



ЮРАК ТУҒМА НУҚСОНЛАР ЖАРРОҲЛИГИДАН КЕЙИНГИ НАФАС ТИЗИМИ АСОРАТЛАРИ

Садиев Э.С.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Кардиохирургия фанида улкан муваффақиятлар қўлга киритилгани билан юрак туғма нуқсонлари жарроҳлик усулида даволашдан кейин ривожланадиган асоратлар масаласи клиникада долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Жарроҳликдан кейинги асоратлардан ўлим ҳолати 8%дан 30%гачани ташкил қилади. Барча асоратлар ичида нафас тизимида боғлиқ асоратлар энг кўпчиликни ташкил қилади (Дегтярева Е.А. 2012). Ушбу мақолада юрак туғма нуқсонлар жарроҳлигидан кейинги нафас тизими асоратлари адабиётлар шарҳида келтирилган.

Калит сўзлар: юрак, туғма нуқсонлар, жарроҳлик, асорат.

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВРОЖДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ

Садиев Э.С.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Несмотря на большие успехи кардиохирургической науки, вопрос об осложнениях, развивающихся после оперативного лечения врожденных пороков сердца, остается актуальным в клинике. Летальность от послеоперационных осложнений колеблется от 8% до 30%. Из всех осложнений наиболее часто встречаются осложнения со стороны органов дыхания (Дегтярева Е.А., 2012). В данной статье представлен обзор литературы по респираторным осложнениям после операции по поводу врожденного порока сердца.

Ключевые слова: сердце, врожденные пороки, хирургия, осложнения.

RESPIRATORY COMPLICATIONS AFTER CONGENITAL HEART SURGERY

Sadiev E.S.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Despite the great advances in cardiac surgery science, the issue of complications developing after surgical treatment of congenital heart defects remains relevant in the clinic. Mortality from postoperative complications ranges from 8% to 30%. Of all the complications, respiratory complications are the most common (Degtyareva E.A., 2012). This article provides a review of the literature on respiratory complications after surgery for congenital heart disease.

Key words: heart, congenital defects, surgery, complications.

Долзарблиги

Юрак туғма нуқсонларини кардиохирургик даволаш натижасида инфекцион эндокардит ривожланиши олди олинадиган, кичик қон айланиш доирасидаги гипертензия сўндирилади, тромбоэмболия асоратлари камайтиради, бола ҳаёти яшаш сўрати оширилади (Глазырина Г.А., ва бошқ., 2014).

Кардиохирургия амалиёти ўтказилгандан кейин ривожланадиган бронх-ўпка тизимидаги асоратларнинг учраш даражаси, хавфли омиллари, бевосита сабаблари ва клиник-морфологик намоён бўлиши масаласи катта муаммолигича қолмоқда. Юрак жарроҳлигидан кейин

касалларнинг ўлим сабаблари орасида юрак етишмовчилиги билан бир қаторда нафас тизими касалликлари асосий ўринни эгаллайди.

Энг кўп учрайдиган асоратлар сифатида кўпинча ателектаз, пневмоторакс, диафрагма дисфункцияси ва зотилжам аниқланади. Кўрсатилганлардан, зотилжам касаллиги юрак қопқоклари жарроҳлигида, жумладан аорта-кокронар шунтлаш амалиётида 2%-дан 22%-гача учрайди. Ўпка артерияси тромбоземболияси учраш даражаси бўйича кейинги ўринда туриб, 03%-дан 9,5%-гача аниқланади.

М.Д. Князев, Р.А. Стегайло (1978) маълумотлари бўйича плеврит, бронхит, пневмоторакс ва зотилжам АКШ амалиётидан кейин ўртача 7,3%-ни ташкил қилади ва уларнинг махсус даво усуллари ишлаб чиқилмаган. Патологоанатомик текширувлар натижаси бўйича респиратор асоратлар 5%-дан 8%-гача учраши таъкидланган. 51 мингдан зиёд касалларда ўтказилган АКШ жарроҳлигидан кейин зотилжам 0,78%, ЎРДС – 4,86%, бошқа нафас тизими асоратлари 2,96% учраган.

Юрак туғма нуқсонлари мавжуд болаларда аслида нафас тизимида у ёки бу турдаги патологиялар ривожланган бўлади. Барча юрак туғма нуқсонлари (ЮТН) бор касалларнинг 87,0% да нафас тизими касалликлари аниқланади. ЮТН бор касалларда жарроҳлик муолажасидан олдин текширувларда вентилицион-перфузион бузилишлар, яъни сурункали нафас етишмовчилиги, ўпкадаги ўзгаришларга боғлиқ гиповолемия, танада цианоз ривожланиши кузатилади.

Илмий тадқиқотлар натижалари кўрсатишича, кардиохирургик жарроҳлик амалиётлари асоратлари орасида ўпка артерияси тромбоземболияси муҳим ўрин эгаллайди. Ўпка артерияси тромбоземболиясида кўпинча ўпка микроциркуляция қон томирларидан кўпинча прекапиллярлар зарарланади. 97,6 % ҳолатларда майда томирлар эмболлар билан тикилади. 25% ҳолатларда ўнг ўпканинг орқа-базал қисми қон томирларида эмболия ривожланади. 10% ҳолатларда эса ўнг ўпканинг пастки бўлақларида кузатилади. Тромбоземболия каби асоратларида ўпканинг 60-70 % майдони шикастланади (М.Ю. Гиляров, Д.А. Андреев, 2010; В.П. Тюрин, А.Г. Пронин, 2018).

Юрак жарроҳлигидан кейин ривожланадиган нафас тизими асоратларининг учраш даражаси қуйидагича фоизларга эга бўлди: механик вентилизация бузилиши – 6-58%, диафрагмал нерв фалажи – 30 – 75%, диафрагмал дисфункция – 2 – 54%, ателектаз -16,6% - 88%, зотилжам 2% - 22%, пневмоторакс – 27% - 95%, ўпка артерияси тромбоземболияси – 0,3% - 9,5%, ЎРДС – 0,4% - 2,5% (А.В. Дергачев, И.М. Лаптева, М.В. Спринджук, 2007).

Юрак жарроҳлигидан кейин ривожланадиган нафас тизими касалликлари ва асоратлари диагнозини тузиш бўйича илмий адабиётлардаги қарама-қаршиликларни инбатга олиб М.В. Спринджук ва ҳаммуаллифлар томонидан қуйидаги касалликларни киритиш таклиф этилади: 1) пневмония, плеврит, трахеит; 2) ўткир респиратор дистресс синдром, 3) ателектаз. 4) гидроторакс, 5) диафрагмал дисфункция, 6) ўпка артерияси тромбоземболияси, 7) ўпка коллапси, 8) медиастинит, 9) ўпка шиши, 10) пластик бронхит.

Юрак жарроҳлигидан кейин ривожланадиган зотилжам ўта хавфли ва ўлимга сабабчи бўладиган асорат ҳисобланади. Кўпинча жарроҳликдан кейинги зотилжам грамманфий микроорганизмлар томонидан кўзғатилади, жумладан *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Klebsiella* и *Enterobacter* сабаб бўлади.

Сурункали респиратор инфекция ва септик эндокардит жарроҳликдан кейинги асоратларнинг асосий сабаби бўлиши мумкин. Аксарият ҳолларда юрак жарроҳлигидан олдин ҳам пациентда септик эндокардит ва бактеремия мавжуд бўлиши мумкин, жарроҳликдан кейин бу касалликлар авж олади ва асоратларга олиб келади. Юрак туғма нуқсонидида бўлакли пневмонит 45,8%, қоринчалар оралиғи нуқсонидида 39,8% аниқланади.

Хулоса

Нафас тизими асоратлари одатда сурункали респиратор инфекциянинг қўзишидан, септик эндокардитнинг рецидивланишидан ва бошқа инфекцияларнинг қўшилишидан ривожланади. Ларинготрахеит ҳикилдқоқнинг инфекцион-аллергик табиатли шикастланишидан кейин ривожланганлиги кузатилган. Туғма юрак нуқсонидида пневмоторакс 19,8%, жумладан қоринчалар оралиғи нуқсонидида 18,9% ривожланган. Ателектаз юрак туғма нуқсонларида ўртача 11,3%, аорта транспозициясида 7,1%, қоринчалар оралиғи нуқсонидида 13,3% ривожланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Богородский А.Ю. Садчиков Д.В. Патоморфологическое обоснование нарушений легочного кровообращения при тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии. //Журнал Фундаментальные иссл. 2014, -№ 2 – с. 34-38.
2. Васильцева О.Я., Ворожцова И.Н., Лавров А.Г., Карпов Р.С. Оценка факторов неблагоприятного прогноза у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии // Терапевтический архив. 2016. Т. 88. № 12. С. 28-32.
3. Врожденные пороки сердца: справочник для врачей / Под ред. Е.В. Кривошекова, И.А. Ковалева, В.М. Шипулина. -Томск: 8ТТ, 2009. - 286 с.
4. Гиляров М.Ю., Андреев Д.А. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, лечение и профилактика. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 80 с.
5. Кардиология (национальное руководство) / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. - /М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. -1232 с.
6. Кузнецов А.Б., Бояринов Г.А. Ранняя диагностика тромбоэмболии легочной артерии (обзор) // Современные технологии в медицине. 2016. Т. 8. № 4. С. 330-336.
7. Лукеренко Е.В., Трубников Г.В. Тромбоэмболия легочной артерии, кардиореспираторные нарушения, трудности диагностики // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2006. № 23. С. 91-96.
8. Тюрин В.П., Пронин А.Г. Сопоставление критериев стратификации риска смерти при тромбоэмболии легочной артерии с учетом объема поражения легочных артерий // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2018. Т. 6. № 18. С. 36-45.
9. Ускач Т.М., Косицына И.В., Жиров И.В., Акимов А.Е., Явелов И.С., Джагани Н.А. Тромбоэмболия легочной артерии. /Руководство. М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 96 с.
10. Gardlund B., Bitkover C.Y., Vaage J. Postoperative mediastinitis in cardiac surgery – microbiology and pathogenesis. // Eur. J. Cardiothorac. surgery. – 2002. F №21. – P. F 825F830.
11. Goldhaber Samuel Z. Pulmonary Embolism. // N. Eng. Med. J. –1998 F Vol. 339, №2. – P. 93–104.
12. Losanoff Julian E., Richman B.W., Jones J.W. Disruption and infection of median sternotomy: a comprehensive review. // Eur. J. of Cardiothorac. surgery. F 2002. – №21. – P. 831–839.
13. Sadiev Erali Samiyevich, Namozov Farrux Jumayevich Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. ResearchJet Journal of Analysis and Inventions. 2021. 9(2),22-27
14. Sadiev Erali Samiyevich, Isroilov Rajabboy Israilovich Гўдаклар тасодирий ўлимида юрак ўтказувчи йўллари патоморфологияси. //Central asian journal of medical and natural sciences. 2(5),152-156
15. Sadiev Erali Samiyevich Path morphology of the cardiac tract in accidental mortality of infants. Web of scientist: //International scientific research journal. Volume 2, Issue 10, Oct., 2021.64-70
16. Sadiev Erali Samiyevich, Jurayeva Gulbaxor Bakhshilloyevna Bronchopulmonary complications after heart surgery with congenital defects. //International journal for innovative engineering and management research. Vol 10 Issue01, Jan2021.320-323

Қабул қилинган сана 09.03.2022