

СПЕНОМЕГАЛИЯНИ ТАШХИСЛАШ ВА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ МАСАЛАЛАРИ

**Тиллабоев Н.А – андижон давлат тиббиёт институти патологик
физиология кафедраси ассистенти**

Аннотация: Шифокорга мурожаат қилиб, беморлар алоҳида шикоятлар билан суҳбатни бошлайдилар, улар суҳбат давомида клиник синдромларга "қўшилади". Бу шифокорга дифференциал диагностика ўтказишга ва беморни текшириш йўналишини режалаштиришга имкон беради. Спленомегалия синдроми турли хил касалликларнинг жуда кенг тарқалган намоёнидир. Шу билан бирга, талокнинг патологик жараёнга қўшилиши деярли ҳар доим дифференциал ташхисни талаб қилади. Одатда, талокдаги патологик ўзгаришлар гепатолиенал синдром ривожланиши билан ўткир ёки сурункали тизимли жараёни кўрсатади.

Калит сўзлар: Талок, спленомегалия, спленэктомия, Бадди-Киари синдром

Annotation: Addressing the doctor, patients start a conversation with individual complaints, which during the conversation "add" to clinical syndromes. This allows the doctor to make a differential diagnosis and plan the course of examination of the patient. Splenomegaly syndrome is a very common manifestation of various diseases. At the same time, the inclusion of the spleen in the pathological process almost always requires a differential diagnosis. Usually, pathological changes in the spleen indicate an acute or chronic systemic process with the development of hepatolienal syndrome.

Keywords: Spleen, splenomegaly, splenectomy, Badda-Chiari syndrome

Талок инсон танасидаги энг катта лимфоид органдир, шунинг учун кон тизими касалликлари, юқумли касалликлар, бириктирувчи тўқималарнинг тизимли касалликлари ва онкологик касалликлар билан унинг таркибидаги ўзгаришлар, одатда, спленомегалия - унинг катталаниши шаклида намоён бўлади.

Талоқнинг ўзгармаганлигини ёки спленомегалия мавжудлигини аниқлаш учун мезонларга эҳтиёж бор.

Ҳозирги вақтда орган ҳажмини ҳисоблаш ва унинг катталашганлигини аниқлашнинг турли усуллари мавжуд. Бироқ, уларнинг натижалари қарама-қарши бўлиши мумкин. Бундан ташқари, орган катталаштириш мезонларини белгилашда жинси, ёши, бўйи, тана вазнини ҳисобга олмасдан, органнинг индивидуал чизиқли ўлчамлари, майдони ёки ҳажмининг қийматларига таяниш етарли эмаслиги аниқ.

Ушбу ишнинг мақсади спленомегалиянинг энг муҳим сабабларини клиник нуқтаи назардан кўрсатиш ва умумий амалиёт шифокорига дифференциал диагностика бўйича тавсиялар беришдир. Одатда, талоқ сезилмайди: қорин бўшлиғида ётган орган чап пастки қовурғалар томонидан тўлиқ яширинган. Талоқ меъёрдан 1,5-3 баравар катталашганида (яъни унинг вазни 400 г атрофида) аниқлангандагина пальпация қилинади. Катталашмаган талоқ фақат махсус ҳолатларда сезилади (жуда юмшоқ қорин сиртлари). Болаларнинг 5-15 фоизиди ва катталарнинг 3 фоизиди ҳеч қандай касалликсиз талоқ катталашини мумкин, бу ёшга боғлиқ иммунологик реактивликнинг ошиши ифодасидир. Конгестив спленомегалия одатда гемоцитопения билан кечади ва замонавий усуллар ёрдамида ташхис қўйиш керак, бу биринчи навбатда портал гипертензия синдроми доирасида конгестив спленомегалия ва гепатит ва сироз ўртасидаги алоқани аниқлайди. Конгестив спленомегалия табиати жигар касаллиги ва спленопортал обструкциянинг бошқа сабабларини аниқлаш орқали аниқланади: Бадди-Киари синдроми, спленопортал плефлебит, талоқ венасида ташқи ёки ички обструкция. Умуман олганда, спленопортография ва спленопортал қон айланишининг бошқа тадқиқотлари талоқ тиқилиши моҳиятини ойдинлаштиради. Бирламчи Банти касаллиги деб ҳисобланиши мумкин бўлган конгестив бирламчи спленомегалия гуруҳи мавжуд бўлиб, уни ҳозирги кунда Раппапорт бошчилигидаги морфологларнинг аксарияти рад этмоқда, аммо у ҳали ҳам интраспленик қон айланишининг бузилиши учун янги патогенетик жиҳатдан тан олинган.

Спленектомия асосан гемоцитопения билан кечадиган гиперспленизм синдромида тавсия этилганлиги сабабли, ушбу усул ёрдамида бирламчи конгестив интраспленик табиатни аниқлаш мумкин. Улардан баъзилари сурункали гепатитгача ривожланиб бориши аниқланган, шунинг учун бу спленомегалия дастлаб спленомегалияни аниқлайдиган ўзини ўзи ушлаб турувчи жараён туфайли сурункали гепатитда ҳам секин ривожланиши билан юзага келиши мумкин. Спленоген гемоцитопениялар дифференциал диагностика учун мураккаб муаммоларни келтириб чиқаради. Назарий жиҳатдан ҳар қандай спленомегалия гиперспленизм синдроми ичида қисман ёки тўлиқ гемоцитопенияни келтириб чиқариши мумкин. Ушбу синдром, унинг патогенетик табиати ва ташқи кўриниши ҳақида, ёки спленомегалия устунлик синдромига айланадиган бошқа тизимли касалликлар билан биргаликда кенг муҳокамаларни келтириб чиқаради. Талоқнинг узок вақт давомида гемоцитопениянинг асосий сабаби ҳисобланган медуляр гемотопозини ингибиция қилишда маълум рол ўйнаганлиги ҳақида ҳали ҳам баъзи маълумотлар мавжуд. Шундай қилиб, апластик анемия ёки умумий медуляр аплазиясининг айрим ҳолатларида спленектомия яхшиланишларга ёки ҳатто даволанишга олиб келди (Астер ва бошқ.). Бундан ташқари, спленектомия қилинган беморлар радиация ва цитостатик даволанишни медуллодепрессант эффекти билан яхшироқ таъсир қилиши маълум, бу бизнинг Годжкин касаллиги учун спленэктомия тажрибамизда яқинда тасдиқланган. Шундай қилиб, қон касалликлари доирасида битта асосий талоқ гипертрофиялари, спленоганглионик гипертрофиялар, спленогепатик гипертрофиялар ва спленогематик гипертрофиялар таснифланади.

Ушбу ишнинг мақсади спленомегалиянинг энг муҳим сабабларини клиник нуқтаи назардан кўрсатиш ва умумий амалиёт шифокорига дифференциал диагностика бўйича тавсиялар беришдир.

Спленэктомияни амалга ошириш учун оптимал жарроҳлик усули лапароскопиядир, аммо пневмоперитонеумни киритишда чекловлар, анатомик ҳолатлар (органларнинг катталиги, ёпишқоқлиги, висцерал

семириш), клиниканинг моддий-техник базаси, жарроҳлик гуруҳининг малакаси ва қўлда ишлаш қобилиятлари каби бир қатор хусусиятларни, операция натижаларини самарадорлигини ҳисобга олиш керак.

ADABIYOTLAR

1. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Опухоли и кисты селезенки. / Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. // М.: Медпрактика-М.. – 2007. — С. 288.
2. Абдурахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени / Абдурахманов Д.Т. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –2017. – №6. – С. 4-9.
3. Алексеев Н.А. Вторичные лимфоидные органы (селезенка и лимфатические узлы): онтогенез, в норме и патологии / Алексеев Н.А. – СПб.: Эко-Вектор, 2014. – С. 112-131; 142-155; 660-674; 685-694; 764-769.
4. Андреев В.Г., Шанин А.В., Демин И.Ю. Движение группы жестких микрочастиц в вязкоупругой среде под действием акустической радиационной силы / Андреев В. Г. [и др.] // Акустический журнал. – 2014. –Т. 60, № 6. – С. 673-678.