SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI BO‘LGAN BEMORLARDA AV FISTULA YARATISH USULLARI

DOKTARANT: TURDIYEV ISROIL MAMADAMIN O‘G‘LI
ILMIY RAHBAR: MATKARIMOV ZOHIDJON TURDIALIYEVICH.

Annotatsiya. Ushbu tezisda surunkali buyrak yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda gemodializ uchun arteriovenoz fistula yaratish usullari, operatsiyadan oldingi tekshiruvlar, jarrohlik amaliyotining asosiy bosqichlari va operatsiyadan keyingi kuzatuv masalalari yoritiladi. AV fistula bemorning o‘z arteriyasi va venasi o‘rtasida jarrohlik yo‘li bilan birikma hosil qilish orqali yaratiladi. Fistula turini va joylashuvini to‘g‘ri tanlash, tomirlarning holatini baholash hamda asoratlarning oldini olish gemodializni samarali tashkil etishda muhim ahamiyatga ega.

Kalit so‘zlar: surunkali buyrak yetishmovchiligi, arteriovenoz fistula, gemodializ, tomir jarrohligi, anastomoz, radial arteriya, vena, tromboz, stenoz, qon aylanishi.

Kirish

Surunkali buyrak yetishmovchiligi buyraklarning organizmdagi muhim vazifalarni bajarish qobiliyati pasayishi bilan kechadigan patologik holatdir. Kasallikning rivojlangan bosqichlarida organizmda moddalar almashinuvi mahsulotlari to‘planadi, suv-elektrolit muvozanati buziladi va buyraklarning ichki muhit barqarorligini ta’minlash imkoniyati cheklanadi. Bunday bemorlarda klinik ko‘rsatmalarga muvofiq gemodializ kabi buyrak o‘rnini bosuvchi davolash usullari qo‘llaniladi.

Gemodializni samarali amalga oshirish uchun yetarli qon oqimini ta’minlaydigan ishonchli tomir yo‘li zarur. Shu maqsadda arteriovenoz fistula yaratish usuli keng qo‘llaniladi. Ushbu jarrohlik amaliyotida arteriya va vena o‘zaro biriktirilib, venoz tomir orqali yuqori qon oqimiga erishiladi. Vaqt o‘tishi bilan vena kengayib, devori qalinlashadi va gemodializ vaqtida ignalarni kiritish uchun moslashadi.

AV fistula yaratishning asosiy maqsadi uzoq muddat foydalanish mumkin bo‘lgan, asoratlar xavfi imkon qadar past va gemodializ talablariga javob beradigan tomir yo‘lini shakllantirishdir. Bunda bemorning yoshi, tomirlar anatomiyasi, hamroh kasalliklari va kelajakdagi davolash ehtiyoji hisobga olinadi.

Tadqiqotning maqsadi surunkali buyrak yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda AV fistula yaratishning asosiy usullarini, ularni tanlash mezonlarini va operatsiyadan keyingi kuzatuv tamoyillarini yoritishdan iborat.

AV fistula yaratishdan oldingi tekshiruvlar

Fistula yaratishdan oldin bemorning umumiy klinik holati va qon tomirlarining anatomik xususiyatlari baholanadi. Shifokor bemorning kasallik tarixi, arterial gipertenziya, qandli diabet, yurak-qon tomir kasalliklari va ilgari bajarilgan tomir muolajalari haqida ma’lumot to‘playdi. Ushbu omillar operatsiya usulini tanlash va fistulaning muvaffaqiyatli ishlash ehtimolini aniqlashda muhim hisoblanadi.

Tomirlarni tekshirishda klinik ko‘rik va palpatsiya muhim o‘rin tutadi. Arterial puls, venalarning ko‘rinishi, tomirlarning to‘lishi va qo‘ldagi qon aylanishi baholanadi. Zarur hollarda dupleks ultratovush tekshiruvi o‘tkazilib, arteriya va venalarning diametri, o‘tkazuvchanligi hamda qon oqimining xususiyatlari aniqlanadi.

Fistula yaratish joyini tanlashda odatda qo‘lning distal qismlaridagi tomirlarga ustuvorlik beriladi. Bemorning tomirlari mos bo‘lsa, bilak sohasida fistula yaratish kelajakda boshqa tomir yo‘llaridan foydalanish imkoniyatini saqlab qolishi mumkin. Biroq tomirlar yetarli darajada rivojlanmagan yoki qon aylanishi buzilgan hollarda boshqa anatomik joylar ko‘rib chiqiladi.

AV fistulaning asosiy turlari

AV fistula yaratishning bir necha usullari mavjud. Ular arteriya va venaning joylashuvi, tomirlarning diametri va jarroh tanlagan anastomoz texnikasiga qarab farqlanadi.

Eng ko‘p qo‘llaniladigan usullardan biri radiosefalik fistuladir. Bunda bilak sohasidagi radial arteriya va sefalik vena o‘zaro biriktiriladi. Ushbu usul distal tomirlari mos bo‘lgan bemorlarda qo‘llanadi. Radiosefalik fistulaning afzalligi shundaki, u qo‘lning nisbatan distal qismida yaratiladi va kelajakda boshqa tomir yo‘llarini shakllantirish imkoniyatini saqlashi mumkin.

Ikkinchi usul braxiosefalik fistula hisoblanadi. Ushbu amaliyotda tirsak yoki yuqori qo‘l sohasidagi braxial arteriya sefalik vena bilan biriktiriladi. Bu usul bilak tomirlari fistula yaratish uchun mos bo‘lmagan bemorlarda ko‘rib chiqilishi mumkin. Biroq braxial arteriya orqali qon oqimi yuqoriroq bo‘lishi sababli ayrim bemorlarda yurak-qon tomir tizimiga tushadigan yuklama va qo‘l ishemiyasi xavfi alohida baholanishi kerak.

Yana bir usul braxio-bazilik fistula bo‘lib, bunda braxial arteriya bazilik vena bilan biriktiriladi. Bazilik vena terining chuqur qatlamida joylashgan bo‘lishi mumkin. Shu sababli undan gemodializda foydalanish uchun venani yuzaroq joyga ko‘chirish yoki teri ostida qayta joylashtirish talab etilishi mumkin. Bu usul boshqa venalar mos kelmagan ayrim bemorlarda muhim variant hisoblanadi.

Anastomoz yaratish texnikasi

Arteriovenoz fistula yaratishda arteriya va vena o‘rtasida jarrohlik birikmasi, ya’ni anastomoz hosil qilinadi. Anastomozning shakli va joylashuvi tomirlarning anatomik xususiyatlari hamda jarrohlik vaziyatiga qarab tanlanadi. Asosiy texnikalar uchma-uch, yonma-yon va uchma-yon biriktirish usullarini o‘z ichiga oladi.

Uchma-yon usulda tomirlarning uchlari bir-biriga ulanadi. Yonma-yon usulda esa arteriya va vena devorlarida tegishli teshiklar hosil qilinib, ular o‘zaro biriktiriladi. Uchma-yon usulda bir tomirning uchi ikkinchi tomirning yon devoriga ulanadi. Amaliyotda qaysi texnika qo‘llanishi tomirlarning holati, qon oqimini boshqarish imkoniyati va jarrohning klinik bahosiga bog‘liq.

Operatsiya vaqtida tomirlarga ehtiyotkorlik bilan ishlov berish, anastomozning o‘tkazuvchanligini ta’minlash va qon ketishining oldini olish

muhimdir. Anastomoz yaratilgandan keyin qon oqimi va fistulaning dastlabki faoliyati tekshiriladi. Fistulada tebranish yoki shovqinning mavjudligi qon oqimi borligini ko‘rsatishi mumkin, ammo bu belgilar keyingi kuzatuv zaruratini bekor qilmaydi.

Operatsiyadan keyingi kuzatuv

Fistula yaratilgandan keyin bemor muntazam tibbiy nazoratdan o‘tishi kerak. Dastlabki davrda operatsiya sohasi, qon aylanishi, shish, og‘riq va qon ketishi kabi belgilar kuzatiladi. Qo‘l barmoqlarining rangi, harorati va sezuvchanligini baholash ham muhimdir. Kuchli og‘riq, sovuqlik, uvishish yoki qo‘l harakatining buzilishi paydo bo‘lsa, shifokor tomonidan tezkor baholash talab etiladi.

Fistulaning yetilishi uchun ma’lum vaqt zarur. Bu davrda vena kengayib, gemodializ uchun moslashadi. Fistuladan foydalanish muddati individual ravishda belgilanadi. Klinik ko‘rik va zarur hollarda ultratovush tekshiruvi yordamida tomirning yetilganligi va qon oqimining yetarliligi baholanadi.

Bemor operatsiya qilingan qo‘lni shikastlanishdan himoya qilishi, fistula joyini toza saqlashi va tibbiyot xodimining tavsiyalariga amal qilishi lozim. Fistula sohasida qizarish, shish, kuchli og‘riq yoki tebranishning yo‘qolishi kabi belgilar paydo bo‘lsa, zudlik bilan tibbiy yordamga murojaat qilish kerak.

AV fistula yaratishda uchraydigan asoratlar

Fistula yaratish jarayonida yoki operatsiyadan keyin ayrim asoratlar rivojlanishi mumkin. Ulardan biri tromboz bo‘lib, u tomir ichida qon laxtasi hosil bo‘lishi natijasida yuzaga keladi. Tromboz qon oqimini to‘sib, fistuladan foydalanish imkoniyatini yo‘qotishi mumkin.

Stenoz tomir yoki anastomoz sohasining torayishi bilan tavsiflanadi. U qon oqimining kamayishiga, fistulaning yetilishi kechikishiga va keyinchalik tromboz xavfining ortishiga olib kelishi mumkin. Bunday holatlarda ultratovush tekshiruvi va boshqa diagnostik usullar yordamida muammo aniqlanadi.

Infeksiya, qon ketishi va anevrizmatik kengayish ham ehtimoliy asoratlar qatoriga kiradi. Bundan tashqari, ayrim bemorlarda fistula orqali qon oqimining

ortishi yurakka qo‘shimcha yuklama berishi yoki qo‘lning distal qismlarida qon bilan ta’minlanishni kamaytirishi mumkin. Shu sababli fistula turini tanlashda nafaqat tomirlarning anatomik holati, balki yurak faoliyati va umumiy klinik vaziyat ham hisobga olinishi kerak.

Muhokama

AV fistula yaratish usulini tanlashda individual yondashuv asosiy tamoyil hisoblanadi. Har bir bemorning qon tomirlari, yoshi, hamroh kasalliklari va gemodializga bo‘lgan ehtiyoji turlicha bo‘ladi. Shu sababli barcha bemorlarga bir xil operatsiya usulini qo‘llash maqsadga muvofiq emas.

Distal fistulalar kelajakdagi tomir yo‘llarini saqlash imkonini berishi mumkin, biroq ayrim bemorlarda ularning yetilishi qiyin kechadi. Yuqoriroq joylashgan fistulalar esa boshqa tomirlar mos kelmaganda samarali variant bo‘lishi mumkin, ammo qon oqimi bilan bog‘liq xavflar hisobga olinadi. Demak, operatsiyadan oldingi tekshiruv va to‘g‘ri rejalashtirish fistulaning muvaffaqiyatli ishlashida muhim ahamiyatga ega.

Xulosa

Surunkali buyrak yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda AV fistula yaratish gemodializni uzoq muddat va samarali amalga oshirish uchun muhim jarrohlik usuli hisoblanadi. Radiosefalik, braxiosefalik va braxio-bazilik fistulalar tomirlarning anatomik xususiyatlariga qarab tanlanadi. Operatsiyadan oldingi klinik baholash, ultratovush tekshiruvi, anastomoz texnikasini to‘g‘ri tanlash va operatsiyadan keyingi nazorat fistulaning muvaffaqiyatini oshiradi.

Stenoz, tromboz, infeksiya va qon aylanishining buzilishi kabi asoratlarni erta aniqlash fistulaning faoliyatini saqlab qolishda muhimdir. Bemorlarni parvarish qoidalariga o‘rgatish va muntazam tibbiy kuzatuvni tashkil etish gemodializning uzluksizligini ta’minlashga yordam beradi. Shunday qilib, AV fistula yaratishda individual yondashuv va malakali jarrohlik amaliyoti bemorlarning davolash natijalarini yaxshilashda muhim o‘rin tutadi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Lok C. E., Huber T. S., Lee T. va boshqalar. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. American Journal of Kidney Diseases. 2020;75(4 Suppl 2):S1–S164.

2\. Schmidli J., Widmer M. K., Basile C. va boshqalar. Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2018;55(6):757–818.

3. MacRae J. M., Dipchand C., Oliver M. va boshqalar. Arteriovenous Access Failure, Stenosis, and Thrombosis. Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 2016;3:2054358116669126.
4. Daugirdas J. T., Blake P. G., Ing T. S. Handbook of Dialysis. 5-nashr. Wolters Kluwer, 2015.
5. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access. 2019 Update.