasida joylashgan orqa devorning mushak membranasining zaifligi (Zenker divertikulining shakllanish joyi). Bo'yin soxasiga qaraganda torakal mintaqada o'ng devor 3-5 marta tez-tez ta'sirlanadi..

Qizilo'ngach shilliq qavatining an'anaviy biopsiya bilan shipsiyalar orqali ezofagoskopiya paytida biopsiyasi nisbatan xavfsiz manipulyatsiya bo'lib, undagi teshilishlar juda kamdan-kam hollarda - ko'rish maydoni chegarasida yallig'lanish shilliq qavatini (esophagit) haddan tashqari ushlab bilan sodir bo'ladi. Bundan

farqli o'laroq, qizilo'ngachning buzilmagan shilliq qavat orqali biopsiyasi teshilishning yuqori ehtimoli bilan bog'liq va uni ishlatmaslik kerak. Davolash maqsadida ezofagoskopiya paytida qizilo'ngachning penetratsion shikastlanishlari tasvirlangan - qizilo'ngachning varikoz kengayishi uchun skleroterapiya, diatermokoagulyatsiya bilan endoskopik polipektomiya, qizilo'ngachning chandiqli strikturasining endoskopik elektroxirurgik bujlash bunga misol bo'ldi. 40-85% hollarda qizilo'ngachning yorilishi endoskopik tekshiruv paytida yoki undan keyin darhol aniqlanmaydi.

Endoskop bilan qizilo'ngachning teshilishida qizilo'ngach nuqsonining o'lchami odatda qurilmaning diametriga to'g'ri keladi yoki undan oshadi. Bunday shikastlanishlar noto'g'ri yo'lning shakllanishi va mediastinit va / yoki boshqa asoratlarning tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi (agar soxta yo'l plevra yoki qorin bo'shlig'iga kirs). Diagnostik mediastinoskopiya va transkollar diagnostik mediastinotomiyaning asoratlari sifatida qizilo'ngachning shikastlanish holatlari tasvirlangan. Bunday hollarda odatda shikastlanish joyi chap traxeobronxial burchak bo'lib, qizilo'ngach chap asosiy bronxning orqasida joylashgan.

Adabiyotdalarida empiema va qizilo'ngachning yorilishi tufayli plevra bo'shlig'ini drenajlash paytida qizilo'ngachning teshilishi va laparoskopiya paytida oshqozonning o'ng plevra bo'shlig'iga tushishi haqida malumotlar mavjud..

Yatrogen yoriqlar turli xil jarrohlik aralashuvlardan so'ng qizilo'ngachning turli xil etiologiyali strikturalari va qizilo'ngach anastomozlarining strikturasining asoratlari sifatida qayd etilgan. Ba'zi usullar, xususan, ko'r bujlash, tez-tez teshilishlar tufayli hozir deyarli butunlay tark etilgan. Supero'tkazuvchilar ip bo'ylab bujlash usullarini qo'llash va ip bilan retrograd bujlash teshilishlar sonini kamaytirishga imkon berdi, lekin ularni butunlay yo'q qilmadi.

Qizilo'ngachning kimyoviy kuyishi natijasida paydo bo'ladigan paraezofagial to'qimalarning o'zgarishi, mexanik shikastlanganda, bir tomondan, yiringli jarayonning chegaralanishiga yordam beradi, boshqa tomondan, ancha yuqori 45% gacha mediastinoplevral va traxeozofagial oqmalar bilan kasallanish kuzatiladi. Ятрогенные повреждения пищевода зондами наблюдаются

редко. Yoriqning sababi, qoida tariqasida, qizilo'ngachning patologik (koma) yoki dori-darmonlar (miorilaksant ta'siri) atoniyasi sharoitida oshqozonni bo'shatish uchun probning qo'pol va shoshilinch o'tishidir. YM sun'iy qizilo'ngachning keyingi rivojlanishi bilan zond teshilishlari tasvirlangan. Ilgari, rezina naychalar uzoq muddatli nazogastral intubatsiya uchun ishlatilganda, qizilo'ngachning yarali turi bo'yicha teshilishi holatlari mavjud edi. Shilliq qavatdagi fokal nekrotik o'zgarishlar rezina zondning qizilo'ngachda qolishining 3-4-kunida allaqachon kuzatiladi. Silikon zondlardan foydalanganda bunday asoratlar tasvirlanmagan. Oshqozonning yopiq hipotermiyasi, qizilo'ngach tomirlaridan qon ketishini to'xtatish, qizilo'ngach ichidagi balon manometriyasi va transözofagial ekokardiyografiya uchun ishlatiladigan balon problari tufayli yuzaga keladigan teshiklar ko'proq uchraydi. Balon zondlari bilan qizilo'ngachning yorilishi mexanizmlari har xil - balonning juda tez inflyatsiyasi, qizilo'ngachda bo'lganida zondning me'da baloni noto'g'ri shishishi, qizilo'ngach devoir yarasi balonning shishgan holatda uzoq vaqt qolishi. , bemor zondi puflangan balon bilan mustaqil ravishda olib tashlashga urinishi. Traxeya intubatsiyasi paytida qizilo'ngachning yuqori segmenti va xalqumning laringeal qismining piriform sinuslar hududida yorilishi 0,01 - 0,006% chastota bilan kuzatiladi. Ushbu asoratning paydo bo'lishiga bir qator holatlar yordam berishi mumkin. Ular orasida bemorlar bilan bog'liq holatlarni ajratib ko'rsatish mumkin: qisqa bo'yin, uzun tishlar, bo'yin umurtqa pog'onasi osteoxondrozi; va intubatsiyaning o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq bo'lgan holatlar: yurak to'xtashi, asfiksiya, oshqozon tarkibining regurgitatsiyasi, qusishning aspiratsiyasi, tajribasiz mutaxassis tomonidan qo'pol manipulyatsiyalar paytida shoshilinch manipulyatsiyalar. Ko'pincha laringoskop pichog'i endotrakeal naychanning yoki o'tkazgichning distal uchlarini kamroq shikastlovchi vosita sifatida ishlaydi. Qoida tariqasida, umumiy anestiziya ostida shikastlanish vaqtida sezilmaydi, bu jarohatlar odatda kech tashxis qilinadi, mediastinitning muqarrar rivojlanishi kuzatiladi.

Ko'pincha qizilo'ngachning shikastlanishi palliativ bujlash, rekanalizatsiya va qizilo'ngach o'smalari uchun endoprostetik usullarning turli usullari bilan sodir bo'ladi.

Endoprotezni almashtirishdan keyin uzoq muddatli davrda qizilo'ngachning shikastlanishi protez qizilo'ngach o'qiga burchak ostida joylashganida va trubka rozetkasining o'lchami ta'sirlanmagan qizilo'ngachning diametriga to'g'ri kelmasa paydo bo'ladi. Ko'pincha teshilishlar o'simta o'rta torakal soxada aniqlanganda, aorta yoyi, protez va umurtqa pog'onasi o'rtasida o'simtaning doimiy siqilishi tufayli qayd etiladi. Stentlarni o'rnatish paytida teshilish chastotasi 7% ga etadi va qizilo'ngach-traxeya oqmalarining shakllanishi 39% ni tashkil qiladi, bu esa palliativ yordamning boshqa usullarini afzal ko'radi, xususan. lazerli rekanalizatsiya. Ahalaziya kardiyasini kardiodilatatsiya usuli bilan davolashda qizilo'ngach shikastlanishi barcha turdagi kardiodilatorlarni qo'llash bilan kuzatilgan. Yoriqlar sharlardagi ruxsat etilgan bosimdan (360 mm Hg) oshib ketishi va bosimning ko'tarilish tezligi, Shtark dilatoridan foydalanganda esa uning shoxlari kengayishining yuqori tezligi tufayli yuzaga kelgan. A.M.Olsen malumotlariga ko'ra kardiodilatatsiyada qizilo'ngach yorilishi 2% da qayd etilgan, N.V. Bebia - bu usul bilan davolangan bemorlarning 0,5% da kuzatilgan. Bunday jarohatlar bilan mediastinitni rivojlanish ehtimoli 100% ga yaqin, o'lim darajasi 80% dan ortiq. Bo'yin umurtqa oldingi korporodezdan keyin trasplantant uzoq vaqt turishi.

Qizilo'ngachning yatrogen shikastlanishlarida YMning rivojlanish chastotasi va tezligi nuqsonning kattaligiga, qizilo'ngach va shikastlovchi ob'ektning ifloslanishiga, periezofigial to'qimalarda oldindan mavjud bo'lgan o'zgarishlarning og'irligiga va nihoyat, vaqtga bog'liq. tashxis qo'yish va adekvat davolashni boshlash.

Qizilo'ngach shikastlanganda mediastinal to'qimalarda yiringli-fibrinli yallig'lanish o'zgarishlarining rivojlanishi o'rtacha 6-8 soatdan keyin sodir bo'ladi. Instrumental jarohatlarda nuqson odatda sezilarli bo'lganligi sababli, yiringli mediastinit boshqa turdagi jarohatlarga qaraganda tezroq va tez-tez rivojlanadi.

Anesteziya ostida qizilo'ngachning shikastlanishi bilan, seroz yallig'lanish bosqichining davomiyligi, aksincha, biroz oshadi. Qizilo'ngachning shikastlanish kursi va prognozini aniqlaydigan yiringli mediastinitning rivojlanishi. Birlamchi teshilgan mediastinitda o'rtacha o'lim 30-40% ga etadi.

BOSHA BIRLAMCHI MEDIASTINITLAR

Yiringli mediastinitning rivojlanishining sababi sifatida yuqori nafas yo'llarining yorilishi juda kam uchraydi. Ko'pincha, bu zarar tashqi nafas olishning qo'pol buzilishi tufayli jabrlanuvchining tez o'limiga olib keladi. O'z vaqtida va muvaffaqiyatli tibbiy yordam ko'rsatish holatlarida, hujayrali bo'shliqlarning past ifloslanishi tufayli infeksiyon asoratlarning chastotasi qizilo'ngach teshiklari bilan solishtirganda sezilarli darajada past bo'ladi. Shikastli intubatsiya paytida traxeyaning yorilishi, tiqilib qolgan manjetda haddan tashqari yuqori bosim bilan uzoq vaqt mexanik ventilyatsiya va etarli bo'lmagan o'lchamdagi endotrakeal naychalardan foydalanish natijasida mediastinit rivojlanishi holatlari tasvirlangan. Mediastinit ichki organlarga zarar etkazmasdan bo'yin va mediastinning sovuq va o'q otish jarohatlaridan keyin rivojlanishi mumkin. B.V. Petrovskiyning yozishicha, penetratsion o'q jarohatlari bilan, mediastinal gematoma va mediastinal amfizem mavjudligiga qaramay, yiringli mediastinit kamdan-kam hollarda kuzatilgan.

Ko'r-ko'rona kontaminatsiyalangan yaralar bilan, "to'g'ridan-to'g'ri va doimiy yangilanadigan mediastinal to'qimalar infeksiyasi" bo'lganda, aksincha, diffuz tez progressiv yiringli mediastinit rivojlandi, uning natijasi, qoida tariqasida, o'linga olib keldi..

Ichki organlarga zarar etkazmasdan ko'krak qafasining yopiq shikastlanishidan keyin mediastinitning rivojlanishi - gematomaning yiringlashi tufayli - ko'pincha to'sh suygini sinishidan keyin kuzatiladi (Galen tomonidan qilingan mediastinitning birinchi tavsifiga o'xshash holatlar). Muvaffaqiyatli reanimatsiya paytida yuzaga kelgan to'shning yatrogenik sinishidan keyin yiringli mediastinit rivojlanishining tavsifi ham mavjud. Kushkieri J.ning ma'lumotlariga ko'ra, sternumning yopiq sinishidan keyin oldingi GM bilan kasallanish 11,5% ni

tashkil qiladi va eng ko'p qo'zg'atuvchisi metitsilliga chidamli Staphylococcus aureus hisoblanadi. Birlamchi HM rivojlanishining noyob sababi markaziy venoz kateterlarning ekstravazal migratsiyasi tufayli yuzaga keladigan mediastinning infeksiyasi.

Operatsiyadan keyingi mediastinit

YM ning rivojlanishi barcha turdagi jarrohlik aralashuvlardan so'ng mumkin, bunda u yoki bu tarzda mediastinal organlar va / yoki ular bilan aloqa qiladigan hujayrali bo'shliqlar ta'sir qiladi. Darhol shuni ta'kidlash kerakki, bu doira endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladigan barcha operatsion imtiyozlarni o'z ichiga oladi. Traxeya intubatsiyasining asoratlari bilan bog'liq YM ning rivojlanish mexanizmlari va xususiyatlari birlamchi mediastinit bo'limida tasvirlangan..

Ko'pgina hollarda, ko'ks oralig'i organlariga bevosita aralashuvdan so'ng YM birlamchi mexanizmlarga muvofiq rivojlanadi. O'z navbatida, faqat ko'ks oraligi bilan aloqa qiladigan hujayrali bo'shliqlar manfaatdor bo'lgan aralashuvlardan keyin YM odatda ikkilamchi mediastinit sifatida rivojlanadi..

Bosh va bo'yin organlarida operatsiyalardan keyin yuzaga kelgan mediastinit.

Bosh va bo'yin a'zolaridagi operatsiyalar an'anaviy ravishda eng toza jarrohlik aralashuvlarga tegishli, ulardan keyin yiringli asoratlar juda kam uchraydi. Shunga qaramay, ulardan keyin ham birlamchi, ham ikkilamchi mexanizm bilan YM rivojlanishi holatlari qayd etilgan. Birlamchi mexanizm bilan GM rivojlanishining asosiy sababi qizilo'ngachning tasodifiy sezilmaydigan shikastlanishidir. Klassik misol - shoshilinch traxeotomiya paytida skalpelning traxeyaning nazoratsiz kirishi tufayli traxeyaning orqa devori bilan birga qizilo'ngachning old devorining shikastlanishi. YM rivojlanishiga olib kelgan qizilo'ngachning bo'yin soxasi tasodifiy sezilmagan shikastlanishlari qalqonsimon bezda saratonidagi va operatsiyalar, 40ta qalqonsimon bezda takroriy jarrohlik aralashuvlar, halqumni ekstirpatsiya qilish va traxeyani rezektsiya qilish paytida, saraton, keng ko'lamli rezektsiyalardan keyin rekonstruktiv operatsiyalar paytida,

yuqori nafas yo'llarining o'smalariga aralashuvlar qayd etilgan. Umurtqa pog'onasining bo'yni va yuqori ko'krak soxasi turli xil jarrohlik aralashuvlar paytida qizilo'ngachning orqa devorining shikastlanishi tufayli yiringli mediastinitning rivojlanishi holatlari tasvirlangan. Xuddi shu narsa orqa miya oldingi korporodez uchun ishlatiladigan tuzilmalarning uzoq vaqt bosimi tufayli qizilo'ngachning yarasi rivojlanishi tufayli qayd etilgan. Qizilo'ngachning shikastlanishining zaruriy shartlari bo'yin a'zolarining topografik va anatomik munosabatlaridagi patologik o'zgarishlar va operatsiya texnikasining buzilishi (etarlicha kirish, qo'pol tortish va to'qimalarni asboblardan bilan ushlab va boshqalar). Bosh va bo'yin a'zolaridagi operatsiyalardan keyin ikkilamchi mexanizm bilan YM rivojlanishi ham banal yiringli jarayon variantida, ham nekrotik fasiitning tushish variantida rivojlanishi mumkin. Birinchi turdagi holatlar vaqti-vaqti bilan kuzatiladi:

a) bo'yinning a'zolari va bo'yindan tashqari o'smalari uchun keng qamrovli rezektsiya aralashuvi va keyingi rekonstruktiv operatsiyalardan so'ng;

b) bo'ynidagi yiringli jarayonlar uchun radikal bo'lmagan operatsiyalardan so'ng (agar qayta aralashuv o'z vaqtida amalga oshirilgan bo'lsa). Bunday hollarda YM nisbatan qulay, jarayon yuqori ko'ks oraligi bilan chegaralanadi, o'limga olib keladigan natijalar kam uchraydi.

Davolash tegishli bo'limlarda ko'rsatilgan umumiy tamoyillarga to'liq muvofiq ravishda amalga oshiriladi. O'tkir yoki dekompensatsiyalangan surunkali infeksiyalar fonida yoki bo'yin a'zolariga jarrohlik aralashuvlardan so'ng og'ir immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda avj olgan nekrotik fasiit turiga ko'ra YM rivojlanishi mumkin. Shunday qilib, traxeostomiyadan so'ng qizilo'ngachga zarar etkazmasdan pastga tushuvchi GM rivojlanishi holatlari Yu.A. Kogosov 45 yoshli erkakda, o'tkir respirator kasallik fonida rivojlangan halqumning o'tkir stenozini uchun aralashuvdan o'tgan; Bo'yin a'zolaridagi operatsiyalardan so'ng tushayotgan nekrotik yiringli jarayonlarning rivojlanishining ma'lum qonuniyatlarini rejalashtirilgan tarzda tonzillektomiyadan keyin rivojlanadigan GM misolida ko'rish mumkin. S.K. Boenko shunga o'xshash 7 ta holatni tahlil qilib, ularning

aksariyati bahorda qayd etilganini va deyarli barcha bemorlarda rejalashtirilgan operatsiyadan 1-1,5 oy oldin o'tkir respirator kasallik bo'lganligini ta'kidladi. Bu holatlar bemorlarda shubhasiz immunitet tanqisligi mavjudligini ko'rsatadi. Shu bilan birga, yiringli jarayonning fulminant nazoratsiz rivojlanishi holatlari yo'q edi. Bachadon bo'yni chuqur xo'ppozi tashxisi, qoida tariqasida, 10-12-kunlarda qo'yiladi, garchi anamnezga ko'ra, flegmona va parafaringeal bo'shliqning xo'ppozlari operatsiyadan keyingi 3-5-kunlarda shakllana boshlagan. Bosh va bo'yin a'zolaridagi operatsiyalardan keyin mediastinitni davolash usulini tanlash asoratning rivojlanish sababiga qarab amalga oshiriladi. Qizilo'ngachni ajratish ko'p hollarda nazogastral intubatsiya, sanasiya va mediastinni drenajlash bo'yin ekstraplevral yo'llar orqali kirilganda amalga oshiriladi.

Qizilo'ngach va oshqozon operatsiyalardan keyin rivojlangan mediastinit.

Qizilo'ngach va oshqozonda operatsiyalardan so'ng mediastinit, qoida tariqasida, ichak naychasining shikastlanishi tufayli birlamchi mexanizm bo'yicha rivojlanadi. Adabiyotda buzilmagan ichak trubkasi va havo yo'llari bo'lgan qizilo'ngachga aralashuvdan so'ng YM rivojlanishi mumkinligi haqida bayonotlar mavjud, ammo biz bunday holatlarni kuzatmadik..

Ichak trubasining uzluksizligini bir vaqtning o'zida tiklash bilan qizilo'ngachda rezektsiya aralashuvidan keyin YM rivojlanishining eng keng tarqalgan sababi ko'ks oralgida joylashgan qizilo'ngach anastomozlarining ishlamay qolishi hisoblanadi. Ushbu asorat odatda operatsiyadan 3-10 kun o'tgach rivojlanadi.

Ushbu asorat rivojlanadigan operatsiyalarning tabiati turli xil kombinatsiyalar va texnik variantlarda saraton kasalligi uchun qizilo'ngachni rezektsiya qilish va ekstirpatsiya qilish, qizilo'ngachni oshqozon, ingichka va yo'g'on ichak bilan plastik jarrohlik, begona jismlarni olib tashlash uchun qizilo'ngachni olib tashlashdir.

Muvaffaqiyatsizliklarning asosiy sababi mobilizatsiyadagi texnik nuqsonlar bo'lib, organlarning qon ta'minoti buzilishiga olib keladi va tikuv

tikish. Распространенные нарушения кровоснабжения, помещенных в средостение желудочных и кишечных трансплантатов приводят к их некрозу. Развитие медиастинитов в таких случаях происходит быстро - зачастую еще до возникновения механических дефектов кишечной трубки.

Qizilo'ngach va kardiya saratoni uchun bir vaqtning o'zida radikal aralashuvlarda o'lim darajasi bugungi kunda 10,1 - 39,3% ni tashkil qiladi, yuqumli asoratlar tanatogeneza etakchi rol o'ynaydi, chunki YM o'limining bevosita sababi 16% hollarda paydo bo'ladi.

Qizilo'ngach bo'shlig'ining ochilishi ta'minlanmagan jarrohlik aralashuvlardan so'ng (kardiya ahalaziyasi uchun kardiomiomiya, leiomyomiya olib tashlash, fundoplikatsiya) operatsiyadan keyingi mediastinit rivojlanishining asosiy sababi qizilo'ngachning tasodifiy sezilmaydigan shikastlanishidir. Kardiyaning achalaziyasini jarrohlik davolashda qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi 4 - 8% ni tashkil qiladi, Xeller operatsiyasi paytida operatsiya shikastlanishi ehtimoli ayniqsa yuqori. Leiomyomiya olib tashlash paytida shikastlanishning asosiy sharti o'simtani olib tashlangandan keyin shilliq qavatning qisqarishi bo'lib, buning natijasida nuqson mushak membranasini ostiga tushib, sezilmasligi mumkin va sezilgan joy to'liq tikilmasligi mumkin. Oshqozon jarrohligidan keyin YM rivojlanishi holatlari juda kam uchraydi, chunki. qorin bo'shlig'i qizilo'ngachning sezilmaydigan shikastlanishi yoki diafragma ostida joylashgan qizilo'ngach va ezofagogastroanastomozlarning to'lovga layoqatsizligi bilan ichak trubasining tarkibi qorin bo'shlig'iga kiradi. Agar nuqson diafragmaning qizilo'ngach ochilishi darajasiga yetganda, ayniqsa ikkinchisi kengaytirilganda yoki pastki ko'krak qizilo'ngachning diafragmotomiya va / yoki transhiatal mobilizatsiyasi amalga oshirilgan bo'lsa, ular mumkin. Gastrektomiya va oshqozonning proksimal rezektsiyasidan keyingi holatlarga qo'shimcha ravishda, vagotomiyadan keyin qizilo'ngachning tasodifiy sezilmaydigan shikastlanishi tufayli YM rivojlanishining ma'lum bir ehtimoli mavjud.

Vagotomiyaning har xil turlarida qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi 0,2% dan 1,7% gacha, bu texnikani o'zlashtirish davrida va takroriy operatsiyalar paytida ayniqsa yuqori.

Kadiozofagial birikma zonasida asboblar bilan ham, barmoq bilan ham qo'pol manipulyatsiyalar qizilo'ngachning tasodifiy intraoperativ shikastlanishiga olib keladi.

Ehtimol, bunday harakatlarning eng dahshatli misoli vaqti-vaqti bilan oshqozon rezektsiyasi paytida qo'pol tortishish tufayli qizilo'ngachdan oshqozonning intraoperativ aralashuvi holatlari kuzatiladi. Noto'g'ri shikastlanish uchun anatomik omillar:

- qorin bo'shlig'i qizilo'ngachining qisqarishi,
- yurak-qizilo'ngach birikmasi hududida shilliq qavatda yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligi;
- paraqizilo'ngach to'qimalarida sikatrik o'zgarishlar;
- diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasining mavjudligi.

Tasodifiy etkazilgan zararni qasddan aniqlay olmaslik va shuning uchun ularni bartaraf etmaslik va rejalashtirilgan nuqsonlarni etarli darajada bartaraf etishning texnik prognozlari quyidagilardir:

- ishlayotgan hududning etarli darajada ta'sir qilmasligi va yoritilishi;
- operativ yordam vositalarining texnikasi va texnologiyasiga rioya qilmaslik;
- ichak naychasining mexanik yaxlitligini tekshirish bo'yicha intraoperativ tadbirlarni bajarmaslik.

Shuni ta'kidlash kerakki, operatsiyadan keyingi GMni rivojlanish ehtimoli qizilo'ngach-oshqozon birikmasining endoskopik jarrohligida qoladi.

Qizilo'ngachga aralashuvdan so'ng operatsiyadan keyingi erta davrda rivojlanayotgan GMning klinik belgilari juda yomon. Mahalliy belgilar, qoida tariqasida, ifoda etilmaydi va operatsiyadan keyingi davrning odatiy ko'rinishlari fonida aniqlash qiyin.

Tashxis ob'ektiv usullarni erta qo'llashga asoslanadi, bu bemorlarni boshqarish uchun standart protokolning majburiy komponenti bo'lishi kerak.

Qizilo'ngach va oshqozonga aralashuvdan so'ng mediastinitni jarrohlik davolash asosiy YMni davolashning umumiy tamoyillariga muvofiq amalga oshiriladi. Bu mediastinning sanitariyasi va drenaji; qizilo'ngachning yopilishi; manbani yo'q qilish - iloji bo'lsa. Operatsiyadan keyin asorat qanchalik tez rivojlansa, jarrohlik taktikasi qanchalik faol bo'lishi kerak..

Plastmassa va rezektsiya-plastik aralashuvlardan so'ng transplantatsiya nekrozi bo'lsa, yagona mumkin bo'lgan variant - trasplantant olib tashlash va qizilo'ngach va oshqozonni ezofagostomiya va gastrostomiya hosil qilish bilan ajratish.

YM manbai qizilo'ngachning tasodifiy sezilmaydigan shikastlanishi yoki mediastinada joylashgan anastomozning erta etishmovchiligi bo'lgan hollarda takroriy jarrohlik aralashuvi ko'rsatiladi. Kamchilikni tikish va mediastinni drenajlash qizilo'ngach bilan to'ldirilishi kerak, uning texnikasi nuqsonning lokalizatsiyasi va gastroezofagial reflyuks ehtimoli bilan belgilanadi.

Muvaffaqiyatsizlik kech (operatsiyadan 7-9 kun o'tgach) sodir bo'lgan hollarda, davolash usulini tanlash mediastindagi yiringli jarayonning tarqalishi, xo'ppozni ichak trubasining lümenine drenajlashning etariligi va mavjudligi bilan belgilanadi. kislotali reflyuksiyadan.

Aniq gastroezofagial reflyuksiya bo'lmasa, qizilo'ngachning lümenine etarli darajada oqadigan ajratilgan xo'ppozlar bilan konservativ davolash mumkin. Ushbu parametrlarni baholash uchun qizilo'ngachning kontrastli rentgenologik tekshiruv, ezofagoskopiya, anastomoz nuqsoniga suvda eruvchan kontrastni kiritish bilan mediastinografiya va kompyuter tomografiyasi qo'llaniladi.

Konservativ davoning tarkibiy qismlari nazogastral intubatsiya, deeskalatsiya tamoyiliga asoslangan massiv antibakterial terapiya, oqishning endoskopik sanitariyasi. Davolashning samaradorligi mezonlari - takroriy kontrastli radiologik tadqiqotlar davomida intoksikatsiya namoyon bo'lishining kamayishi, tana vaznining saqlanishi va ortishi, oqish hajmining kamayishi.

Keng tarqalgan, etarli darajada drenajlanmagan xo'ppozlar, og'ir reflyuks yoki konservativ chora-tadbirlar kompleksining samarasizligi bilan bemorning hayotini saqlab qolishning yagona haqiqiy imkoniyati - bu oshqozon va qizilo'ngachni ajratish bilan takroriy aralashuv..

O'pka operatsiyasidan keyin yuzaga kelgan mediastinit.

O'pkadagi operatsiyalardan keyin YM rivojlanishining mumkin bo'lgan sabablaridan biri, shuningdek, qizilo'ngachning bevosita yaqinidagi intraoperativ manipulyatsiyalar paytida tasodifiy shikastlanishi, malign neoplazmalar uchun kengaytirilgan aralashuvlar paytida qizilo'ngachni rezektsiya qilishdir.

Ko'krak qafasidagi operatsiyalar paytida qizilo'ngachning intraoperativ shikastlanishiga surunkali yallig'lanish jarayoni, plevra bo'shlig'idagi keng qamrovli yopishishlar yordam berishi mumkin, bu organlarning topografik va anatomik munosabatlarini buzadi va ularning siljishiga olib keladi, bu safarbarlik paytida yo'nalishni qiyinlashtiradi. Ba'zida mobilizatsiya qizilo'ngach devoriga qon ta'minoti buzilishi va operatsiyadan keyingi davrda fistula paydo bo'lishiga olib keladi.

Tabiiyki, o'pka ildizi elementlarining yuqori (lekin intraperikard emas) kesishishi, tikuv moslamalarini o'rnatish va bronxial dumlarning plevriti bilan zararlanish ehtimoli katta.

Qizilo'ngachning tortish divertikulini aniqlanmagan bog'lash yoki kesish bilan intraoperativ shikastlanish mumkin. J.P. Pulmonektomiyaning bir asoratini kuzatgan Gamondes. Biroq, ko'pincha o'pkaga aralashuvdan so'ng mediastinal to'qimalarning yallig'lanishi qizilo'ngachdagi nuqson tufayli emas, balki bronx dumining ikkilamchi etishmovchiligi yoki interbronxial va traxeobronxial anastomozlar tufayli yuzaga keladi. Ko'pgina hollarda, bunday o'zgarishlar o'pkaning yuqumli destruktiv bo'lishining og'ir keng tarqalgan shakllari (gangrena, gangrenali xo'ppoz) va ikkilamchi infeksiya bilan o'sma bo'yicha operatsiyalardan keyin sodir bo'ladi. Bu o'zgarishlar deyarli hech qachon tez-tez uchramaydi - bu xo'ppoz deb ataladigan yoki kapsula bilan chegaralanmagan, ammo baribir peribronxial to'qimalarda mahalliy yiringli-nekrotik o'zgarishlar bo'ladi, ehtimol bu

holatda mediastinning drenajlanishiga hech narsa xalaqit bermaydi. plevra bo'shlig'iga. Shuni ham e'tirof etish kerakki, o'pka ildizi hududidagi tolalardagi birlamchi yallig'lanish o'zgarishlari yoki bronx dumining etishmovchiligi, aftidan, aniq echimga ega emas va qo'shimcha tadqiqotlarni talab qiladi.

Yuqorida aytilganlarga asoslanib, o'pkaga aralashuvdan keyin YM ning oldini olish bronxial cho'ltogini qobiliyatsizligi va qizilo'ngachning tasodifiy shikastlanishining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar yig'indisidir.

Sternotomiyadan keyin rivojlangan mediastinit.

Sternotomiyadan keyingi yiringli mediastinit (PSM) muammosining ahamiyatini ortiqcha baholab bo'lmaydi. Yiringli mediastinitning paydo bo'lishi sternotomiyaga kirishdan amalga oshirilgan barcha turdagi operatsiyalar, shu jumladan timektomiyalardan so'ng qayd etilgan. Biroq, eng katta klinik va iqtisodiy ahamiyatga ega, albatta, kardiya jarrohlikdan keyin PGM. Dunyoda har yili o'rtacha sternotomiya usuli orqali milliondan ortiq yurak operatsiyalari amalga oshirilganligi sababli, ushbu asoratning chastotasi 0,23 - 3,8% (jarohatlarning umumiy infeksiyasi 1 - 4,3%) oralig'ida, aslida, degan ma'noni anglatadi. u rivojlanmaydi, yiliga 10 000 dan kam bemor. Bir qator yirik statistik ma'lumotlarga ko'ra, yurak jarrohligidan keyin GM bilan kasallanish bo'yicha ma'lumotlar 0,64 dan 1,3% gacha.

Birlamchi yiringli mediastinit barcha turdagi kardiojarrohlikdan keyin kuzatiladi:

- yurak va katta tomirlarning tug'ma va orttirilgan nuqsonlari uchun radikal va palliativ aralashuvlar;
- koronar anatomiyaning har xil turlari (shu jumladan minimal invaziv usullar), yurak transplantatsiyasi va yurak-o'pka kompleksi; perikarddagi operatsiyalar;
- yurak va qon tomirlarining o'smalari uchun aralashuvlar.

GM rivojlanishining eng past chastotasi tug'ma nuqsonlar bo'yicha aralashuvlardan so'ng qayd etilgan deb ishoniladi, ular koronar arteriyalarni

aylanib o'tishdan keyin va hatto orttirilgan malformatsiyalar bo'yicha operatsiyalardan keyin ham kuzatiladi.

GMning boshqa ko'rib chiqilgan shakllaridan farqli o'laroq, poststernotomiya mediastinit nozokomial infeksiyaning klassik variantidir.

Poststernotomiyadan keyingi mediastinitning xususiyatlari - oldingi mediastinning to'qimalariga deyarli zarar etkazish va sternumning yiringli-nekrotik jarayoniga tez-tez aralashish, shuningdek, yurak jarrohligidan o'tgan bemorlar kontingentining o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqadigan o'ziga xos daqiqalar.

Poststernotomiya YM paytida mediastinal to'qimalarning infeksiyasi ham ekzogen, ham endogen tarzda sodir bo'lishi mumkin. Tashqi muhit ob'ektlari orasida xodimlarning qo'llari, ish kiyimlari va jihozlari infeksiya manbai sifatida eng muammoli hisoblanadi. Biroq, yuqori nafas yo'llarida, teri yuzasida va boshqalarda lokalizatsiya qilingan flora bilan endogen infeksiya hali ham ustunlik qiladi. Bu DNK orqali patogenlarni aniqlash usullaridan foydalangan holda bir qator jiddiy tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Endogen infeksiyaning asosiy rolining yana bir tasdig'i operatsiyadan oldin asemptomatik bakteriemiya bo'lgan bemorlarda BYM chastotasining oshishi hisoblanadi. Sterilizatsiyaning zamonaviy usullarini qo'llash tikuv materiallari va allogren greftlar bilan bog'liq bo'lgan implantatsiya infeksiyasi muammosini to'liq hal qilish imkonini berdi. Organ transplantatsiyasi operatsiyalari paytida, agar donorda operatsiyadan oldin grammanfiy bakteriemiya bo'lsa, mediastinit rivojlanish xavfi ortishi isbotlangan. Operatsiyadan keyingi oldingi YM operatsiyadan keyin 4 kundan bir yilgacha rivojlanishi mumkin, lekin ko'p hollarda u birinchi 2 - 2,5 haftada kuzatiladi.

Mutlaq ko'p hollarda sternotomiyadan keyingi mediastinitning tarqalishi oldingi mediastin bilan chegaralanadi, bu mediastinning fastsiya shakllanishining anatomik xususiyatlari bilan to'liq tushuntiriladi. N.N. Shixverdiev o'tkir old sternotomiyadan keyingi mediastinitni cheklangan, subtotal, total va mediastinoperikarditlarga ajratadi. Boshqa tasniflar mediastinal to'qimalarning shikastlanishi va sternumning jarayonda ishtirok etish xususiyatiga asoslanadi.

XULOSA

Mediastin to'qimalarining yiringli yallig'lanishi - yiringli mediastinit - yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik infeksiyasining eng og'ir shakllaridan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu azob-uqubatlarning tarqalishi pasayish tendentsiyasiga ega emas. Yillar davomida birlamchi va ikkilamchi yiringli mediastinit bilan kasallanish yiliga 100 000 kishiga 0,15 - 0,6 oralig'ida o'zgarib turdi. Shu bilan birga, mediastinal to'qimalarning yiringli yallig'lanishining birlamchi va ikkilamchi shakllari o'rtasidagi nisbat juda barqaror - 2: 1. Operatsiyadan keyingi yiringli mediastinit muammosi ham dolzarbligicha qolmoqda. Yiringli mediastinitni davolash natijalari hozirgi kunga qadar ko'p hollarda juda quvonarli emas. Bu borada erishilgan muayyan muvaffaqiyatlar, birinchi navbatda, ixtisoslashtirilgan shifoxonalar faoliyati bilan bog'liq bo'lsa, tashxisning o'z vaqtida qo'yilishi kasallikning aksariyat holatlari natijasi uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega, demak, birlamchi aloqa shifokorlarining malakasi. , shuningdek, amaliyotida yiringli mediastinit rivojlanishi mumkin bo'lgan mutaxassislar - stomatologlar, otorinolaringologlar va boshqalar.

Yiringli mediastinit muammosi o'ziga xos bo'lib, bu patologiyani yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik infeksiyasining og'ir shakllarining umumiy sonidan ajratib turadi. Yiringli mediastinit rivojlanishining sabablarining sezilarli xilma-xilligi, bir tomondan, klinik ko'rinishlarning o'zgaruvchanligini aniqlaydi, boshqa tomondan, bemorlarning birlamchi tekshiruv turli mutaxassisliklar shifokorlari tomonidan o'tkazilishiga olib keladi. Mavjud vaziyatning natijasi tibbiy yordamning birlamchi bosqichlarida yo'l qo'yilgan diagnostika xatolarining

katta chastotasidir. Bemorlarda diagnostika xatolarining chastotasi 90% ga etadi va birinchi navbatda shifokorlarning kasallikning klinik ko'rinishi va tashxis qo'yish tamoyillari to'g'risida etarli ma'lumotga ega emasligi bilan bog'liq..

Yiringli mediastenit diagnostikasi natijalarini yaxshilashdan iborat bo'lgan asosiy maqsad uslubiy tavsiyaning birinchi qismini ishlab chiqish uchun asos bo'lib xizmat qilgan muammoning asosiy jihatlarini bilish.

O'quv faoliyati o'zining asosiy maqsadi sifatida keng doiradagi amaliyotchilarning yiringli mediastantlar diagnostikasi bo'yicha bilim darajasini oshirishdan iborat bo'lib, bu patologiyani bakalavrlar, magistrlar va amaliy tibbiyot mutaxassislari, shuningdek mutaxassislar uchun o'quv rejasiga kiritish orqali erishiladi. tibbiyot xodimlarini tayyorlash kursida.

ADABIYOTLAR

1. Абакумов М.М. Гнойный медиастинит// Хирургия.-2004.-№5.- С.82-85.
2. Абакумов М.М. и соавт. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике медиастинита // Хирургия. 2001. - № 7. - С. 9-12.
3. Агапов В.В. Применение эндоскопических методик при хирургическом лечении гнойных медиастинитов // Эндоскопическая хирургия.- 2001. - № 2. - С. 2.
4. Агапов В.В. Диагностика и лечение гнойных медиастенитов//Диссертация д.м.н. – 2005-С.283
5. Белый О.Н. Лечебная тактика при шейном медиастините // Здоровоохранение Белоруссии.- 1989. - № 3. - С. 58-60.

6. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди: Руководство для врачей / СПб. : Гиппократ, 2000. - 312 с.
7. Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения . -М. : Медицина, 1977. С. 375-390.
8. Алиев М.А. и соавт. Вопросы профилактики послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу осложненных форм свищей пищевода // Новые технологии в хирургии : труды международного конгресса. Ростов-на-Дону, 2005. - С. 153-154.
9. Глушак В.С., Мазченко С.Н., Дорошенко Т.А. Ошибки и трудности лечения гнойного медиастинита // Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии-. Иркутск, 1986. - Ч. 2. -С. 167.
10. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии : Руководство для врачей - . М., 2004. - 584 с.
11. Гришин И.Н. Видеоторакоскопическая медиастинотомия и дренирование средостения в лечении повреждений пищевода, осложненных развитием медиастинита // Эндоскопическая хирургия.- 2002. - № 2. - С. 30.
12. Робустова Т.Г. и соавт. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастинита // Стоматология.- 1996. - № 6. - С. 28-32.
13. Жураев Ш.Ш. Лечение перфораций пищевода при его рубцовом сужении // Грудная хирургия.- 1987. - № 3. - С. 62-64.
14. Иванов А.Я. Абсцессы и флегмоны средостения. -Ленинград : Медгиз, 1959.- С. 147. 14. Каншин Н.Н. Новые методы лечения гнойных медиастинитов // Актуальные вопросы грудной хирургии : тезисы докладов. - Кишинев, 1985. С. 72-74.
15. Каншин Н.Н. Профилактика и лечение гнойного медиастинита // Вестник хирургии.- 1973. - № 3. - С. 103-106.
16. Каншин Н.Н. Чрезпищеводное эндоскопическое дренирование средостения при перфорационном медиастините // Вестник хирургии.- 1983.- - № 2. - С. 24.

17. Колос А.И. и соавт. Хирургическое лечение и интенсивная терапия разлитого гнойного медиастинита, осложненного пиотораксом и внутрикишечным кровотечением// Грудная хирургия -1989.- № .- С. 93-95.
18. Колос А.И., Ракишев Г.Б., Такабаев А.К. Актуальные вопросы торакальной хирургии.-2006.-Алматы ,Алаш.- 146 стр.
19. Комаров Б.Д. и соавт. Повреждения пищевода: Медицина, 1981.- С.78.
20. Петровский Б.В. Хирургия средостения: Медицина, 1960.-С.122.
21. Ракишев Г.Б., Медеубеков У.Ш., Пюрова Л.П., Колос А.И., Такабаев А.К. Эндовидеоскопия в торакальной хирургии.-Астана, 2015.- 192 стр.
22. Стручков В.Н., и соавт. Руководство по гнойной хирургии: Медицина, 1984.-С. 96.
23. Погодина А.Н., Абакумов М.М. Механические проникающие повреждения пищевода // Хирургия. - 1998. - №10. - С. 20-24.
24. Medot M., Fissette J., Limet R. Mediastinites: diagnostic, facteurs de risque et traitement // Ann. Chir. -1993. -N47 (8). - P.752-765.
25. Lindblad I., Book K., Merdan M., Aberg B. A case report: descending necrotising mediastinitis in a 10-year old boy // Lakartidningen. -1998. -N95. - P. 4618-4621.
26. Kato H., Ohkubo N., Akazawa K. et al. Spontaneous closure of a large tracheal fistula due to descending necrotizing mediastinitis // Ann. Thorac. Surg. - 2000.-Vol. 69, N4.- P. 1249-51.
27. Cordero L., Torre W., Freire D. Descending necrotizing mediastinitis and respiratory distress syndrome treated by aggressive surgical treatment // J. Cardiovasc. Surg. Torino. - 1996, Feb. -N37 (1). -P. 87-88.
28. Alsoub H., Chacko K.C. Descending necrotising mediastinitis // Postgrad Med. J. - 1995, Feb. - Vol.71, N2. -P. 98-101.

