

عمومي جراحي

دوكتور گل سيمه ابراهيم خيل قادري

AFGHANIC



In Pashto PDF
2012



Khost Medical Faculty
خوست طبي پوهنتون

Funded by:
DAAD
Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

General Surgery

Dr. Gulsima Ibrahimkhel Qaderi

Download: www.ecampus-afghanistan.org



خوست طب پوهنځي



Khost Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Gulsima Ibrahimkhel Qaderi

عمومي جراحي

عمومي جراحي General Surgery

General Surgery



Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

دوکتور گل سیمہ ابراہیم خیل قادری

۱۳۹۱



دوکتور گل سیمہ ابراہیم خیل قادری



2012





خوست طب پوهنځی

عمومي جراحي

دوکتور گل سیمه ابراهیم خیل قادری

۱۳۹۱

د کتاب نوم
عمومي جراحي
ليکوال
دوکتور گل سيمه ابراهيم خيل قادری
خپرونډوی
خوست طب پوهنځی
ويب پاڼه
www.szu.edu.af
چاپ ځای
سهر مطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر
۱۰۰۰
د چاپ کال
۱۳۹۱
د کتاب ډاونلوډ
www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډميکو همکاريو د ټولني (DAAD) لخوا د آلمان فدرالي خارجي وزارت له پانگې څخه تمويل شوی دی.
اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک موسسې لخوا ترسره شوې دي.
د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړوندی پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یحیی وردک، دلور پرو زدکړو وزارت، کابل

دفتري: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: 9789936200999



د لوروزده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولني د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوروزده کړو د مؤسسو د بناغلو استادانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو بناغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم ترڅو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړي خو تر چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوروزده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د آلمان هیواد د بهرنیو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې یې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله مند یم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوروزده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۱

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاره میتود تدریس کوی او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخلي چې زاره دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۲۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته مو استولي دي.

دا کړنې په داسی حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

«د لوړو زده کړو او د نبوونې د نښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمی نصاب د ریفورم لپاره له انگریزی ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت پیدا کېږي د دې برخې له ځانگړو ستونزو څخه گڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوالیکل شوي دی باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د بهرني جنگ وهلي حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په نښه والي او پرمختگ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید طب پوهنځيو ته زیاته پاملرنه وشي.

تراوسه پوري مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځيو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي چې يوه بېلگه یی ستاسي په لاس کې همدا کتاب دی. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځيو ته په وړیا توگه ویشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس راتلونکی غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخو (ساینس، انجنیري، کرهنې) او نورو پوهنځيو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځيو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

خرنگه چې د درسي کتابونه چاپ زمونږ د پروگرام پروژه ده، د دې ترڅنګ زمونږ نوري کاري برخې په لنډ ډول په لاندې ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسي ته دوام ورکړو ترڅو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوت دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

۲. په نوي میتود او پرمختللو وسایلو سره تدریس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې وتوانیدو چې د بلخ، هرات، ننگرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځيو په ټولو ټولګيو کې پروجیکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېریال د رامنځ ته کولو لپاره باید هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولتي ميډیا، پروجیکتور او د لیدلو او اورېدلو په نورو وسایلو سمبال شي.

۳. د اړتیاوو ارزونه

د طب پوهنځيو او سنی حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننګونې) باید و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توگه اداري، اکاډميکې او پرمختیایي پروژې په لاره واچول شي.

۴. مسلکي کتابتونونه

بايد د ټولو مهمو او مسلکي مضامينو کتابونه په نړيوالو معيارونو سره په انگرېزي ژبه واخيستل شي او د طب پوهنځيو د کتابتونو په واک کې ورکړل شي.

۵. لابراتوارونه

د هيواد په طب پوهنځيو کې بايد په بيلا بېلو برخو کې فعال لابراتوارونه موجود وي.

۶. کدرې روغتونونه

د هيواد هره طب پوهنځۍ بايد کدرې روغتون ولري او يا هم په يوه بل روغتون کې د طب د محصلينو د عملي تريننگ لپاره شرايط برابر شي.

۷. ستراتيژيک پلان

دا به ډېره گټوره وي چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتيژيک پلان په چوکاټ کې خپل ستراتيژيک پلان ولري.

له ټولو محرمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ، استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه او نظريات زموږ په پټه له موږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغېزمن گامونه پورته کړو.

له گرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کې له موږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د آلمان د بهرنيو چارو له وزارت او DAAD (د آلمان اکاډميکو همکاريو ټولني) څخه مننه کوم چې تراوسه پورې يې د ۹۰ عنوانه طبي کتابونو مالي لگښت په غاړه اخيستی چې د هغو له ډلې څخه د ۵۰ عنوانو کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د آلمان د ماینز پوهنتون (Mainz/Germany) د طب پوهنځۍ، د نوموړي پوهنځۍ استاد ډاکتر زلمي توريال، د افغانیک له موسسې او Dieter Hampel څخه هم مننه کوم چې د کتابونو په اداري او تخنيکي چارو کې يې له موږ سره مرسته کړې ده.

په ځانگړي توگه د د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دوو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزیر بناغلي پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید، علمی معین بناغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او اداري معین بناغلي پوهندوی ډاکتر گل حسن ولیزي، د پوهنتونو او پوهنځیو له بناغلو ریيسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنگه د دفتر له بناغلو همکارانو ډاکتر محمد یوسف مبارک، عبدالمنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله او همت الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړی کیدونکی هلی ځلی کړی دي.

ډاکتر یحیی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، نومبر ۲۰۱۲ م

د دفتر تیلیفون: ۰۷۵۲۰۱۴۲۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

ډالی:

دغه کتاب خپلې مور، خدای بښلي پلار، استادانو او هغو دوستانو ته چې زه یې د پوهې او علم زده کړې ته هڅولې ومه ډالی کوم.

څرگندونه:

ډېرو درنو لوستونکو او هم مسلکانو!

دغه کتاب مې يوازې د دې لپاره د طب هغو مينه والو محصلينو او درنو د طب ډاکټرانو صاحبانو ته چې هره ورځ له دغه ډول ناروغيو لرونکو ناروغانو سروکار لري وژباړه چې ټول د طب زده کوونکي د نوي او پرمختللي تشخيص او درملنې څخه گټه واخلي او هيوادوالو ته په ښه توگه گټه ورسوي ځکه چې په ټوليزه توگه زمونږ په هيواد کې له يوې خوا په پوهنتون کې داسې يو مکمل او په تېره د نوو تگلارو لرونکي کتاب په پښتو ژبه کې هيڅ اثر هم نه ليدل کېده يا کېږي او که چېرې کېږي هم د گوتو په شمار به وي اوله بلې خوا زمونږ هيوادوال له فقر او نېستۍ سره لاس او گريوان دي نوځکه زمونږ هر محصل د زده کړو په وخت کې له ډېرو ستونځوسره مخامخ وي، له دې کبله هغه وخت چې ما د آلمان په يوه روغتون کې د جراحي په برخه کې کار کاوه نو ډېرې په زړه پورې څېړنې او درملنې مې وليدلې چې هغه وخت په افغانستان کې دا ډول درملنه ډېره لرې څه چې حتی نوم مې هم نه وه اوريدلی، له بلې خوا د محصلينو د درسي کتابونو او موادو نشتوالي دې ته وهڅولم ترڅو پدې مورد يو نوی او له محتوی ډک کتاب وژباړم او په دغه کتاب کې طبي مسلکي ژبه هم پکار واچوم او له بې ځايه اصطلاحاتو لکه عربي، انگريزي ژبې څخه لرځه ډډه وشي، ځکه چې يو طبيب بايد هر کلينيکي راپور په طبي نړيوالو اصطلاحاتو وليکي نه په عربي يا انگريزي د بيلگې په توگه تهر ته چې تورکس ويل کېږي وليکل شي نه صدر يا چيسټ.

د يادونې وړ بولم چې په هغو ځايونو کې چې ما لاتينه يا يوناني کلمه نده موندلې نو بيا مې له انگريزي يا فرانسوي مروجو کلماتو څخه لکه لواژ چې فرانسوي کلمه ده گټه پورته کړې ده.

زه په هغو دوستانو او همسلکانو وياړم او له هغوي څخه ډېره مننه کوم چې د دې کتاب په چاپ کې يې ماسره هر اړخيزه مرسته کړې ده لکه آغلې مينه انډر، ښاغلي پوهاند شير گل اوستا د علومو اکاډمۍ غړی، ښاغلی ډاکټر سعدي د علومو په اکاډمۍ کې د طبي کميسيون مشر، ښاغلی غلام حضرت کړوخیل، ښاغلی کامران.

پاملرنه:

دغه کتاب له يوه آلماني کتاب څخه چې ژباړه يې عمومي جراحي د محصلينو او کلينيکي ډاکټرانو لپاره په عملي چارو کې نومولي شوی دی ژباړلی دی او همدارنگه مې له يوه آلماني طبي قاموس څخه چې نوم يې پشريمبل کلينيشيز ورتيربوخ نومولئ شوی دی گټه پورته کړې ده.

په دې کتاب کې د کلماتو په پاي کې د آی او بي (IE) توري ځکه پکارول شوي دي چې په لاتيني او يوناني ژبې کې د کلمو په پاي کې د واي (Y) توري نشته لکه اناتومي، پتالوژي او داسې نور، چې دغه د واي توري بيا په انگريزي ژبه کې د استعمال وړ وي.

که چېرې په دې کتاب کې کومې املايي ستونځې شتون ولري له تاسو ټولو مسلکي دوستانو څخه هيله کوم چې ما په جريان کې واچوي ستاسو له مرستې څخه منندويه به يم.

په درناوي

لړلیک

مخکنه	سرلیک	کڼه
۱	عمومي جراحي (General-Chirurgie)	
۱	Wounds (پړهرونه)، د پړهرونو روغيدنه او درملنه	۱
۵	Wound-Infection (د پړهړ مکرېبونه)	۲
۲	Wound dehiscence د بطن د جدار چاوديدنه	۳
۲	Haematom	۴
۷	د يوه ناوړغ چمتو کول د جراحي عمليات لپاره	۵
۷	د يوه جراحي عمل لپاره استطباب يا لزوم (Indication)	۶
۸	په عمومي ډول هغه تدابير چې مخکي له عمليات څخه نيول کېږي	۷
۹	په عمومي ډول (Tumor) سرطانې ناروغيو مواظبت وروسته له جراحي عمليات څخه	۸
۱۰	عمومي اختلاطات General Complication	۹
۱۰	هغه عوامل چې وروسته د جراحي عمليات څخه د تبې سبب گرځي	۱۰
۱۱	د anaphylactic Reaction خطرناک حالت يا درجه	۱۱
۱۳	د زړه د دوران درېدل (توقف دوراني قلب)	۱۲
۱۴	ARDS	۱۳
۱۶	Disseminate-Intravasculaer-coagulation=DIC	۱۴
۱۷	Diabetes mellitus په جراحي کې	۱۵
۲۱	د بستر تپ = Decubitus	۱۶
۲۴	د جراحي خاص مکرېبونه	.A
۲۴	Tetanus	.1
۲۸	Tollwul	.2
۳۰	ځينې کوچني او مهمې جراحي	.B
۳۰	PANARITIUM	
۳۲	VASCULAER CHIRURGIE-ARTERIES	.C
۳۲	Arteries Injurie	.1
۳۵	د شريانو بنديدل په بېرني توگه (حالت کې)	.2
۳۸	Arterae Aneurysma	.3
۴۳	CEREBRO Vasculare INSUFFICIENCE	.4
۴۷	Steal-Phaenomen=Subclavian Steal Syndrom	.5
۴۹	Occulsive of Visceral Vascular	.6

مخکنه	سرلیک	کڼه
۴۹	Renal Arterae Stenosis=RAS (Nephral Arterae) په AVD	.7
۵۱	Nephro-Vein-Thrombosis	.8
۵۲	Periphere arterial-Occlusive-Diseases	.9
۵۷	Arterio-Venous Fistula	.10
۵۷	Thrombophlebitis آبه لرونکي	.11
۵۸	Venae-Vasculaer Chirurgie	.D
۵۸	PHLIBOTHROMBOSIS	.1
۶۳	PAGET-V.SCHROETTER-SYNDROM	.2
۶۴	Varicosis	.3
۶۹	Ulcus CRURIS	.4
۷۰	LYMPHATIC CHIRURGIE	.E
۷۰	اناتومي	.1
۷۰	Lymphangitis	.2
۷۱	Lymphoedema	.3
۷۴	Lymphcyst/-Fistula	.4
۷۴	Viscerale Lymphcyst/-Fistula	.5
۷۵	Lymph adenopathy	.6
۷۷	THORAX-SURGERY	.F
۷۷	اناتومي	.1
۷۷	Thorax-Trauma	.2
۸۰	Pneumo-Thorax	.3
۸۳	Pleura-erguss	.4
۸۶	Chylothorax	.5
۸۷	Haeamto-Thorax	.6
۸۸	Pleuraempyem	.7
۹۰	Pleura Tumors	.8
۹۲	Pulmonal abscess	.9
۹۴	BRONCHIECTASES	.10
۹۶	دې Thorax د جدار تومورونه	.11
۹۸	Bronchial CARINOM	.12
۱۰۹	Pulmonal-Metastasis	.13
۱۱۰	MEDIASTINUM	.G
۱۱۰	اناتومي	.1
۱۱۱	Mediastinal emphysema	.2
۱۱۲	Mediastinitis	.3
۱۱۳	Mediastinal-tumors	.4

مخکنه	سرلیک	کڼه
۱۱۲	CARDIO-CHIRURGIE	.H
۱۱۲	اناتومي	.1
۱۱۲	Coronar arterae	.2
۱۱۷	Congenital Cord and Thoracal Vacular Aomalie	.3
۱۲۱	Congenital Pulmonal Stenosis	.4
۱۲۱	Congenital Aorta Stenose	.5
۱۲۳	Atrium Septum Defect typII	.6
۱۲۳	LUTEMBACHER Syndrom	.7
۱۲۴	Persistent-Ductus-arteriosus-Botalli	.8
۱۲۵	Fallot-Tetralogy	.9
۱۲۲	Ebstein-Anomaly	.10
۱۲۲	Tricuspidal Vulvus atresie	.11
۱۲۷	Transposition of the great Arteria	.12
۱۲۸	Pulmonal Venen Transposition (Anamalous Pulmonary venous drainage)	.13
۱۲۹	Cardial Vulvus Vitium	.14
۱۳۴	Aorta Vulvus Stenosis	.15
۱۳۴	Aorta Vulvus Insufficiencia	.16
۱۳۵	Mitral Vulvus Stenosis	.17
۱۳۵	Mitral Vulvus Insuffiencia	.18
۱۳۲	Tricuspidal-Vulvus Defect	.19
۱۴۲	Vagus Stimulare-Pacer, defibrillator=cardiovetter	.20
۱۴۵	Cardio-Myoplastie	.21
۱۴۵	Pericard-diseasses	.22
۱۴۷	Cardial-Tumor	.23
۱۴۹	د نډې جراحي (Mamma-Chirurgie)	.I
۱۴۹	اناتومي	.1
۱۵۱	فيزيولوژي (Physiology)	.2
۱۵۱	په عمومي ډول سره د Mammae پلټنه (معاینه)	.3
۱۵۲	Congenital-Anomaly of the Mamma	.4
۱۵۳	Mastitis	.5
۱۵۴	Gynaecomastia	.6
۱۵۲	Mastopathy	.7
۱۵۹	د نډې سلیم تومورونه	.8
۱۵۹	Fibroadenom	.9
۱۶۰	Papillom	.10

مخگنڀه	سرليک	گڻه
۱۷۲	د GI-Tract او د تومورونو طبقه بنديو د جوړښت پر بنسټ (د معدي معايي لارو او د تومورونو طبقه بنديو جوړښتي پر بنسټ)	
۱۷۳	Oesophagus	.A
۱۷۴	Reflux-Oesophagus	.1
۱۷۸	Oesophagus rupture, oesophagus perforation	.2
۱۸۰	Caustic Burn of the Oesophagus = Osophagus-chemical-burn	.3
۱۸۱	Oesophagus-Diverticle	.4
۱۸۳	ACHALASIA	.5
۱۸۷	Benign-Oesophagus-Tumors	.6
۱۹۲	معده = Ventriculus = Gaster	.B
۱۹۲	Anatomy	.1
۱۹۳	Gastritis	.2
۱۹۲	Ulcus-Ventriculi	.3
۲۰۱	(Gastrum-Carcinom) Gastric Cancer	.4
۲۰۸	Duodenum	.C
۲۰۸	اناتومي	.1
۲۰۸	انومالي	.2
۲۰۹	Ulcus Duodeni	.3
۲۱۲	Duodenal Tumors	.4
۲۱۳	Intestinum-tenue (وړې يا نړۍ کولمې)	.D
۲۱۳	اناتومي	.1
۲۱۴	Intestinum Tenue Trauma	.2
۲۱۵	Diverticulum Ilei=MECKL'S diverticulum	.3
۲۱۲	Intestinum-Tenue Tumors	.4
۲۱۹	Rectum او Colon	.E
۲۱۹	اناتومي	.1
۲۲۰	Appendicitis	.2
۲۲۲	Diverticulose/Diverticulitis	.3
۲۲۹	Polyposis-Coli=Colon-Polyp	.4
۲۳۳	Colon-Carcinom	.5
۲۳۸	Rectum Carcinom	.6
۲۳۹	ANUS	.F
۲۳۹	Anal Fistula او Anal Abscesse	.1

مخکنه	سرلیک	کڼه
۲۴۳	Proctitis	.2
۲۴۴	Anal Fissura	.3
۲۴۲	Haemorrhoids	.4
۲۵۰	Perianal Thrombose	.5
۲۵۰	MARISCAE	.6
۲۵۱	Anal Prolaps او Rectum Prolaps	.7
۲۵۵	Anorectals=Proctalgie د درد سندروم	.8
۲۵۲	Pruritus-Ani = د انال د سیمې خاړښت	.9
۲۵۲	Anal Carcinom	.10
۲۵۹	ABDOMEN	.G
۲۵۹	Acut abdomen	.1
۲۲۵	Abdominal Trauma	.2
۲۲۸	Gastro-Intestinal-Haemorrhagie=GIH	.3
۲۷۱	PERITONITIS	.4
۲۷۵	ILEUS = د کولمو بندښ	.5
۲۷۲	Mechanical Ileus	.6
۲۸۱	MORBUS-CROHN	.7
۲۸۸	COLITIS-ULCEROSA	.8
۲۹۵	دې Stoma-Care = د پرانستلې شوې سیمې پالنه	.9
۲۹۷	Hepar=Hepato = لړمون	.H
۲۹۷	Hepato-Trauma	.1
۳۰۰	Intrahepatic-Abscess	.2
۳۰۱	(Hepar cysticum) Hepatic-Cysts	.3
۳۰۵	Portal-Hypertonie=Portale-Hypertension	.4
۳۱۱	Hepato-Tumor=Hepar-Tumor	.5

عمومي جراحي (General-Chirurgie) (General Surgery)

پرهاړونه=زخمونه (جروحات) د زخمونو روغېدل او دهغوی درملنه !

پرهاړونه = زخمونه (Wounds) :

تعريف: د پوستکي (جلد) او تر هغه لاندې اعضاو (غړو) ژوبلېدل (تخريب کيدل) د بهرنيو اغېزو (تاثيراتو) له کبله پرهاړونه ويل کېږي.

ساده زخمونه: = بې له دې چې د اخلي غړي (Organ) ژوبل شوي وي.

مغلق (Complex) زخمونه: چې داخلي غړي يې هم ژوبل شوي وي.

پرانستلي (زخم بار) زخمونه .

پټ زخمونه: (زخم های بسته): لکه خپل شوي .

سببونه = لاملونه (Aetheologie):

1. Mechanic = ميخانيکي عوامل:

برسېرني يا سطحې زخم (تخريش شوي):

يوازې چې د پوستکي پاسنی برخه (Epidermis) ژوبل شوی وي ، کومې خاصې درملنې ته اړتيا نه لري.

پريك شوي (بریده شده) زخمونه: دغه زخمونه منظم او هواري څنډې يا کنارونه لري (-Operations

wound): نېښې (نیش)، زخمونه (Stab Injury = Stab Wound) :

چې د چرې او يا تورې په واسطه مينځ ته راځي دلته بايد د زخم عمق (ژورتوب) ژوروالی وڅيړل شي، او ددې

لپاره حتماً راديوگرافي توصيه شي ترڅو د پرديو يا بيگانه اجسامو شته والی د زخم دننه وپلټل شي.

په ژورو زخمونو کې د مکروب (Infection) د خطر لپاره بايد زخم ونه گنډل شي، ترڅو هغه د زخم افرازات

(Wound- Secret) په بڼه توگه بهير (جريان) ولري.

د درز لرونکي (پاره گي ، چاک دار) زخمونه = Avulsion wound

دارل شوي زخمونه = Bite-Wound:

دا ډول زخمونه د انسان يا نورو (حيواناتو د غاښو له کبله مينځ ته راځي، دا هيڅکله بايد ونه گنډل شي،

(بې د ماشومانو دمخ له زخم څخه) د Infection خطر Osteomyelitis او همدارنگه د Tollwut د ناروغۍ

پلټنه بايد وشي.

چاودېدلي زخمونه = Burst wound = زخم هايي کفیده:

يو له بل څخه بېل شوي زخمونه چې د يوه غړي د نا مکمل قطع کېدلو له کبله مينځته راغلي وي

(Incomplet-Amputation) .

ويشتل شوي زخمونه: Gun shot wounds:

دلته بايد د مرمی د ننوتلو، د وتلو او يا هم مرمی تېرېدنه او يا خو فقط د مرمی د ننوتلو فوچه وي، حتماً بايد

راديوگرافي وشي.

Genital wound ، Perineum ، Anorektal wound او يا د

زياته مهمه ده چې بهرنی اجسام ولټول شي، (په تيره په روانې ناروغانو کې).

2- Termic يا حرارتي زخمونه:

دا هغه زخمونه دي چې د حرارت (سوځيدلو) د لورالي يا ډېر سوړوالي (کنگل وهلی) په واسطه مينځ ته راځي.

3- Chemical wound (سوځيدل): هغه پر هارونه دي چې د کيمياوي موادو له کبله مينځ ته راځي لکه:

a- تيزابونه (Coagulation Necrosen)

b- القلي (Colliquation Necrosen)

4- زخمونه چې د شعاع په واسطه =Radioactive Rays:

a- Ultraviolet Rays

b- Ionize Rays

چې د Skin Necros او Rays Ulcus سبب کېږي.

د زخم جوړېدل : (Intentionem):

a- ابتدائي توگه (لومړنی مرحله) =Sanatio per primam Intentionem دا هغه زخمونه دي چې په لومړنی

مرحله کې په خپل سر بې له دې چې کومه نښه په ځای پرېږدي جوړېږي، البته د پوستکي پاسنی برخه ژوبله

وي.

b- ثانوي مرحله Sanatio per secundam intentionem دلته زخم وروسته له روغېدو څخه يو اثر يا نښه په

ځای باندې پرېږدي.

c- Sanatio per Tertaere intentionem :

دا هغه زخم دي، چې Skin transplantation ته اړتيا لري.

- (Reparation Phase/Physiological wound healing).

a. Exudative Phase له 1-3 ورځو.

b. Proliferative Phase له 4-7 ورځو.

c. Reparative Phase له 8-12 ورځو.

d. Differential Phase له 2-3 هفتو(اوني).

د ټپونو درملنه (Wound Therapie):

کوم مهم ټکي يا هغو شيانو ته چې د يوه زخم(پرهاړ) د رغونې لپاره زياته اړتيا شته هغه دا دي:

الف: دهغې سيمي دوینې جريان، حرکات او حساسيت بايد وپلټل شي، او واضیح وليکل شي.

ب: څومره وخت په زخم تير وي تر شپږو(6) ساعتونو پورې پاک او ابتدائي زخم بايد وگنډل شي.

ج: هيڅکله هغه پرهاړ چې د ډارلو له کبله پيښ وي، ناپاکه يا منتن زخم وي، همدارنگه په چرې زخمي شوی

وي، بايد ونه گنډل شي.

د: پرهاړونه يا زخمونه چې د گنډولو وړ نه دي بايد په پانسيمان کې يوازې اجنبي شياني او فکروز شوني څنډې

لرلی شي.

ه: د زخم موقعیت (Localisation of wound):

هغه زخم چې په سر کې وي ډېر مهم ده.

د زخم پالنه (پانسمن) FREDRICH (فريډريچ) په طريقه:

1. د زخم پاکول او ضد دمکروب کول: Cleaning يا Desinfection

يعنې د زخم شاو خوا پوستکي (په حدود د 20 سانتي مترو) د الکولي موادو په واسطه لکه Merfen د 3Min لپاره پاک شي، که چېرې ويښته د زخم په شاو خوا کې وي بايد و تراشل شي، او د Operation ساحه پاکه شي، هيڅکله د سترگو د شاو خوا ويښته ونه تراشل شي.

2. Local Anaesthesia موضعي يا سيميزه بي حسه کول

د بېلگې په توگه د لاسو گوتې يا د پښو گوتې وروسته له بڼه پاکېدلو پټه او د جراحي عمل پيل شي.

3. Inspection = د زخم ليدنه (پر دې شيان وينه ورکول د زخم ژوروالی او داسې نور) وکتل شي.

4. Excision ياد زخم مکمل Debridement :

البته د يادونې وړ ده چې Excision دمخ او گوتو ټپونو کې نه کېږي، موتتنو ټپونو پاکول د H_2O_2 او يا Biguanid انتي سيپتيک په واسطه او وروسته بيا د NaCl يا Ringer په واسطه پرې مينځل شي.

5. وروسته له دې د اړتيا له مخې که چېرې گنډل کېږي، يا ټپ تړل کېږي و ضروري ده چې دريناژ (چې د Redon-Drianage په نامه يادېږي، کينودلی شي.

6. Steril Bandage او تر هغه ځايه چې ممکنه وي آرام موقعيت ورکول شي.

7. له ټولو نه مهمه د Tetanus څخه ساتنه ده که چېرې دواکسين کارت ونه لري او يا هم ناروغ په اشتباه کې وي چې آيا واکسين يې کړی او که نه نو بيا بايد Tetanol+Tetagam دواړه تطبيق شي.

گنډنه:

ابتدائي گنډنه: معمولاً 6 ساعته (گړی) وروسته له ټپ اخيستلو څخه اما اخيرینی سرحد يې تر 12 ساعتونو پورې ده.

ثانوي گنډنه: وروسته له (8-3) ورځو.

د گنډل شويو تارونو لري کول:

د ناروغ په عمر، عمومي حالت، د ټپ پراختيا او داسې نورو پورې اړه لري، خو بيا هم د سر او غاړې د سيمې پرهارونه د 4-8 ورځو وروسته له عمليات څخه تر سره کېږي.

بدن او اطرافو (لاس او پښې) د 10-15 ورځو وروسته له عمليات څخه.

Open wound Care ياد پرانستلو ټپونو درملنه:

الف: په موتتنو (Infictose) د پردیو شيانو در لودونکي ټپونو کې او.

همدارنگه په دارل شوي او ويشتل شوي ټپونو کې پکارول کېږي.

Mechanic wound care

څرنگه چې پورته وويل شوه، د پردیو شيانو لري کول د ټپ پرمينځل Debridement لکه د نکروز شوي سيمو او همدارنگه د ټپ د شاو خوا سيمو پريکول (Excision).

د امکان په صورت کې دیوه Flap (زبانه) ایښودل ترڅو چې د تپ افرازات (Woundsecret) جریان ولري، اوتر خو د تپ (زخم) مخه بنده نه شي.

بیا وروسته نمجن (مرطوب) بنداژ تطبیق او آرامه وضعیت ورکول.

- وروسته له Granulation Phase څخه د ضرورت په وخت کې وگنډل شي، چې دغه مرحله د DPC (3-8 ورځو) په مینځ کې ترسره کېږي، او د ثانوي گنډلو مرحله ده. همدارنگه د ضرورت له مخې Antibiotic (البته وروسته له Antibiogram او یا هم وسیع الساحة) د پراخې اثر لرونکې، انتي بیوتیک لکه: Doxycyclin ورکول.

(لاتین) Special Wound Therapie:

1. Abdomenal Stab wound: د بطن تپ چې دې چرې او یا نورو تیرو شیانو په واسطه مینځته راځي.

د تل لپاره (همیشه) یو په (Explorative-laparotomie) Diagnostic-Laparotomie باید وشي، ځکه Exlorative = کیدای شي، چې په داخلي (دتنه) اعضاو (Organ) کې سوري کېدل (Perforation) منځ ته راغلي وي.

2. Thorax Stab wound:

(Bulau Drainage) Thorax X-Ray Drainage په 4-ICR یعنی چې د څلورمه پوښتیو ترمینځ کېښودل کېږي، او وروسته Surgical wound care.

3. Chemical wounds:

تخریب کوونکي شیان لري او ساحه په پاکو او بو پریمینځل شي.

4. Bite wound:

Animal and human bite wound open wound care (په پړانستلي توگه د تپ پالنه، پرته دې مخ له زخمونو تر ټولو مهم Tollwut او Tetanus دو اکسین د تطبیق څپرته وشي).

همدارنگه Antibiotic په تیره (Supracylin) Doxycylin او یا Clindamycin Sobelin.

د مارانو په چیچلو کې باید د Antidot درملنې ته پاملرنه وشي.

5. Anorectal (Perianal) -a

Genital wound-b

له روغتون څخه پرته باید پردې یا خارجي شیان هیڅکله لرې نه شي، بلکه Laparotomy او د جراحي عملیاتو په وسیله بهرني موادو لرې کول باید یوازې په روغتون کې وشي، (زیاته پاملرنه وینې ورکولو ته وشي).

د ټپونو د ژر نه جوړېدو علتونه:

a. عمومي = General

- د عمر زیاتوالی

- Kachexie , Proteindeficiency=Proteinemy

- Coagula disorders, Leucopenia, Anemia

- Palytauma, Gluco corticoids-Immunsuppression

- Radiotio Cytostatic Treatment (لاتین) یا د وړانگو په وسیله درملنه.

- Avitaminose (په تیره د Vit.C کموالی چې د Collagen-Biosynthese لپاره مهم ده).
- همدارنگه ځینې نورې ناروغي لکه diabetes Mellitus
- Tumors, Hypeuricemy, Adipose, Arteriosclerosis, Tuberculose او داسې نور.
- b. Local سیمیز، موضوعي:
- wound infection ,wound bag ,Necroses
- کمبود یاد وینې دپوره رسیدلو کموالی - Serom, Heamatom wound oedema
- د تپ د استوار توازن نه برا قرار کېدل.
- دا جنبي موادو موجودیت (شتوالی) په زخم کې، Implantation=امپلانتیشن
- د ترضيضي عملیاتونو تخنيک او داسې نور.
- دې سیمي مخکنی (پخوانی) ژوبلېدنه (د وړانگو او یا Preoperation له کبله).

د ټپونو مکرېونه = wound Infection

تعريف (Definition):

د ټپونو مکرېوبي کېدل د Microorganism او یا Parasits په واسطه مینځ ته راځي.
Forme = ډولونه (انواع).

- 1- د پورتنۍ برخې مکرېونه لکه:
 - (Streptococc) Erysipel
 - (Lymphangitis)- Phlegmone
- 2- ذوب کېدونکي مکرېونه (ویلې کېدونکي مکرېونه)
 - Swea-gland abscess :Folliculitis ,Fruncle ,Carabuncle \
 - (زیاتره یې Staphylococ).
- 3- ژور یاد لاندینی نرمې برخې مکرېونه:
 - Gas Phlegmon , pyodermia Fistuans Abscess
- 4- مکرېونه د بدن په طبعي جوفونو کې:
 - Empyeme (لکه په Pleura ، بندونو کې) Subphrenic Abscess.
 - عمیق Phlegmon.

لاملونه (اسباب)

لومړنۍ پړانستې او ناولی (منتن) ټپونه د اجنبي (بردي) شيان (اجسام) Iatrogen: لکه Bladder
Surgical wound Catheter, Vein=Venae (جراحی زخمونه) infection په جراحي سیمه کې همدارنگه
Implantat

Clinic

پینځه اساسي نښې د یوه التهاب یا زخم په لاندې ډول دي:
سوروالی، تودوالی، درد (خوړ، پارسوب، فعالیت نه کول (oedem) Rubor,color,Dolor,Tumor
Funciolaese

a: Therapie (درملنه):

بهرنی شیان لري کول د زخم پاک کول Wound revision او Open wound Therapie

b: زخم (تپ) د استراحت په حال کې قرار ور کول په تیره بیا Lymphangitis

c: د امکان په صورت کې Antiseptic ملهم او نمجن بنډاژ.

d: تروسه باید هڅه وشي چې سیمیز یا موضعي انټي بیوتیک د استعمال څخه ډډه وشي البته د حساسیت

، مقاومت ، د تپ د زرنه جوړېدل او داسې نور پخاطر که چېرې انټي بیوتیک ضروري وي باید عمومي

ورکول شي، یعنی General Antibioticum لکه Doxycyclin (Supracyclin).

Complication (اختلاطات):

a. chronic inflammation scar

b. Necrotic Fasciitis

c. Septic Shock

Wound dehiscence (د بطن د جدار چاودیدل):

Synonom: Evisceration, Eventration

وروسته له Laparotomy په حدود د 1% پیښو کې.

Path - - وروسته د بطن له عملیات څخه د توخي، (پرنجیدل) او استفراق په وسیله چې د بطن د فشار د

لوړوالي سبب گرځي او په نتیجه کې د تپ میخانیکي حرکات زیاتېږي.

ډولونه: (Form)

Incomplet=without peritoneum

Komplet=all layer

Inapparent

د کولمو(امعا) په ازاده توگه بهرته راوتل، Apparent=Eventration

Septic wound dehiscence: Infection peritonitis

Wound dehiscence

Therapie: عاجل عملیات او بطن وگنډل ترمیم شي.

اما Septic باید په خلاص (پرانستي) توگه درملنه شي او په پرله پسې توگه Drainage شي، او د امکان یا

ضرورت په وخت کې د بطن جال څخه کار واخیستل شي.

Complication: وروسته Incisional hernia

Heamatom (وروسته وینه ورکونه یا د وینې تولید نه).

تعریف:

د یوه تپ د چاپیریال په دننه کې وروسته وینه ورکول یا په بل عبارت دیوه تپ دننه برخه کې د وینې ورکولو

اودهغې تولیدنې ته Heamatom وایي.

DD=Defirencial-Diagnose تفریقي تشخیص:

a. Sonography (DD: Abscess, serom)

b. Coagulation

درملنه=Therapie

- وړوګي هیماتوم په خپل سر رشف (جذب) کېږي.
- لوی هیماتوم باید Punctio (لاتین) Punctur (انګلیسي) او ساحه پاکه شي، البته ټول کار باید په Aseptic ډول اجرا شي.

- او نور ډېر لوی Heamatom باید تر جراحي عمل لاندې وسپړل شي، پاک او وروسته Drainage (Redon-Drainage 16er) کېښودل شي.

- د ډېرې وینې ورکولو او هیماتوم جوړولو په صورت کې Operative revision په اساسي توګه د وینې درول له Cougulation، گنډل او یا Ligator اجرا شي.

دیوه ناروغ چمتو کول د جراحي عملیات لپاره:

- 1- Anamnesis (پوښتنې او کلینیکي معاینات):
پدې کې اوسنی ناروغی، پخوانی ناروغی، جراحي عملیاتونه، که چیرې یې کړې وي، د دارو، درملو پلټنه، د وینو د معایناتو پخوانی پایلې (نتیجه) او همدارنګه کلینیکي معاینات، وزن، د وینې فشار او نبض وکتل شي.

- 2- Rountine Laboratory = لابراتواري معاینات:

Electrolytes - (sedimentation) BSG - د Blood count

Blood coagulation (Quick / INR, PTT)

د وینې د وظایفو معاینات (لر مون)، د بډوډو (کلیه) معاینات

HIV-test, Blood Sugar, total serum protein (البته د ناروغ په موافقه یا غوښتنې سره) Urin Status د رڼو متیازو حالت، Blood group د وینې ګروپ cross matching (نظر په ضرورت سره د جراحي عملیات یا له هغه وروسته د احتیاط لپاره اجرا شي).

3- Radiographie

البته په هغه ناروغانو کې چې عمر یې له 30 کالو لوړ وي (Thorax-Radiographie (ant.,post.))، او یا هم کلینیکي پلټنې ته ضرورت شتون ولري، نو بیا دې تورکس رادیوګرافي چې له مخې او شا خوا څخه سرته رسېږي، تر سره شي.

1. Electro Cardiographie = ECG

2. Abdominal sonographie

دیوه جراحي عمل لپاره استطب یا لزوم (انګریزي Indicar = Indication لاتین):

1. بیړني عملیات = Emergency Operation:

مطلقاً او په بیړني توګه د عملیات لزوم یې له کوم ځنډ څخه.

2. انتخابي عملیات = Elective Opertation:

په ممکنه حالاتو کې جراحي عمل اجرا کېږي.

3. Operation Palliative: (یا محافظه کارانه عملیات)

دلته اهداف صرف د اعراض له منځه وړل او لږ څه د عمر اوږدوالی نه د اساسي ناروغي له مينځه وړل لکه د سرطان د ناروغانو سره.

4. Diagnostic Operation = تشخيصي عمليات.

5. Prophylaxis Operation = وقايوي عمليات.

6. Cosmetic Operation = (د بڼکلا لپاره عمليات)

په عمومي دلو هغه تدابير چې مخکې له عمليات څخه نيول کېږي:

1. توضيحات (د ناروغۍ او دهغه جراحي عمل چې سرته رسېږي) اود ناروغ موافقه چې حد اقل يوه ورځ مخکې له عمليات څخه بايد سرته ورسېږي، (البته بېرني عمليات له دې امر څخه ځانگړې ده.
 2. سيمه له وينستو پا کول.
 3. د غذايي موادو(خوړو) نه خوړل البته له هغه مابنام څخه چې سبا ته عمليات پيل کېږي.
 4. د عمليات د ورځې د سهار له پيل څخه سگرت څښلو اوبه څښل منع دي، خو کولای شي، Anti-Epileptic درمل له لږ اوبو سره وخورې.
 5. مثاني کټيتره Blader catheter .
 6. د Diabetes Melitus ناروغان بايد مخکې له جراحي عمل څخه Insulin واخلي يعنې تابليت په انسولين بدل شي.
 7. Thrombos Prophylaxis يعنې Peri-/Post-operative (البته بدون د Thorax-Radiographie چې هلته وروسته له جراحي عمل څخه ورکول کېږي) هغه ناروغان چې استراحت د بستر دي بايد Low Dose – Heparin ورکول شي. Low dose-Heparin 3x5000 I.E./day S.C او يا 2x7500 I.E. /day ورته تطبيق شي. او يا خو هم Low Molecular-Heparin 1x/day s.c لکه (Enoxaparin (Clexane، Mono-Embolex، Certoparin
 8. د Antithrombose جراېې = لاستيکي جراېې.
 9. هغه ناروغان چې Anti-Coagulant درمل اخلي حد اقل درې ورځې مخکې له عمليات څخه بايد درمل قطع کړي لکه: Marcuma.
 10. Contraceptiva هم بايد 4 هفتې يا اونۍ مخکې له جراحي عمليات څخه قطع شي، او وروسته له مکمل گرځېدو (Full Mobilisation) څخه پيل شي.
- هغه نور ضروري يا خاص اهمات چې بايد ونيول شي، په لاندې ډول دي:
1. د وينې conserve، چې هر عمليات ځانته معينه اندازه په کار لري.
 2. د Center Vene catheter = CVC ايښودل.
 3. د سبزو د فعاليت څېړنه = Blood gas analysis.
 4. Intestinal cleaning د کولمو پاکول، Clysm، (اماله) او يا درملو په واسطه = Retrograde.
 5. Orthograde د مختلفو درملو په واسطه لکه Laxans (Prepacol)

6. Peri operative antibiotic prophylaxis :

معمولاً 1/2 - 2 ساعته مخکې له عملیاتو څخه په ورید (I.V) کې تطبیق کېږي، خو دا هم د عملیات دوام او دانستیزی دوام پورې اړه لري که چیرې عملیات له درې (3) ساعتو څخه اوږد شي نو بیا دویم اندازه (Doses) ورکول کېږي.

Indication = استنباطات:

په ټولومعدې معایې عملیاتو کې باید 2g (cefotaxim+claforan) + 0.5g Metronidazol (Clont) تطبیق شي.

په عمومي ډول د Tumors (سرطاني) ناروغيو وروسته له جراحي عملیات څخه مواظبت

Stage Stadium:

- I. Thorax-Radiographie، دامکان په وخت کې CT=Computer-Tomographie ,Thorax-CT د کمپیوتر توموگرافي لنډیز دی.
- II. Abdomen/Becken CT=Abdominal-sonographie
- III. Total body bone= Scintigraphie (د بدن د ټولو هډوکو ستنې گرافي)
- IV. د شک په وخت کې چې آیالمفاوي غوټی نیولی اوکه نه بیا باید،-Lymphonodi histology examination =Biopsy/Extirpation=اناتومي نوم
- V. Tumorsigner

درملنه (Treatment)

a- په عمومي ډول:

په لومړي کال کې هر یوه میاشت وروسته باید ټول شیان وپلټل (کنترول) شي، وروسته دي 2-1 کالو کې د هر درې میاشتو په واټن کې وکتل شي، او بیا د 3-2 کالو په جریان کې د شپږو (6) میاشتو په واټن او وروسته له هغه په کال کې یو وارې عمومي کنترول صورت ومومي. البته دا معاینات د جانبې عوارض دي نه درلودلو (complication less) او دې بیا نه ودې کولو د معلوماتو له پاره صورت مومي. او یا هم Pumpe (پمپ) نصب کېږي.

- همدارنگه Physiotherapie

- Surgical Operation Indication

- Radiotio: درملنه د رادیو اکتیف شعاع (ورانگو په ذریعه) دپورتنې درملنې **Complication** یا اختلاطات:

- Nonopiate analgesic: ددې درملو له کبله کېدای شي، چې د معدې درد، د معدې

التهاب (Gastritis،Ulcerus ventriculi) (دمعدې زخم)، Ulcus Perforation مینځ ته راشي.

- Metamizol: په نادرو پېښو کې د Agranulocytose او Anaphylaxie سبب گرځي.

- Opiat: دادرمل د قبضیت، زړه بدوالي (دلېدي) کانگې، رڼو متیازو مشکلات، گنگستیا ، Miosis

او داسې نور سبب کېږي، Antidot يې (Narconti) Naloxan

عمومي اختلاطات (General Complication)

:Postoperative Fever

اسباب

- د تپ (زخم) میکروبي کېدل = Wound Infection
- (لاتین) wound dehiscere = انگلیسي wound dehiscence ،
- Serom د تپ نکروز = wound Necrosis
- I.V. Entrance infect = هغه میکروب چې د وریدي زرقیاتو له لارې داخل کېږي.
- لاتین wound drainage, Central - Venae Catheter
- Foreign body = بهرنی یا پردی اجسام یا اجسام اجنبی
- Empyem , Abscess او میکروبي شوي Haematom .
- د بولې لارې (سیستم) اتانات (مکروبوته) په تیره د مثانی کتیتر یا (Bladder catheter) په واسطه.
- Pulmo :- د سپرو (ریوی) تولید = Pulmo Atelectasis, Pulmo , Pneumony, Pulmoempyem, امبولی په
- سپرو کې (P. embolie) Aspiration pneumonia او داسې نور.
- Phlebitis , Phelbo Thrombose
- Osteomyelitis , Meningitis = ,Cholecystitis ,peritonitis
- همدرانگه تبه د Allergic-reaction له کبله هم پیدا کېږي، لکه: Medicine. blood transfusion (درمل)
- Malignant Hyperthermy
- «هغه عوامل چې وروسته د جراحي عملیات څخه د تبې سبب گرځي»
- له حده زیات لاملونه (عوامل) چې وروسته له جراحي عملیات څخه میتنخته راځي په لاندې ډول ویشل کېږي.
- (لاتین) Intra or perioperatives, Fever (Febris)
- Septic Operation, Atelectase in lunge, Blood transfusion
- د عصبي سیستم عملیاتونه، Maligne Hyperthermy
- د تبې پیدا کېدل د عملیات څخه وروسته په دوه ورځو کې :-
- Necrotic wound, Pulmonal atelectase, Haeme transfusion، د تبې درلودل له 2-4 ورځو وروسته د
- جراحي عملیات څخه:

- a- I.V. Entrance infection, Pneumony
- b- Infection of the Urinary tract
- c- Pulmonal atelectases, - Pulmonalembolie
- d- Phlebitis.

د تبې شتوالی د 5-8 ورځې وروسته له جراحي عملیات څخه:

- wound infection, wound dehiscence, serom
- infection of the Urinary tract, Phlebitis.
- I.V. entrance infection.
- Abdomen:- Anastomose Insufficiency.

- Intra Abdominal Abscess.
- Peritonitis.
- Pulmo: - Pneumony.
- Empyem.
- Pulmonal embolie.
- Klinik: Temperatur > 37.5 C° ساتتي گريد
- Wound infection sign په ټپ له مڪروبي كيدلو برخه كې دې وليدل شي.

د Anaphylactic Reaction خطرناك حالت يا درجه:

- عمومي اعراض (لكه سرگنگسي، د سردرد)، د پوستكي (جلد) عكس العمل (لكه خاربنت، لرمي (Urticaria).
- همدراڼگه: RR (د وينې د فشار لويدل) + Tachycard + زړه بدوالی او كانگې.
- برسیره په پورتنیو اعراضو د برانشونو تقبض (توليدنه) يعنې Shock + Broncho constriction.
- د عمومي دوران بې كفايتي (Insufficiencia-Circulatory)، Clinic = linik.
- I. د پوستكي درنگ روښانه كېدل، Tachycard، A-Hypovolemia-shock، د Hb د ټيټ كېدل له كبله Cyanose مستقيماً زياتره نه پيژندل كېږي.
- II. Tachypneo (د حجم كم والی او Respiratoric-acidose- Compensation
- III. د ادار توقف يا كم كېدل
- IV. B- Anaphylaxia:- Acut Respiratory Insufficiencia د Bronchoconstriction له كبله چې دلته د Histamine د اثر له كبله Urticaria او كېدای شي، چې د سرو اذیما هم مينخ ته راشي.
- همدارنگه نور شيان چې د ليدلو وړ دي، هغه عبارت دي له: Quicke-Oedem (Eyelid، Larynx + Goltitis) او Inspiratory Stridor څخه دي.
- C- Sepsis:- د پوستكي گلابي رنگ د Hyper circulation له كبله.

Diagnosis يا تشخيص:

- Anamnesis او كلينيكې معاينات:
- a. د ناروغ عمومي وضعيت او خبرې اترې، برخورد يې د ډاکټر په ماقبل يعنې ټولو سوالو ته ځواب ورکول يا نيم وينې او نيم ویده حالت او داسې نور.
- b. د ناروغ تنفس، Plus، RR، Pulsoxymetry، (د وينې فشار).
- c. Meacapillarisation time، Skin Coulor، Pupila Reaction، يعنې کله چې د گوتې په نوک باندې فشار راوړل شي او بيرته خوشی شي نو وروسته له يوې ثانيې (1sec) په روغو خلکو کې نوک خپل اصلي رنگ اخلي (گلابي) کېږي.
- d. درجه حرارت (Temperatur)، Diurese، (د مثاني کتيرد ادار بيلانس).

1. CVP = Central Vein- Pressure

دغه فشار په نورمال ډول 10-3cm, H2O په Hypovolumic کې لوېږي يا تېټېږي، او په Cardiac-shock کې لوېږي، علت يې د وينې بنديدل مخکې د زړه د عدم کفايي څخه (Cardiac Insufficiency) ده.

2. لابراتوار:

2. Haeme count له Hb او Haematocrit (Hct) د وينې ضايع کول
- Haeme-Coagulation په تېره بيا په Fibrinogen, AT-III او يا Thrombocytopenia (Disseminated- Coagulation)=DIC ته پاملرنه و شي.
3. Leucocytosis همدارنگه کيدای شي، چې په Sepsis کې Leucocytopenia وليدل شي.
- Haeme Gas-analysis: O₂, PH, CO₂ (اسيدوز) Base excess
- ECG او ECG-Monitor: د زړه د فعاليت يا تقلصاتو کنټرول، اود زړه د احتشاح ردول (Cardial-infarct).
- راديو گرافي: Thorax-Radiographie بايد دلته هر ډول Infiltration او ARDS ته ډېره پاملرنه وشي.

Pulmonalis-catheter=right heart catheter

درملنه: Therapie

عمومي تدبيرونه (General Measure):

- 1- په Hypovalemic shock کې ناوړغ ته داسې هوار وضعيت ورکړل شي، چې د هغه پېښې 15^o لوړي کېښودلې شي، اما په Cardiogenic shock کې بايد ناوړغ ته د ناستي وضعيت ورکړل شي.
- 2- د O₂ ورکول البته د پزې (سپورمو) له لارې (Nesal Sonde) په حدود 8-12_Li/min او د ضرورت په وخت Intubation او Artificial-Ventilation (100% اکسيجن ورکول له PEEP)، روغتون ته ناوړغ ژر انتقال او په Intensive station يا په Intensive Care unit کې تر جدي پاملرنې درملنه وشي.
- a- Break the circulus vitiosus
- b- Volums Substitute د مايعاتو اعاده کول په اساسي ډول له 500- Plasma expander يا HAES, Dextran 1000mli (ايزوتونيک) د مالگې ايشولې شوی اوبه/ Ringerlactat په يوه اندازه سره، د وريدي زرقياتو په توگه (I.V.).
- c- په هغو ماشوانو کې چې عمر يې له 3 کالو څخه لږ وي او وريدي زرقيات امکان ونه لري، يا Intraossare زرقيات کېدای البته د Tibiapunction په توگه، په اسيدې حالت (Acidose) کې Na-Bicarbonat ورکول کېږي.
- d- Blood transfusion کله چې د وينې ضايعات له 1.5li او يا هم Hb < 7-10g/dl وي بايد اجرا شي.

د لاملونو (سببونو) درملنه!

په Septic shock کې: دمکروبونو او اتاناتو منشه بايد د عمليات په ذريعه له مينځه يو وړل شي، لکه هغه ځای که چې ناوړغ افرازات ټول شوي دي لکه آبسسه (Abscess)، همدارنگه پردي اجسام بايد لرې شي، د زخم (ټپ) دريښاؤ، په لوړه کچه د انتي بيوتيکو وريدي زرقيات، د امکان په صورت کې فعال پروټين سي (Active-protein C)، لکه Drotrecogina ورکړل شي.

:Cardiac Shock

د زړه د ناروغیو اساسي درملنه نظر په لاملونو سره لکه (Asystoly,infarct ventricular Flammer) ترسره کېږي.

پاملرنه: په Hypovolumic Shock کې فقط په دقت سره د زیان شوي حجم اعاده کول، Cardiogenic-shock کې Dopamin او یا Dobutamin د Perfusion په ذریعه د امکان په صورت کې کله چې د کین بټین وظيفوي نه اعاده کېدلو په صورت کې له Intra Aortale بالون د نبض ضد څخه گټه واخستله شي.

: Anaphylactic shock

- 1 Adrenalin (Suprarenin) د Spray په توگه او چې 1:10 رقیق شوی په I.V. (وریدي).
- 2 Antihistamine (H1 او H2 بلاک کوونکی د H1 and H2 Blocker)
- 3 Prednisolon=1000mg Solu-Decortin H.,Glucocorticoide
- 4 په Broncho-Contraction کې همدارنگه Theophylin (Euphylin) اضافه شي.

: Neurogenic shock

Adrenalin، Dobutamin, Dopamin، وریدي او د خوړو (درد) درملنه.
DIC=Disseminated- Intravascular-Coagulation
په دې حالت کې باید AT III ,Fresh Frozen Plasma= FFP،
(په لومړۍ مرحله کې: Heparin هم مه هیروي Thrombocyt-concentrate (انگلیسی-Platelet-conceatrate) د
Thrombocytopena په حال کې Fibrinogen مواد.

:Nephro Failure

د Diurese لپاره Furesemid , Dobutamin-Perfusion.
همدارنگه دمایعاتو د اخیستلو او بهر کېدلو (خارج کېدلو) بیانس او د امکان په صورت کې
Heamodialyse.

د زړه د دوران دریدل (توقف دوراني قلب).

Reanimation (د زړه د بیرته اعاده کولو هڅې) Adrenalin په دې برخه کې د Reanimation بخش وکتل شي.
Prognosis (پایلی): دا هر ناروغ عمومي حالت او د Shock مرحلې پورې اړه لري، اما دلته باید ډېره پاملرنه
وشي ځکه چې پایلې یې خطرناکې او د مړینې کچه لوړه وي.

Complication(اختلاطات)

Acute Nephro Failur -
ARDS=Acute Respiratory Insufficiencia -
Circulation Failure, DIC, Multi Organ failure -

او بالاخره مرگ (مړینه)

Prophylaxia=مخنیوی.

محافظتي عملیات او د انستیزی تخنیک.

- که چېرې د عملیات په وخت کې ویني ضایع کیدل متصور وي نو باید په خپل وخت سره د وینې ورکول او نور ضروري اهتمامات ونيول شي.

: ARDS

ARDS=Adult Respiratory distress syndrome

ARF=adult Respiratory failure=acute respiratory insufficiency (حاده)

تنفسي بې کفایتي)

ایتولوژي = لاملونه:

- اورېدمهاله شاک ، Palytrauma, Thoraxtrauma

ډېره دوامداره او سخته عملیات یا اورېد محاله عملیات

- Infections, Sepsis په تېره Pneumocystis carinii .

ټولیزه پنوموني (پنوموني دسته جمعي) هغه پنوموني چې په عسکري قشلو او یا په هغه ځای کې چې ډېر وگړي یو ځای په ناخواله شرایطو کې ژوند کوي.

همدارنگه د HIV ناروغان.

د مخرشو گازاتو تنفس کول (لکه NO_2) له حده زیاد د اکسیجن اخستل، د بدن وسیع الساحه سوزېدل، Intoxication (تسمم لکه په Narcotic او داسې نور)

Inoculation : د مایعاتو ننوتل په سږو (ریوي سیستم) کې لکه په اوبو غرق کېدل، معدې د اسیدي موادو (Aspiration).

Clinic

په مشکل سا اخستل Dyspnea تر Orthopnea پورې.

د پوهیدلو او حس کولو مشکلات تر Coma پورې.

وېشنه = تقسیمات :

1. لومړی درجه: مخفي (پټ) حالت، ساه لنډي (Dyspnea)، لږ شاتته Hypoxy (د اکسیجن کموالی) یعنی Cyanose دلته نه لیدل کېږي.

(Respiratory alkalosis =Hyperventilation)

د ټټر د رادیوگرافي په دواړو خواو کې Hilus روښانه نه ښکارېږي.

2. دویمه درجه: Orthopnea، زیاته Hypoxy، Tachycardy، Cyanose او حواس مختل وي (Confuse).

3. رادیوگرافي: Interstitial-Pulmonaloedema، د Transparency لږ والی (د شفافیت لږ والی)

4. دریمه درجه: د وروستی درجه (Terminal phase)،

Respiratorie Global insufficiency له حده زیاته Hepoxy

یعني (Esxtrem Hypoxie)، Shock، Coma

رادیوگرافي، د ډېرو ډېلو یا ضخیمو دا غونو دیو ځایوالی نښې لیدل کېږي.

تشخيص:

a. له ناروغه پوښتنې (ترضييض يا ژوبلېدنه، جراحي عمليات، Shock) او همدارنگه كلينيكي معاينات په تېره Auscultation يا د ستاسكوپ په مرسته ARDS په لومړي مرحله كې كيداى شي، چې سپرى يې په آسانۍ سره غلط كړى.

b. Thorax-Radiographie

I. Interstitial Oedema

II. Butterfly figure

III. د برانشو د جدارو (ديوالو) د پارسوب له كبله بعضي خيالات ليدل كېږي.

IV. د سختو او ډېرو داغونو او لكو خيالات.

V. همدارنگه وسيع الساحه يا يوه لويه ساحه Infiltrations

c. ECG- Monitor او Echocardiography

چې د زړه كار او فعاليت وكتل شي.

d. د امكان په صورت كې Pulmonalarterial catheter.

درملنه:

1- سببي: د لاملونو او اسبابو لري كول د اساسي ناروغۍ درملنه.

ډېر ژر مصنوعي تنفس وركول (early artificial ventilation) له PEEP سره (چې د Alveals د توليدني Colaps) مخه نيسي. PEEP = (Positive end expiratory pressure).

په لومړي وخت كې 30 دقيقې %100 اكسيجن او وروسته په تدريجي توگه كم شي، او داد وينې د گزاتو تجزي پورې اړه لري.

2- په لوړه اندازه يعنې لوړ دوز Glucocorticoide تطبيق شي.

3- Heparin د DIC (د وينې لخته كيدل)، د مخنيوي لپاره دلته بايد PTT كنترول شي، هدف د PTT دوه وارې (دوچنده) كېدل دي.

4- Antibiotic د Pneumonia د مخنيوي او د معدې معايي اتاناتو لپاره په تېره Katicholamine او داسې نور.

5- د ټيټ ماليكولي وزن لرونكي Dextrane، Albumin-Infusion، هدف دلته $Total\ protein > 60g/l$ دي.

6- د ناروغ وضعيت په بستر كې بايد بدل شي، يعنې كله په شا او كله هم په سينه يا بطن وارول شي، (ناروغ د Sandwich په شكل چې البته دا په مخصوص بستر چې Rotationbed يا د تاوولو بستر ورته وايي امكان لري.

Prognase: ډېر خطرناك دي، د مړينې كچه %50-90 ده!

اختلاطات (Complication).

دشاك نښې.

Acute Nephro insuficiencia = د بډوډو حاده عدم كفايه.

Multiorgan-insufficiencia

DIC = د وینې غوټه کېدل یا لخته کېدل.

Differential-Diagnosis = DD (تفریقي تشخیص).

1. د سرو اذیما د زړه د ناروغیو له کبله .

2. Pneumonia په تېره بیا Interstitial Pneumonia.

Disseminate-Intravascular-coagulation=DIC چې د Defibrination Syndrom په نامه سره هم یادېږي.

لاملونه یا ایتو لوژي = Aetheologie

1. هر نوع شاک د DIC لامل ګرځي.

2. د هغه ارګانونو جراحي عملیاتو نه چې ډېر تر مېو کېنازي.

(Thrombokinas) لري لکه Pancreas Placenta, Prostata, Pulmo او داسې نور.

3. Sepsis یا انتانات په تیره ګرام منفي باکټري ګانې، Meningococc, Staphylococc, Septic Abort.

4. Akut Pancreatitis

5. Polytrauma

6. Heamolys له هر سبب چې وي په تیره حساسیت له Transfusion سره.

7. ولادي اختلاطات لکه Missed-Abortion,

8. Abruption-Placenta, Septic Abortion, د امنیوتیک دمایع امبولي (Amniotic fluid Embolie)

HELLP- Syndrom .

9. Hepato insufficiencies, Corticoid

10. vascular anamaloie

: Clinic

DIC زیاتره د وینې توپوډینې (خونریزي) په وخت کې پېژندل کېږي.

د مختلف مخاطي جدارو او وینه ورکول (پزه، ستونی Anus, Vagina همدارنګه د معدې معایي سیستم

وینه ورکول، Petechiale یا لویه ساحه (سیمه) د پوستکي چې وینه ورکوي.

تشخیص - د ناروغی پېژانده او تثبیت:

a- Anamnesis (Sepsis, Shock, Op) او همدارنګه کلینیکي معاینات (د پوستکي او مخاطي غشاو

وینه ورکول)

b- لاپرتوار: د Thrombocytس شمیر چې له 30.000 میکرو لیتر کم وي، د لالت په وینه ورکولو کوي.

Coagulations, -Fibrinogen ATIII, Quick, په تیره د فکتورو معلومول (البته دا ورځنی یا عادي معاینات

نه دي) کله چې (مایکرو ګرام) D-Dimer > 3/mic.gr لوروي نو بیا په Hyperfibrinolysis دلالت کوي.

درملنه:

• دهغو ناروغیو درملنه باید وشي چې د DIC د ناروغی سبب کېږي.

• اسباب یا لاملونه باید لري شي.

• په فعال حالت کې (active phase) د Heparin I.V. 5000-10000 I.E. په ورځ کې ورکول (هدف: د

PTT دوه چنده کیدل له نورمال حالت څخه).

- کله چې AT III له 70% فیصده څخه کم وي نو بیا د AT III محصولاتو ورکول د ورځ - 3000 5000 I.E/ یعنی په ورځ کې.
- د oagulations-factors له (FreshFrozen Plasma)FFP، یعنی د تازه پلازما او Thrombocyt-concentrate ورکول.
- په پر مختللي یا وخیم حالت کې د FFP، AT III، تازه وینه (Fresh blood) او Thrombocyt-concentrate توصیه کول.

یادونه:

اجازه نشته چې Hyperfibrinolys توقف (د رول شي) ورکړل شي، ځکه چې کېدای شي، Microthromben یا د وینې ډبرې وړې علقې یا سخته شوې توتې جوړې شي، او باید دهغې له جوړولو څخه مخنیوی وشي، ترڅو چې Microcirculation مطمئن شي او دا د مهمو اورگانونو لکه دماغ، بدوډي، سږي او ینې او یا لږمون (ځگر) د اساسي وظایفوي د اجرا لپاره ضروري دي، Antifibrinolytic د استطباب وړ نه دي.

Type II Diabetes Melitus

ډېر وخت ثابت یا په یو حال

ډېر لږ

hyperosmolare – Dehydration

Hypovolamie

په حامله داري، مخکې او په جریان

د جراحي عملیات کې

Type I Diabetes Melitus

متزلزل

میتابولیزم:

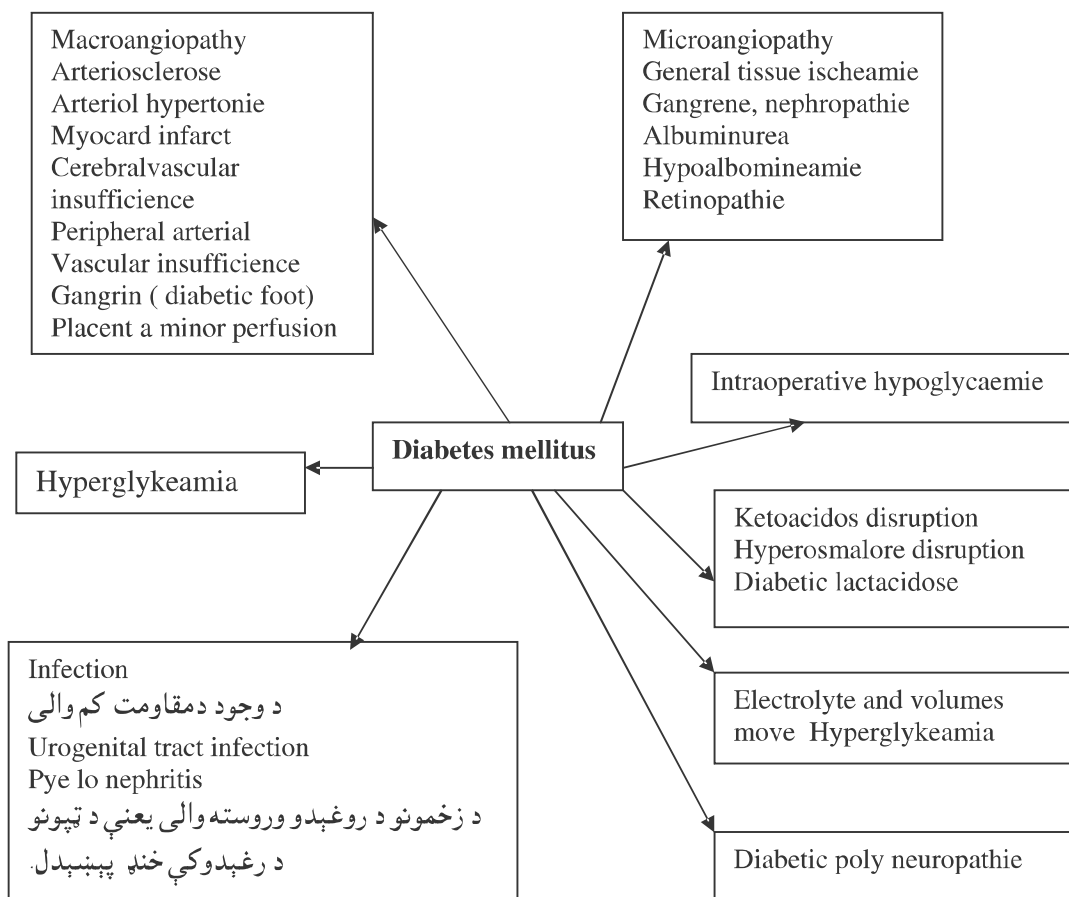
لوړ

تمایل کیتوز (Ketose)، خوا:

autonome neuropathie

اختلالات:

انسولین درملنه: د انسولین تطبیق مکلفیت دی



Clinic

هغه وصفی اعراض چې دیابت په ناروغی (درملنه نه وي شوي) کې پیدا کېدای شي.
 Polydipsia، (Glucosuray) Polyuria (تنده، تشنگي)
 Dehydration د وزن کمېدل، د کار د توانايي يا قدرت ضعيف کېدل.
 - د هغه ناروغ چې د DM درملنه شوې وي (منظم روانه وي) نو بيا [IDM=Diabetes Melitus] دغه ناروغي اصل وصفی اعراض نه بڼي.
 - يادونه: Hypoglycemia (د وينې د شکر اندازه له 50mg/dl کم وي) کله چې د انسولين مقدار په لوړ دوز ورکړل شي، نو بيا دغه لاندې اعراض څرگندېږي:

د بدن رېږدېدنه (لرزش، دلورې احساس، سرې خولې (عرق سرد)، د پوستکي درنگ سپين والی، Tachycardy، د ځای اوسیمي سم نه پېژندل یو شي دوشي لیدني او همدارنگه د حواسو مختل یا گډوډ کېدل سره وي چې ناروغ په Hypoglycemia coma اخته شي.

Diagnosis

1. Anamnesis: د ناروغي وخت یا پیل يې څومره وخت کېږي، چې پېژاندله شوي غذائي رژیم د زړه او یانورې ناروغي چې پخوايي درلوده.

د دیابت د ناروغي اختلاطات، موضي پرابلمونه، د شپې له خوا د ادرار زیاتېدل. د (Naturia) د زړه ټکان (Tachycardie)، د استراحت په حال کې همدارنگه Hypaesthesia-or-paraesthesia (د بېگلي په توگه Burning feet)

د درملو پوښتنه لکه Thyroid hormon، Diuritica، corticosteroid (د تیرائید د غدې هورمونونه)، Oosterogen.

2. کلینیکي معاینات: د رگونو حالات، د زخمونو یا نورې درملنې ژر او سم نه روغېدل، Cord- auscultation د زړه د غږونو اوریدل البته په Stetoscope سره (فزیولوژیکي Respiratoric arrhythmie شته؟ او که نشته؟).

همدارنگه Vegetative Nervsyste موثر ده او که نه؟ distal-Vibration (له مرکز یا منځني برخې څخه دلري پرتو سیمو رېږدېدل او Poly neuropathie.

3. لابراتوار:

- د خوږې مقدار په وینه کې (نورمال په لوږه باید له 25mg/dl لږ یا کم وي)

- د Haemoglobin، Uringlucos او Haematocxit (Dehydratation)، Urea، Creatinin، لکه Electrolyte، Glucose، Urine status، Quick، PTT، Thrombocyt (Leucocyt، Bacteria، ketonbody، albumin)

4. کله چې په anabolism اشتباه پیدا شي، نو باید طبيب د وینې خوږې (Glucose) یعنی <50mg/dl او >300mg/dl BG، د وینې PH مقدار >7.25-7.36، Ketonbody <7mmol/li، همدارنگه Osmolaritie (>350mosm/l) او Lacate (>8mmol/lit) معاینات توصیه کړي.

{{BG = Blood Glucose}}

5. ECG

د Hypoxia (د O₂ کم والی) اختلاطات؟ ابتدائي Infarct؟

د امکان په صورت کې یا همدارنگه Rhythmus Strips په یوه ژور Inspiration او Expiration (په طبعي یا فزیولوژیک حالت کې Respiration arrhythmie) اما په autonome neuropathy کې نه لیدل کېږي.

6. abdominal sonographie، Thorax-radiographie (په تېره یڼه ځگر) Pancreas او بډوډي (کلیه).

7. همدارنگه د سترگو لیدنه، کتنه=Ophthalmoscopy، Fundscopy، د سترگو دوینې د رگونو د تشخیص لپاره.

درملنه:

- هدف: دلته هدف د وینې د شکر د لوړوالي څخه مخنیوی ده، البته مخکې له عملیات یا په جریان د جراحي عملیات او وروسته له هغه څخه Postaggressions phase ده.
د وینې د شکر نورمال ساتل یا لږ څه لوړه او نورمال حالت څخه یعنی $BG=150-50 \text{ mg/dl}$ هدف دی.

Elects جراحی عملیات لپاره

1- Prea operative یا Elective جراحی عملیات لپاره 48 ساعته مخکې له عملیات څخه ناروغ په روغتون کې بستر کېږي.

آیاد انسولین درملنه ضروري ده؟، په هغو ناروغانو کې چې تر اوسه انسولین باندې درملنه شوي؟ ضروري ده کله چې د خوږې اندازه په وینه کې البته په لوړه کې له 200 mg/dl لوړه وي (Burn, polytrauma (سوخیدل) او یا هم د شاک ناروغ، septic-Infections په تیره سخته او دوامداره یا اوږد محاله حالت کې، کله چې د پلان شوي جراحي عملیات څخه ورسوته دخولې له لارې ژر خوړل استطباب ونه لري.
هغه ناروغان چې باید انسولین واخلي او ثابت میتابولزم لري او دهغوی لپاره یو پلان شوي وړوکی عملیات سرته رسېږي، نو دغه لاندې مواد باید ورکړل شي.

هدف له h څخه ساعت دی یعنی $h=\text{hour}$ او $BW=\text{Body Weigh}$

Glucose infusion 5%, KCl 20 mval/li (25 mli / h / 70kgBw)

د عملیات په ورځې د سهار له خوا+د انسولین د سهارنی دوز یا مقدار نیمایي البته له Regular insulin i.m. عضلي تطبیق شي، همدارنگه وروسته له عملیات څخه بې له سهل انگارې څخه حتماً $1/4$ حصه له همدې انسولین څخه تطبیق شي او د همدې ورځې (جراحی عملیات) مازیگر $1/4$ برخه پورته ذکر شوي، انسولین زرق شي.

هغه ناروغ چې باید انسولین واخلي او ناثابته (labile) میتابولیزم لري او یا پلان شوي، اوږد محاله او سخت جراحي عملیات ولري نو باید دغه لاندې ټکي په پام کې ولري:

Glucose Infusion 5%+Kcl 20 mval/li (125ml/h/70kgBW)+Regular insulin continuous (continuously) per infusionem

(او په ډیرو سخت پینسو کې تر $2-6 \text{ E/h}$ ، نظر په ضرورت سره) $I.V. 0.5-2 \text{ E/h}$ دا هم ممکن ده چې یوه ورځ مخکې له جراحي عملیات څخه دغه درملنه پیل شي.

Intraoperative -2

-په جریان د عملیات هر یو ساعت کې باید د وینې خوږه معاینه شي، په جریان د عملیات او هم وروسته له عملیات څخه ناروغ تر جدي او دقیق قلبي مونیتره (cardiac manitori) په تېره بیا په autonomic neuropathie کې ونيول شي. د درملنې یا Therapie رژیم تر عملیات مخکې مرحله (preoperativ) برخه وکتل شي.

3- post operativ :

ورسته له عملیات څخه د ناروغ micturation د وینې د شکرې کنترول هر 6 ساعته په لومړۍ 24 ساعته وروسته له عملیات څخه، Miction disrup (د ادرار توقف)، atonic bladder، په ECG کې بدلونونه د زخم نه جوړېدل او داسې نور .

رژیم ته لکه مخکې او په جریان د عملیات چې وه، باید پاملرنه وشي تر څو ناروغ بیرته نورمال او عادي حالت ته راوگرځي او څه وڅښلي شي.

4- general : په عمومي توګه که چېرته د وینې خوږه څوکه

($250-300\text{mg/dl}$) زیاته وي کیدای شي چې د Regular insulin 4-8 E i.m. سره قید او کنترول شي د Low-Dose-heparin استطباب په لوړه کچه باید کېښودل شي.

5- په جریان د عملیات کې د hypoglycemia مینځ ته راتلل ډېر خطرناک دی، هڅه باید وشي چې د وینې شکره له 100 mg/dl څخه کم نشي.

د hypoglycemia په وخت کې په بیره سره باید د Glucose i.v مقدار په تیره بیا Glucose infusion لور یوړل شي.

6- Contraindication = د عملیات د نه استطباب عوامل :

- په پرمختللي یا سخت Ketoacidosis د Hyperosmolar مشکلات، actacidosis او یا هم Diabeticoma (عملیات حد اقل 3-6 ساعته پورې شاته واچول شي، ترڅو ناروغ د insulinsubstitution, Rehydration, Potassium-substitution، او دې Acidosis نور مال کېدل په ذریعه، ثابت حالت پیدا کړي.

اختلاطات :

1. woundhealing Distrup, diabetic foot syndrome , infection of the urinary tract, woundinfedction
2. Nephral insufficiency, Bladderatoniae , Gastroparesis cardiorespirotoric insuffecence.
3. TIA-Apoplexie, Thromboembolic complication , microcirculationsdistrup, myocardinfarct., دانسولین د ضرورت کمښت پاملرنه: Hypoglycemia وروسته له لاتدنیو حالاتو پېښېږي.
1. Amputation of the Extremitas = limbs
2. Exstirpation of the Septic Or
3. Hypophysectomy , adrenalectomia
4. (Sectio caesarea $> 8\text{mmol/lit}$)
5. Pregnancy = graviditae = حاملګي.
- Cardiae defect, embryofetopathia diabetica, spulmonal development, macrosomia

د بستر ټپ = Decubitus د بستر زخم = Decubitalulcera :

لاملونه

1. ډېرې سختې اساسي ناروغي لکه:

polytrauma, coma, shock, Paresen او داسې نورې.

2. هغه په بستر کې پراته د فلج ناروغان له لکه Apopletie insult (دماغي سکت) Transverselesion د شوکې نخاع مکمل یا نیمګړې پرېکېدل (همدارنگه هغه ناروغان چې نه خوځېږي، (نه ګرځي او نه بې ځايه کېږي، يعنې په دوامدار ډول هماغه يوې خوا ته پروت وي.

لاتين skin maceration=maceratio=macerare د پوستکي شړيدل د نم او رطوبت له کبله لکه Stool (غايطه مواد) او Urinincontinence.

4. د جراحي عمليات ډېر وخت دوام کول، يعنې هغه عملياتونه چې ضرورت لري، چې ډېر وخت ونيسي (اوږد محاله جراحي عمليات)

مساعدي زميني:

د وينې د دوران مخکنی پېژندل شوي مشکلات، Diabetes mellitus، Aneamia، Polyneuropathy، Cachexia، Exsiccose او داسې نور.

:Pathologie

په ټوليزه توګه: (د درد احساس کموالی او يا هم په خپل سر د خوځښت کموالی) د يوې اوږد مهاله مودې له کبله چې سيمه تر فشار لاندې راغلې وي (يعنې اضافه له دوه ساعته سيمه تر فشار لاندې وي). نو له دې کبله په پوستکي کې يو Ischeamic necrose او يا هم د سيمې د پوستکي لاندې جوړښتونو کې دغه نکروتکي اسکمي مينځ ته راځي، اساسي درملنه يې د سيمې آزاده کېدل او بنوريدل يا بيلا مېزشن دي.

ترڅو بېرته د رگونو خولې خلاصې (پرانستلی) شي او وينه په نورمال او طبعي توګه حرکت وکړي. په سيمه (ساحه) کې سوروالی، ټپ (Ulcerations) له ډېر خراب Granulations سره بيا هم په روغيدلو پيل کوي.

روغيدل (اعاده) په درې مرحلو کې صورت مومي پاکوالی (Cleaning)، Epitheliasation، granulation موضعي (local): په تيره يا خاصه توګه د هډوکو سيمه لکه:

Ossa tarsi, calcaneus, os caccygis, os sacrum, occipital, scapula, Trochantor major، او داسې نور ځايونه لکه زنگنونه، ملا، مری او.....

Epoidemie: 7% ټول هغه ناروغان چې په روغتون کې درملنه کېږي، په هغو کې د بستر ټپونه پرمختګ کاندې، او دا زياد تره تره ډېره حده د ناروغ په حالت او لومړنيو ناروغيو پورې اړه لري البته زمونږ په هېواد کې دهغه خاصو بسترو نشتوالی له يوې خوا د نرسنگ د پالنې يا په ښه توګه نه پاملرنې له بلې خوا امکان لري چې دا فيصدي زښته زياته وي.

کلينیک = اعراض او علايم:

a- د پوستکي سوروالی (چې په فشار ورکولو سره نه وړک کېږي) او په سيمه کې د درد موجوديت د خطر زنگ دي.

b- Ulceration او غوړين بوی.

Diagnosis = تشخیص:

1. Anamnesis: (اساسي او لومړنی ناروغی) او ځانگړی (مشخص) کلینیکي علايم.
2. X-Ray: باید مخکې له جراحي عمليات څخه تر سره شي تر څو osteitis او همدارنگه periarticular- sclerosis, skeletdeformation وپيژندل شي.
3. Doppler sonographie

درملنه:

a- محافظوي Conservative: د سيمي څخه د فشار لري کول يعنې باید سيمه آزاده پرېښودل شي، (معمولاً په هر دو (2) ساعتو کې ناروغ په بل اړخ (طرف) واړول شي، د اضافي شيانو لري کول (البته په هغو وسايلو درملنه چې زمونږ په هيواد کې اوس نشته ياممکن نه دي).

2- د مالوچو پيخته، بندازونه، د جلائينی بالبنټونه، مخصوصو توشکو (Pneumatic mattress (Mattress) او داسې نور).

هغه ناروغان چې Sacralulcera لري باید په 30° درجو) مايل له اسفنجي رابري شيانو سره قرار (استراحت) ورکړل شي، (البته په مکمله توگه نه په يوه اړخ = په 90° Trochanter سيمه باندې خطر نه لري).

b- دې ترمبوز د پيدا کېدلو د مخنيوي (Thrombose Pr-ophylaxe) په هغو ناروغانو کې چې حرکت يا خوځښت نه لري.

c- وچ بندازونه له mercuchrom سره په سطحي تخريشاتو (deasions) کې.

d- Local treatment موضعي درملنه:

- د نکرو تیکو سيمو لري کول.
- د ناوا (Pus) او Fibrinose تراکم (شتوالی) کېدای شي چې له Proteolytic-enzym (لکه Varidas, fibrolan, Debrisorb) سره لري او پاک کړي.
- د Hydrocolloid صفحي يا سيمي کېدای شي، له Ringerlotio او يا biguanid antiseptic (Lavasept) په تيره بيا Polyvidon-iod (د بېلگې په توگه Betaisodona) او نورو سره پاکه شي.
- او په منتنو (infection) او نه روغېدونکو ټپونو کې بيا هماغه (Biosurgical) څخه استفاده کېږي.
- همدارنگه وايي چې د فزيکي موضعي درملنې لپاره د CO_2 حمام ورکول هم گټه لري.
- Operativ

استطباب :- په هغو د بستر زخمونو (Decubitalulcera) ناروغانو باندې اجرا کېږي، چې په پرمختللي حالت کې وي او يا هم نوري درملنې ښې پایلې ونه لري.

Necrectomy د شاوخوا پريکيدل او دې ساحې پلاستيک جراحي Antibiotica prophylaxe I.V. = و قايوي اتتي بيوتیک د ورید له لارې لکه Cephalosporin (2.09)، Cefotaxim يا Metronidazol+Claforan (Clont 0.5g).

پایلي= انزال: دا په درملنې او مراقبت پورې اړه لري.

اختلاطات:

- د ناروغي پرمختگ له ناسمې توجه او نه جدي مراقبت له کبله:
 - په پرمختللي حالت کې د septic کېدلو خطر موجود دي.
 - په څلورمه درجه کې د Osteomyelitis پيدا کېدل.
 - آخريني اختلاط کې د Scar (نډبه) په ساحه کې د carcinom مينځ ته راتگ دی.
- مخنيوی(وقايه):

- په منظم ډول د ناروغ بې ځايه کول هر 24 ساعته وروسته(البته په هغه ناروغانو کې چې په مطلق ډول بايد په بستر کې اوسي يوه ضروري خبره ده.
- همدارنگه بايد د ناروغ سمه پالنه وشي، او ناروغ لاندې بستر اونور شيان لکه(روکش يا نور شيان) د غبرگ کېدلو څخه ډډه وشي، په منظمه توگه د ناروغ د پوستکي(جلد) کتنه وشي يعنې په فشار سره د پوستکي درنگ سور والی د نه ورکېدلو ته بايد جدي پاملرنه وشي، او دې سيمې (X-Ray) بايد له پامه ونه غورځول شي.
- په منظمه توگه د سيمې پوستکي له مخصوصه موادو سره پاک او مساز ورکول شي.
- له نم اورطوبت څخه سيمه وساتل شي، همدارنگه Catheter او Defecation بايد صحي شرايطو لاندې صورت ومومي.

- په خطرناکو ناروغانو کې لکه فلج مخکې له مخکې بايد مخصوص بستر تيار شي. لکه د کلينيتران بستر، ستريکر بستر (ساندويچ بستر).
- (Clinitran bed, (sandwich-bed) stryker-bed)
- DD=تفريقي تشخيص:**

په پنبه / Ferse: ټپ(Ulcera)چې داوعيه(شيرياني، وریدي)پخوانی(مزمن) ناروغي څخه بايد وشي، Venosis-
Malum perforans په polyneuropathy کې (په تېره په Diabetes-mellitus) لاولcus cruris يا هم

د جراحي خاص مکرېونه

Special surgical infections

: Tetanus

لاملونه: Clostridium tetani: چې ډېر مقاومت لرونکي، سپور پيدا کوونکي، anaerobic، Grampositive مکرې دی، او دا په نمجنه ځمکه، ورستو لرگيو، د حيواناتو غايطه مواد(excrement) همدارنگه د انسانانو په کولمو کې او يا هم په نباتاتو کې پيدا کېږي.
دغه Spore کېدای شي چې په مياشتو ژوندي پاتې شي.

پتالوزي:

a: Clostridium tetani مکرې Neurotoxine (تتانوليسين او Tetanospasmin) افراز کوي چې دا له لومړني ټپ(زخم) څخه په Nervesheath/Axon باندې Retrograde په انعکاسي توگه، په spinal cord,

motoneuron او medulla يا cerebral nerve هسته کې (او همدارنگه په وينه او لمفاوي سيستم باندې) ځای نيسي او هلته د Renshaw بلاک کېدل لور وي، ترڅو چې حرکت فعالیت پراخ او دعضلو شخوالي (Tetany) پيدا کوي حتی په ډېر واړه يا ناچيزه شي لکه غږ او تماس هم زجر ويني.

• د انتقال يا سرايت طرز العمل:

هر تپ (زخم) کېدای شي چې د ننوتلو (انتقال) لاره شي، په تيره بيا هغه تپونه خطرناک دي چې ژور او له اجنبي شيانو سره وي همدارنگه خالي ځايونه (جیبونه) يې جوړ کړي وي، او يا هم مکروز لکه دسوي ناروغان (سوختگي دغه سپور (Spore) وساتل شي چې پایلې يې نېمې نه برېښي.

• نورې مخصوصې بېلگې يا نمونې:

Umbilical-cord-tetanus = د جېل سروی تیتانوس (Tetanus neonatorum Tetanus tabortum).

• Iatrogen (د ډاکټر يا طبيب په واسطه مينځ ته راغلي حالت) لکه: Tetanus post operationum.

اپيديمي:

Incidence د احصائي له مخې په 15/1000,000 تپيانو (زخميانو) کې ليدل کېږي، او په هغو هېوادو کې چې د تیتانوس ضد واکسين تطبيق کېږي، ډېر نادر گرځيدلي دي. خو بيا هم ځينې پيشې ليدلې کېږي، اما په حاره او وروسته پاتې هېوادونو کې په کال کې په حدود 1000.000 پېښې (واقعي) راپور ورکړل شوی دی.

Incubation time دوره يې په بعضې کتابو کې د 3-12 ورځو خو پدې کتاب کې د 4-14 ځې ليکل شوي، څومره چې ناروغی وروسته پيل شي، په همغه اندازه پایلې ښې وي، او همدارنگه ويل کېږي هغه تیتانوس چې وروسته پيل شي، يعنې incubation دوره له يوې مياشتې څخه تر يوه کاله هم ممکنه ده.

د تیتانوس د تقسيماتو مراحل د EYRICH په اساس!

:musclerigiditaet, Trimus, opisthotonus .

Grad I همدارنگه د خولې دلعب زياتوالی داوبو او دڅوږو دغړي (مري) د تيرولو ستونځې شکايت يا مشکلات. د مخ په زياتيدونکي توگه د عضلاتو Rigiditaet Grad II زياتوالی چې د ساه اخيستلو: عدم کفايه (Respiratory insufficiency)، البته دعضلات Cramp لږ وي. په قوي توگه د musclerigiditaet.

Grad III:- Respiratory insufficiency

Blood cercle abilitaet, general cramp (د وينې د دوران ثبات له مينځه تلل)

اعراض او علايم (Clinic):

Prodromie (لومړنۍ، مخکېنۍ): د سر درد، خولې کېدل، غير ارادي حرکات (نارامي)، خستگي، د تپ، د شاوخوا حسيت کم والی.

درد لرونکې Trismus، Rhisus-sardonius, clonic-muscle-cramp (ښښتي ژامې) Opisthotonus.

▪ د Diaphragma (حجاب حاجز) د عضلاتو شخې له Singultus (هکک) Hypoxy، dyspnea، Respiratory Paralysis, acidose.

▪ سر څرخي، بې خوابي، Myalgia او Hyperthermie myopathy تر 42% .

- د زړه د خوځښت (Rhythmus) بي نظمي (تشوښات) همدارنگه arterial hypertony .
- د ناروغ رواني حالت تراخړه (پای) پورې نورمال او روښانه وي.

تشخيص:

- a - Anamnese (ژوبلېدل، خلاص ټپونه، او پردې اجسام يا اجنبي اجسام او کلينيکي معاینات.
- b - د ناروغي د عامل (مکروب) پېژاندنه د ټپ د موادو له smear څخه .
- c - لابراتوار: د Tetanus antitoxin موجودیت (مثبتوالي) په Serum کې کله چې مقدار يې له 0.1 I.E/ml څخه زيات وي واکسين شي.

درملنه:

- 1- کله چې د تیتانوس د ناروغي اعراض او علايم تر سترگو شي يا احساس شي.
- د ټپ سمه او صحيح درملنه: په وسيع (پراخه توگه) wound excision يعنې debridement د مکروب او چرکه د کمولو لپاره. د پرديو شيانو لري کولو (اجنبي اجسامو لري کول).
- د ټپ درملنه په پرانستې توگه يعنې زخم نه گڼل کېږي.
- Initial: Immunotherapie يا په لومړۍ ورځ کې Tetanusoxoid (Tetanol) 4x0.5ml او همدارنگه 10.000 I.E.

- Tetagam N, Titanus Immunglobulin (عضلي زرقیات) وروستي ورځو کې (روز های بعدی) Tetagam N .
- په ورځ کې tetanus immunglobulin 3000 I.E/day
- د تطبيق مقدار يې د ناروغي حالت پورې اړه لري.
- درمل د medicine

(Prednison, 1mg/kg/BW/day I.V) Gluco corticoid .

په عصبي حجرو باندې د توکسين د تاثيراتو د مخنيوي په خاطر د عضلو د شخوالي د (Cramp) د درملنې په خاطر بايد Sedative لکه (Luminal) Phenobarbital ورکړل شي، همدارنگه (Diazepam) Valium سره ښې پایلې لري.

البته په پرمختللي او سخت حالت کې د ناروغ فرد عضلاتو د Relaxation او دې تنفسي سيستم د کنترول لپاره Succinylcholin ورکړل شي.

2. عمومي تدابير:

د ناروغ جدي پاملرنه او پالنه ناروغ په يوه آرمه، يوازې او تياره خونه کې بستر يا وساتل شي، general-infection sprophylae، Thromboseprophylare د پراخه اثره لرونکې انتي بيوتیک په واسطه همدارنگه د مايعاتو د ورکړې او د ادرار د بيلانس کنترول Relaxation، intubation او کنترول artificialventilation، hypothermie .

پایلی = Prognosis:

پایلی یې سره له جدي پاملرنې بڼې نه دي له ټولو جدي پاملرنو سره هم بیا هم 50% مړینه (Letalit) لیدل کېږي، د واکسین تطبیق که څه هم پرهار ډیر وړوکی وي، خو تر مخنیوی یا ژغورني لپاره باید تطبیق شي.

اختلاطات = Complication:

A- په Cramp (عضلي شخي) کې د Vertebral Fracture او یا هم د اوږدو هډوکو ماتېدل ممکن دي.
B- Asystole، Ventricular fibrillation، Dyspnea : Aspiration-pneumonia له کبله ممکن مرگ واقع شي.

C- Vaccination ممکن: allergic reaction، Urticaria، زړه بد والی تبه (fever) سیمیز (local) عکس العمل لکه سور والی، پارسوب Mono- polynuropathie.

پاملرنه:

په ناپوهی سره د واکسین د وریدي تطبیق د حساسیت او شدید عکس العمل او حتی shock سبب گرځي.

مخ نیوی یا وقایه prophylaxis:

Tetanus-prophylaxis-vaccination: د درې دورو د واکسین د تطبیق په اساس د لسو کالو لپاره مکمل فعال اساسي معافیت منخته راځي.

دغه واکسین د عضلي زرقیاتو په M.deltoideus کې تطبیق کېږي.

په anti coagulation therapy او Hemorrhagic diatheses کې باید S.C (تر پوستکي لاندې) تطبیق شي، S.C = Scubcuton په نوي ز بریدلي ماشوم کې (له درې میاشتنی 3 میاشتنی) څخه په مجموعي یا په کلي توگه څلور وارې (4) واکسین کېږي، په لاندې ډول):

دغه درې دورې (1+2+3) د هرې 4 (څلورې) هفتې فاصله کې یا یوه میاشت وروسته او څلورمه دوره یې په 12-15 میاشتی کې له Diphthery+Tetanus-toxoid په تېره اوس د Haemophilus-influenza-typ B

poliomyelitis+Pertussis-Hepatitis (چې ددغه 6 واکسینه په مجموعي توگه چې

Hexavae) نومېږي، او په M.Vastus lat. کې تطبیق کېږي او تکرار یې هر 10 کالو کې کېږي.

پاملرنه:

ټول واکسینونه باید په نړیوال واکسین پاس (کتابچه) کې ورسول شي.

* په هر ټپ کې باید د واکسین کتابچه وکتلی شي، او هر ټپ باید په جدي توگه پاک او درملنه یې وشي.

* د ټپي ناروغ سره که چیرې د واکسین کتابچه نه وي او یا شک موجود وي، نو باید د تیتانوس واکسین تطبیق شي.

- په وړوکی او پاک ټپ کې د tetanol نورمال دوز ورکړل شي.

- په منتن او لوی ټپ کې simultanprophylaxis او همزمان tetanol 0.5 ml تطبیق شي.

DD=تفریقي تشخیص:

- Cerebralecramp سره

- Hystric Cramp, Hypocalcimie, Hyperventilation) Tetonyie (tollwut, rabies) lyssa

- trismus: د ژامو په مفاصلو کې د ټیونو د عکس العمل له کبله واقع کېږي.

Meningitis, Cerebral bleeding : Opisthotonus

Tollwut

مشابه نومونه: انگریزي Rabies، الماني Lyssa د سپي د ډارلو ټپ hydrophobia.

اسباب یا لاملونه: Rabies Virus, RNA-Virus

پتالوژي، ناروغۍ، پېژاندنه:

انتقال یا خپریدل: دخولې لعاب (لارو) په واسطه لکه د سپي په واسطه ډارل کېدل، همدارنگه د گیدرې، لیوه، مورک، پینبو او داسې نور گمان کېږي، چې له لومړني ټپ (ډارل شوي سیمې) څخه د اعصابو له لارې ځان هغه اورگان ته رسوي چې هدف یې وي، کوم ځای چې پرې اخته کېږي، هغه د CNS (مرکزي اعصاب سیستم) ده.

په عمومي ډول: منتن کېدل محدود او د اتتاني ناروغیو تقریباً تر 20% فیصده جوړ وي. ډېر خطر یې هغه وخت وي چې د ډارل شوي پرهاړ موقعیت په ستونې، مخ او سر کې واقع شوي وي.

خپرېدل = Epidemy

- Incubation time: له 10 ورځو تر څو میاشتو په منځني توگه 8-3 هفتو یا اونيو پورې رسېږي.
په پرمختللو هېوادونو کې تقریباً نشته د اسیا ډېر خطر لرونکي سیمو په تېره هند، نیپال او داسې نور تر 90% ټول د Tollwut expositions له سپیو څخه دي.

- په نړۍ کې نږدې 60.000 ناروغان په کال کې راپور ورکړل شوي، د هر طبیب یا مسئول شخص قانوني مکلفیت دی، چې ددې پینبو خپریدلو له کبله هر څومره ژر او په رسمي توگه مسئولو منابعو ته راپور ورکړي. البته په پرمختللو هېوادونو کې ژوي ته د ژویو د ډاکټر تر نظر لاندې کنټرول او واکسین کېږي.

اعراض او نښې = Clinic

خطرناکه اعراض او علایم په لومړي وخت کې نه ښی خو هر ډارل شوي ټپ باید په سمه او اساسي توگه درملنه شي.

I. سیمیز Local: د ډارل شوي سیمې سوروالی (سور رنگ). وروسته د ټپ درد او Parasthesie د ډارل شوي ټپ په سیمه کې.

II. Prodromal Phase: چې په دې مرحله کې سر دردي، Nausea د عوامو په ژبه زړه بدوالی (دلبدی)، استفراغات، بې اشتهايي، Lethargie (بې علاقه گي)، Depression: ډاریدل، گوبنه نشیني لیدل کېږي.

III. (Excitations stadium) acut neurologic symptom

= د عصبي اعراضو بیړني مرحله: یو له حد زیاد (افراطی) حساسیت د Sensory Stimulus په مقابل کې له Tonic او Clonic شخي یا Cramp سره همدارنگه دخولې د لعاب زیات بهیدل Dysphagie، Larynx، Hydrophobia، cramp، pharyngeal-cramp (له اوبو څخه ډاریدل) له اوبو څښلو څخه ډاریدل، د پوهېدلو بدلون، لکه د لیونی سپي په څېر په نورو حمله کول (Aggressive).

IV. د پای مرحله یا د آرامی مرحله: پدې وخت کې دماغی فلج او همدارنگه د اطراف (لاس او پښې) او بدن (تنې) د عضلاتو Paresen، او دغه مخ په زیاتیدونکي فلج تنفسي سیستم تر عدم کفایي پورې رسېږي.

V. د تنفسي سیستم دریدل: د زړه دریدل او مرگ سره له دې چې ناروغ هوبنیار او بې له ذهني تشوش څخه وي، واقع کېږي.

:Diagnose

- Anamnesis: د ژویو (حيواناتو) د اړل او ددغه ژویو واضح ناروغي او بر خورد کې (یعني ددغه ژویو (حيوان) له څښتن او بیایي له ډاکټر څخه وپوښتل شي چې آیا ناروغ ده او که نه؟ واکسین شوی او که نه؟.
- 6. کلینیکي معاینات د طبیب له خوا:
- لا براتوار: Serologic: سیرو لوژیکي مثبتې (+) نتیجې صرف وروسته له دې چې په ناروغ کې دناروغی علایم څرگند شي، معلومیږي، هیڅکله د (Incubation) په مرحله کې نه څرگنده کېږي، (صرف په حیوان کې)
- Liquorpunction: ډېر لږ Polycytose او Lymphocytose لیدل کېږي.

:درملنه:

کله چې د Tollwut infection اشتباه پیدا شي، باید د واکسین تطبیق صورت ومومي.

Local یا سیمیزه درملنه: په پراخه توگه د ټپ شاو خوا لري او ټپ د Viruciden-detergent (صابوني اوبه، 70% Ethanol او یا خو هم آیودین لرونکي مواد) سره پریمینخل شي، د ټپ باید په پرانستلی (Open)، توگه درملنه وشي (هیڅکله په لومړی مرحله کې ونه گنډل شي).

د ژوی په واسطه د پوستکي د سطحې تخریش په صورت کې باید وقایوي واکسین (Human Diploid-cell strain, rabivae=HDC-Vaccine) تطبیق شي (البته د 1ml i.m یا عضلي زرق = 2.5 I.E، د واکسین راتلونکي Dose وروسته له 3 ورځو بیا 1. 2. 4 هفتو او 3 میاشتو کې تکرار شي).

واکسین د عضلي زرق (I.M) په M. Deltoideus یا S.C له طریقه تطبیق شي.

- اما کله چې ټپ ژور وي او یا هم د ناروغی علامې او نښې ولیدلې شي. Threathemnt

نو بیا د Simultan Threapie له Rabiesimmunglobulint + HDC-vaccine په 20 I.E/Kg/BW اندازه تطبیق شي.

- علاوه پر دې تل باید په Tetanusprorphyaxis فکر وشي او تطبیق شي، د ټپ درملنه باید په جدي او Intensiv توگه سرته ورسېږي.

:Pragnase= پایلي

ډېر جدي یا خطرناکه دي بې له درملنې مرگ وروسته له څو ورځو کله چې د ناروغی نښې پیل شي واقع کېږي.

:اختلاطات:

Aspirationpneumony , Respiratory insufficiency -
cardial arrhythmia او د زړه فلج (cardiacarrest).

وقايه(مخنيوی):

وقايوي واکسين: ټول هغه خلک چې ژويو(حيواناتو) سره سروکار لري، لکه د حيواناتو ډاکټر او پرسونل په قصابان، بنکاريان، بزگران، او داسې نور بايد 3 (دری) دورې واکسين شي، په لاندې ډول .
1+2HDC-Vaccine 1 ml =2.5 I.E (I.M) واکسينونه د څلورو هفتو په فاصله يعنې هر څلور هفتې وروسته يو وار واکسين شي) او يو واکسين وروسته له يوه کاله بايد تکرار شي.
- همدارنگه د سپيو او پيشوگانو واکسين شونې(ممکن دی)، او ډېرې پاملرنه صحرائي ژويو ته وشي او ځان ترې وژغوري.

ځينې کوچني او مهمې جراحي

(PANARITIUM):

مشابه نومونه: د نوکانو (ناخن) ناروغي، د نوک پاروسوب، خس مار اسباب=لاملونه:

- د پوستکي(جلد) ډير کوچنی ټپ د مکروب د ننوتلو لاره(په تيره بيا د نوک په شاو خوا سيمه کې) کېدای شي.
- هغه ټپ چې چې داغزې يا ستن او يا هم دچرې په څوکه په ژور ډول پيدا شي، همدارنگه د ډارلو (زخم دندان) زخمونه يا ټپونه.
Phalagmen، پړانستلی(باز) Fractur يعنې په کلي ډول د ډېرو ويروسونو، staphylococc, s treptococc او يا هم په گډه سره کېدای شي.

وېشنه يا تقسيم:

وېشنه پدې پورې اړه لري چې ټپ چيرې او څومره باکټري په کې برخه اخلي، Superficial panaritium of- finger (سطحي پناړيتيوم).

1- panaritium Cutaneum، 2- P. Subcutaneum، 3- P. Sub unguale.

په تېره بيا P.Periunguale لکه د نوک د بستر Panaritium او يا خو هم ټول نوک(ناخن)، شاو خوا (Panaritium) 4- د دکمې (تنې) اودهغې د سوري شکل (I)

Deep Panaritium of finger: د گوتې ژور پناړيتيوم: د اد سطحي پناړيتيوم د اختلاطاتو له کبله مينځ ته راځي، او هغه دغه لاندې بېلگې لري:

1- P.Tendinosum- (P. Tendinose sheath) P.Periostale (P. Periostale)، 2- P.Ossale، 3- P.Articulare (Endphalangial) 4-Panaritium of Hand

د لاس دې ورغوي (کف دست) Phlegmone لکه (Palmaraponeurose) او يا هم د V-Phlegmone چې د Carpal tunnel د پاسه دغه اړيکې له غټې گوتې تر کوچنې گوتې پورې په Tendon Sheath کې مينځ راځي.

کلينک:

a- راديوگرافي، لوړ حرارت، پاروسوب، اذيما، نبضان (خانگې وهلو غونډې درد)، گوته په حفاظت کې ساتنه.

-b panaritium tendinosum: Tnedon sheath په فشار سره ډېره حساسه وي، په خوځښت سر درد لري، د گوتې پټ ساتل.

-c د ناروغۍ په پرمختللي مرحله کې، تبه (fever)، ساړه کيدل، او همدارنگه Leucocytosis.
-a anamnesis او کلينيکي معاینات: په فشار ورکول سره د درد احساس او همدارنگه گوتې ته کوږ قرار ورکول يا يې ساتل (پدې معنی ده چې يوه phlegmon د پرمختگ په حال کې دی).
1. راديوگرافي: لاس (Hand):

2. Intra operative smear: ترڅو مکروب او دهغه مقاومت معلوم شي.

درملنه:

Operative: استطباب = indication: تل استطباب لري ترڅو له زياتيدلو (وسعت) څخه مخنيوی وشي.
• Incision: P.cutaneum په ناو لرونکې تناکې باندې اجرا شي، او د ټپ په خلاصه توگه درملنه او د Abscessointment لکه (Furacin) او Rivanol بنډاژ سره پټې شي.
• P.Subcutaneum: د تناکې پر يوه خوا يا څنگ (جانبی) شق او Drainage اجرا شي او گوتې ته په يو ميزا به په کې آرامه قرار ورکول (Boehler - rail) هدف له rail څخه يو بستر دی، چې د اوبو يا د ناوې په شان بستر دگوتې لپاره ده.

• nail incision: P. Subunguale (د نوك شق).

• Interdigital phlegmone: palmar incision په داسې شکل چې د شق يو سر Palmare مخ باندې بې له د چې شق ته دوام ورکړل شي، او بل يې په Dorsale (په مقابل د د لومړنی شق) مخ باندې اجرا کېږي او همدارنگه drainage ايښودل کېږي.

• P.tendinosum - په بيړنی توگه بايد جراحي عمليات اجرا شي.

• V-Plegmane = داهم په بيړنی او لومړيتوب سره د جراحي عمليات په وسيله سيمه پراخه ازاده، خلاصه شي، ترڅو د کار پل تونل (carpaltunnels) له فشار څخه آزاد شي، نوره درملنه لکه P-tendinosum پرمخ يوړل کېږي، يعنې وروسته له جراحي شق، سيمه پاکه او د پاکولو درنياژ کيښودل شي.

• د لاس د ورغوي (کف دست) Phlegmone: د اهم د بيړنی جراحي عمليات په وسيله شق (Incision) او د امکان په صورت کې Palmaropeneurose Resection، پرې مينځل او Drainage ايښودل.

• P.ossale: که چيرې د هډوکو نکروز شتون ولري نو بيا همغه هډوکي کورتاژ (Curettage) او د نکرو تیکو شيانو لري کول او drainage.

a. د امکان په صورت کې د ټولو panaritium څخه دې smaer واخيستل شي، ترڅو د عامل پېژندنه وشي، او دهغه د مقاومت لپاره Antibiogramm سرته ورسېږي.

b. که چيرته نکروز شتوالی ولري بايد Debridement عمليه سرته ورسېږي.

c. په ټولو ژورو panaritiums کې سره له نورو اهتماماتو څخه بايد پراخه اثر لرونکی (وسيع الساحة) انتي بيوتیک تطبیق شي، او همدارنگه لاسته آرمه قرار ورکړل شي.

اختلاطات (complication):

1. دلایس د ورغوي د phlegmone د مروند Phlegmone پراخېدل او پرمختگ له هر نوع panaritium څخه شونې (ممکن) دی، چې پیدا شي.
2. ischemic tendonnecrose: P. tendinosum چې د پارسوب (Oedoma) چې د فشار له کبله په اوږه باندي منځته راځي، او همدارنگه وروسته له هغه د التهاب له کبله کېدای شي، چې اوتار (Tendon) او همدارنگه دهغه پوښ (Tendon sheath) سره سره پوښ شي او دهغه د فعالیت کچه ټیټه حتی له منيځه لاړه شي.
3. V-Phelgmone: د N.medianus عصب تر فشار لاندې راتگ (Compression) چې د Carpal-tunnel په ناحیه کې شتون لري.
4. Lymphangitis (دعوامو په خوله د وینې زهري یا مکروبي کېدل).

VASCULAR CHIRURGIE ARTERIES

:Arteries Injurie

: اسباب :

1. Direct-arteries Trauma: Sharps (پرې کونکی). زیاتره پرانستې (Open) او Penetrance جروحات تر 95% ددې پېښو عوامل تشکیل کوي لکه چاره، د مات شوي، هډوکي تیره څوکه، Iatrogene manipulation (د بېلگې په توګه شرياني کتیتر) blunt-Stump زیاتره پټ ژوبلیدل دي. لکه، compression، Crush contusion (ځپل کېدل لکه ګوته چې د دوه تیرو ترمینځ یا د دروازې کې وځپله شي). له ونې یا له لوړ ځای څخه غورځېدل.

2. Indirect-arteries (Trauma): د وینې د رګونو له حده زیات کشیدل لکه -Articulatio luxation (د مفاصلو یا مفصل بې ځایه کېدل)، هغه fracture یا مات شوي هډوکي چې قات یا غبرګ شوي وي (Bendin fracture)، (Repositions manoure همدارنگه د صدري اکبر لوی شریان = Aorta thoracica) Decelerations Trauma تر مکمل یا بشپړ چاودیدل (Rupture) په تیره بیا د Aorta Isthmus سیمه کې.

:Pathalogy

- Sharp injure (trauma): دا ډول ژوبلېدنه داوعیو د discontinued د یوې قوې یا زیاتې وینې تولیدنې سبب کېږي، البته شرياني وینه تویندنه، (Arterial haemorrhage-arterial (bleeding)).
- Stump Trauma: داد شریان، د Media او یا Intima طبقو د څېړیدلو یا ژوبلیدلو او د وینې جریان یا مسیر ته د تغیر او بدلون ورکولوو سبب ګرځي، دلته بهرنی وینه تویدنه نه واقع کېږي، بلکې د شریانو د چاودنې Arterial Ruptur اودیوه Aneurysma د جوړېدنې خطر وجود لري، البته Aneurysma-dissecans، Indirect trauma: په دې حالت کې کشیدل (Expand, Expansion) او یا هم Deceleration Trauma د Intima او Mediana طبقو د درز (شق = tear) سبب ګرځي، چې بیا ددې له وجې د وینې غوټه (Intramurale- hematoma)، د شریان ژوبلېدنه او یا خو هم مکمل چاودیدل (Compleh ruptur) واقع کېږي.

بېلېدنه=تقسيمات:

دغه بېلېدنه د Vollmar له خوا په 1975 کال کې شوې ده:

لومړۍ درجه (G.I)= په دې حالت کې دوینې بهیر(سیر) بدلون نه مومي، وینه تویدنه نه وي، او اطرافو اسکمي نه لیدله کېږي، (No-Periphery-Ischemy) Ischemia، دویمه درجه (G.II)، دلته د شریان د intima طبقي خیریدل Medialasion، وینه تویدنه او یا هم Thrombose او د periphery Ischemie امکان شته.

دریمه درجه (G.III)، دلته د شریان چاودیدل او یا هم خپل کېدل، شدید وینه تویدنه او یا هم په بشپړه توګه د شریان بندیدل او همدارنګه د periphery ischemie واقع کېدل ختمی دي.

کلینیکي اعراض او علايم:

1- د لیدلو وړ ټپ(زخم) له بهرني (فوراني او روښانه) وینه تویدني یا بهیدني Periphery ischemia د نبض (Puls)، نشتوالی د پوستکي د رنگ سپینوالی او سوړ والی).

2- ډیر لوی haematom، پاملرنه! د وینې ضایع کېدل، د ورون (thigh یا femor) په سیمه کې د شک له خطر سره مخامخ کیدلی شي. همدارنګه د بطن دننه وینه تویدنه Abdominal trauma له کبله مینځ ته راتلاي شي، چې ډېر خطرناکه او حیاتي اهمیت لري.

3- Aorta thoracica د decelerations trauma له کبله: د نبض ورکېدل په اطرافي یا لاسو او پښو کې periphery سیمه کې shock او همدارنګه transverse lesion symptom لیدل کېږي.

4- اطرافو(لاسونو او پښو) په لویه کچه ماتیدلو کې باید تل وي مات شوي غړي اخړینې برخه کې (Distal) نبض معاینه یا چک شي.

- په Fractur (ماتیدلو) کې ډېر نور مهم ټکي چې باید په پام کې ونیول شي. هغه د سیمې د وینې دوران، حرکت(خوځښت)، حساسیت (Sensibilitat) چک کول دي.

تشخيص:

• Anamnesea (د موتر (ګاډي)، نورو وسایلو په ذریعه ټکر یا ژوبلیدنه) او کلینیکي معاینات، د نبض حالت (ضعیف، شدید، لوړ، ټیټ او داسې نور).

• رادیوګرافي: Thorax (صدر): د Mediastinum پراخوالی د Aorta (د لوی شریان= ابحر شریان) د ژوبلېدو له کبله.

• Angiography د منځني یا متوسط اندازه کتیتر سره د SELDINGER تخنیک یا طریقه: زیاتره د A. femoralis او همدارنګه A. brachialis له لاري اجرا کېږي.

• استطباب: په تړلو ټپونو کې که چیرې وروسته له Fractur یا ماتوالي څخه نبض حبس نشي نو په دې توګه د رگونو د ژوبلیدلو دقیق محل یا سیمه څرګندېږي.

• Sonographie په بطني ژوبله (Abdominal trauma) کې، دې مایع شتوالی د بطن په جوف کې. Dopplersonographie په رنگینه توګه،

درملنه:

بيړنی او لومړنی مرستې: - Compression د وينې دریدل د فشار يا ټينګ (Compression) بند او ژونو په واسطه او يا هم دسمي ټينګ نيول او يا هم د پنس په ذريعه د وينې تویدني د ساحې ټينګ نيول هيڅکله لوړ، خوړند، تود او يا هم سوړ و نه ساتل شي.
د شاک په مقابل کې مبارزه (د شاک څخه ساتنه) او بې له ځنډه روغتون ته ورسول شي.
- محافظوي درملنه: د رگونو لومړی (G.I) درجه (دوينې رگونه) ژوبله په محافظوي توگه درملنه کېږي.

جراحی:

استطباب: په قوي (ډير) او نه درېدونکي غير مقاومه شرياني وينه بهيدل (III.G).
- انتخابي (elective) استطباب يې په هغو ژوبليدونو کې چې GII Decelerations-trauma يا هم د ابحر شريان Post-traumatic- aneurysma دي.
= د ژوبل شويو رگونو خپلواکه (آزاده ول) دي، د وينې د رگونو End-to-End sutura reconstruction په لومړنی (Primary) توگه.
= په لوی کچه ژوبله کې د ژوبلي شوي ساحې د رگونو resection د وينې د رگونو په مسير کې پرانستلی (Open fractur III) و يا هم G.IV (په نيمه بشپړه يا نامکمل) Incomplete يا بشپړه = complete پرېکيدل.
(د هغه غړي (Amputation)).

- 1- د مات شوي غړي پالنه د زمان له کبله لومړی د بيرته آماده کولو يا سمولو تدابير.
- 2- د وريدونو Reconstruction.
- 3- د شريانونو reconstruction.
- 4- د عصبي رگونو Nervs Reconstruction.
- 5- د نرمو شيانو لکه د عضلو يا musculadapation او د پوستکي گنډل = Thoracal-Aorta: هيڅکله د شاک په حالت کې جراحي عمليات صورت و نه نيسي (بدی پایلې لري) او بايد انتظار و ايستل شي.
= د ژوند مطلق خطر: - Extremitaet amputation (life befor-limb).
= Postoperative: Antibiotic, Redon-Drainage، جدي پاملرنه، په پوره توگه هيپارين تطبيق (په حدود دې (20,000-30,000 I.E.) البته وريدي (I.V.) د 2-4 ورځو لپاره د perfusion په شکل ترڅو PTT دوچند نسبت نورمال حالت ته وي (هره ورځ بايد PTT کنترول شي) وروسته له هغه Low dose Heparin يعنې 3x5000 I.E.S.C. د ترمبوز د وقايي لپاره تطبيق شي.

Prognose = پایلې:

Decelarations trauma د ابحر شريان: د Aorta ruptur په ندرت سره کلينيک يا روغتون ته ژوندي را رسېږي. په Decelarations aorta trauma کې انتظار ويستل بڼي پایلې لري.

نن ورځ د 5% په شاوخوا کې د غړو یا اورگانو د رگونو د ژوبلېدنې له کبله Amputation صورت نیسي.

اختلالات:

- Sutura-aneurysma, (Postraumatic , falsum) Aneurysma spurium
- د مکروب شتوالی Vascular anastomoses په سیمه کې.
- د گنډل شوې سیمې بېرته خلاصیدل.
- د ژوبلېدو څخه وروسته د شریانې او وریډي fistel جوړیدنه.
- Tourniquet-syndrom, comportment-Syndrom
- (Reperfusion syndrome) د Ischemia له کبله-

[د شریانو بندیدل په بیرني توگه حالت کې] .

مشابه نومونه: ERICHE-Syndrom, Acute-ischamia Syndrom, acute arterial Occlusion.

Aetheologie = لامل:

Embolism (لېږدول شوي شیان):

له کین (چپه) اذین = Atrium څخه د اذین له ټکانونو او رېږدیدنې له کبله Mitral valve insufficiency، dilative cardiomyopathy، Absolute، Arrhythmia، وروسته له cordial-infarct له مقاوم جداري ترمبوز سره arterial aneurysm له اصلي کبله، paradox emboly، (وریډي ترمبوز د Foramen ovale چې د زړه له بڼې خوا څخه کین خواته پیل او پدې توگه د وینې په لوی دوران کې امبولي دوران کوي، Thrombocytose endocarditis (مکروبي امبولي) یعنی 90% امبولي علتونه د زړه ناروغۍ تشکیل کوي.

- Acute arterial thrombose:

د هغو ناروغیو له کبله چې شریانې ترمبوز په بیرني توگه مینځ ته راځي په لاندې ډول دي:

Arteriosclerosis (دهغوي له زیان رسونکو فکتورونو سره)، Endoarteritis-obliterans، همدارنگه د peripher-aneurysma (لکه A.poplitea-aneurysma)، د اوغیه پروتیز.

د اوغیو د جدار زیانونه د ترفیضی له کبله، Low-output-syndrom، thrombocytose، Polyglobuly، hormonal-contraceptiva، Phlegmasia-Coerulea-dolens (په تعقیب د complet-vene-thrombose)، Aneurysma dissecans، کوم چې دننه مجرا (لږ) بې ځایه کوي.

- Arteriospasmus چې د kontras موادو زرقیاتو له کبله مینځ ته راځي Iatrogene lasion له امبولي سره.

- Coarctatio of Aorta (ولادي یا هم التهابي Stenose).

پتالوژي:

1. په بیرني توگه د رگونو بندیدل ⇐ نادراً collateral circulation (په تېره په بیرني امبولي کې) ⇐ لږ یا ډېره Ischemia او دې ناروغ شکایت په دې پورې اړه لري چې څومره هغه عضو یا محل په اسکمي اخته شوي ده ⇐ بې له بیرني درملنې:-

دې بیا نه رغېدنې بدلونونه د هغه په اصلي جوړښت کې = Necrosen.

2. Loc. یا موضعي: په هره سيمه کې چې وينه بهېږي، امکان لري، زياتره سيمه يا رگونه چې هلته پېښېږي هغه دا دي:

Aorta او يا هم Internas (60%)، لانديني Extremitat (28%) او Aortabifurcation (Leriche-syndrom) له کبله، A.Iliaca، A.Femoralis communis او A.Poplitea او A.Renalis او ندرتاً Mesenterialarteria (6%) او پاسني Extermitat (لاسونه) (A.Brachialis, 6%).

Clinic:

- د A. carotis سيمه: TIA, PRIND, Apoplexia او داسې نور.
- LERICHE-Syndrom: ناپېره درد پيدا کېدل په دواړو ورونو کې (په لانديني Extermitat)، د نبض نشتوالی په دواړو Inguinal او Periphere pulse په پښو کې د تقريباً د يو ساعت په شاوخوا کې Peripheral Neurologie علايم مينځته راتلل - د Mesenterial-arteria بنديدل: -دفعته درد تر Acut- Abdomen او داسې نور پورې ليدل کېږي.
- A.Renalis (Nephro insufficiens). Renalinsufficiens
- Extermitat: د شپږ(6) ټکي يا شپږ(6) PRATT ویشني له مخې دا لاندي دي:
- د جلد سپينوالي (Pallor/Paleness)، درد (Pain)، د احساس مشکلات (Paresthesia) د نبض نشتوالی (-Pulse lessnes) بې حالې، شاک Prostration د خوځښت مشکلات Paralysis
- Embolia: په مطلقه دفعته پيل، په پوښتنو کې دې زړه دې ناروغيو درلودنه وپوښتل شي.
- Arterial Thrombose: Subacut، منځنی تر ډېر قوي درد درلودل، په پوښتنو کې د AVD (شرياني، وريدي ناروغيو تاريخچه)

Diagnose:

- 1- Anamnese او کلينيکي پلټنې په تېره د نبض حالت، د پوستکي د حرارت درجه، د ناروغ سپين والی (هدف سيمې ته د وينې لږ يانه رسيدل) خوځښت (Motoric)، عصبي علايم او اعراض.
- 2- Doppler sonography او رنگه Doppler sonographie.
- 3- Radiography: angiography (Spiral-CT)، البته په واضیح او روښانه شرياني امبولي کې ضرورت نه ورته پېښېږي.

- Embolia: بندښ په يوه لنډه سيمه کې، په منځني (کمان) شکل ليدل کېږي.
- Thrombos: زياتره بنديدل يې په اوږده فاصله (واتن) کې وي

درملنه:

Acute = بيړني: - Heparin 5000 I.E I.V. په بيړني توگه يا Bolus- injection، Extermitat ته ټيټ يا څوړند قرار کول او په مالوچو (پخته) کې تاوول، د شاک څخه مخ نيوی يا له شاک سره مبارزه په بيړني توگه روغتون ته د ناروغ رسول! (بې د وخت له ضايع کولو)، قوي Analgesic ورکول.

Conservative (محافظة کارانه):

Fibrinolyse - therapie له Streptokinase او يا Urokinase سره په عمومي ډول (د 4-5 ورځو لپاره په Max توگه) او يا سيميز (Local) توگه مستقيماً په Thrombus د Catheterlyse په شکل په تيره (خاصه توگه) د اطرافو امبولي کې همدارنگه اوس د rt-PA= recombinant-human tissue-type plasminogen activator (Gentechologic plasminogenactivator,actilyse) دې لږ وخت لپاره د 6 (شپږو) ساعتو په موده کې يوځای له Heparin infusion سره تطبيق کېږي.

همدارنگه کولای شي، وروسته له دې څخه چې Lyse عمليه په بري سره اجرا شي، يوه بله عمليه يا په کارونه چې (PTA-Percutane-transluminale angioplasty) ده او د Stent-Implantation د مجرا يا Lumen د پراخوالي لپاره پکارول کېږي. اما د Vasodilative درمل د Steal-effect له کبله نه تطبيق کېږي.

Operative (استطباب):

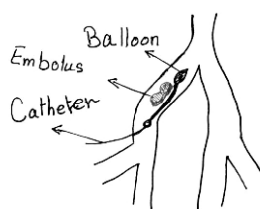
Complett Ischamia syndrom: په پورتنی اطراف (لاسونو)، (کې که چيري بندش دي نو له Praximal څخه تر A.Cubitalis او په سفلي اطراف (پښو) کې تر A. poplitea پورې د Abdominal او عيه Aneurysma .dissecans typ III, ThromboembolyA.carotis.

يادونه:

جراحي عمل هغه وخت اجرا کېږي، چې د مکمل (Complett) Ischemie-syndrom څخه تر 6 ساعتونو (ساعته 10 Max) تيره شوي وي.

يعنې کله چې مکمله احتشا مينځ ته راغلي وي نو په لومړيو شپږو (6) ساعتو کې بايد جراحي عمل اجرا شي، او هغه په لاندې ډول:-

Indirect (غير مستقيمه توگه):



Fogarty Catheter: FOGARTY Catheter مينځني يا متوسط اندازه کتير په واسطه Embolectomy په دې ډول چې ناروغ ته سيميزه (موضعي) انستيزي ورکړل شي، او شريان ته آرام ورکول (A.Cubitalis, A.Femoralis, A.Poplitea) او بيا Balloon catheter-Arteriotomy د شيرياني رگ په دننه البته د Embolus د پاسه تير شي وروسته بالون ډک او له Embolus سره يوځای بيرته راوه ايستل شي، امکان لري چې عمليه خوځلې سرته ورسېږي، په پای کې د arteriotomy سيمه بيرته د تار په واسطه وگنډله شي.

په سيخه = مستقيمه توگه = Direct:



د شريان آزادول، Arteriotomy او (TEA) Thrombend-arteriectomy. وروسته له جراحي عمليه څخه (دو چنده PTT) Heparin I.V همدارنگه د زړه د حرکتو (ريتم) د درملنې د ضرورت لپاره Anti-Coagulation د کومارين له ترکيباتو څخه لکه Marcumar ورکړل شي.

پایلی: - یو Embolectomy هغه وخت ډیرې نښې پایل لري ، کله چې عملیه په لومړیو شپږو (6) ساعتو کې اجرا شي ، او څومره چې عملیه وروسته سرته ورسېږي ، هماغومره بدې پایلې لري.

اختلالات:

- د وینې د دوران ناتواني چې تر شاک پورې رسېږي .
- Intestinal necrosis, paralytic Ileus -: visceralvascular
- Extremitas=اطراف: Compartment syndrome د Postischemic oedem له کبله.
- Aneurysma perforation چې د hypovolemic shock سبب ګرځي.
- Tourniquet-syndrom (Reperforation Syndrom) په تیره بیا کله چې د شریان د بندیدلو وخت له 6-10 ساعتونو زیاد وي نو د Acidosis او Hypercalimia ، Rhabdomyolyse ، Myoglobinamia سبب کېږي. Hypovolemic shock, hemoconcentration, Myoglobinurie
- DIC، تحدیدونکي (crush-kidney Nephro-Insufficiens) او ناروغ ته حیاتي تحدید.
- وقایه (مخ نوي) : د امبولي د بیا تشکل څخه مخنیوی ډېر اړین او مهم دی ، چې د قلبی (زړه) د ناروغیو اساسي درملنه جوړوي .
- په تکراري امبولي کې ، اذیني لرزش کې: Anti coagulation له (Warfarin) Vit- K-antagonisten یا (Cumarine)-: Marcumar هدف د Quick 15-25% (په تېره 3.0-4.0 INR) .

تفریقي تشخیص:

- بیرنۍ وریدي ترمبوز ، Phlegmasia coerulea dolens
- Acute Roynoud phaenomen په Acren کې Cyanos=Bloss=Dolor=Pain درد.

:Arterae-Aneurysma

تعریف: - د کڅوړې (خريطي) په شان د شریاني دیوال بهر ته وتل چې له هغه سره حد اقل د شریان د جدار یوه طبقه ژوبله (Defect) ولري.

DDI=تفریقي بېژاندنه یې له ectasia (یعنې کش کېدل) سره دي داوعیې د جدار نقیصې یا defect څخه پرته.

:Aetheology = لاملونه:

- Arteriosclerosis (په تیره بیا په Arterial hypertony).
- ترضیضات = Trauma : Decelration ، Iatrogen (Punction).
- التهابات = inflammation : Mycotic aneurysma (ډیره یې باکتریایي میکروبونه = Bacteria infection) ، Lues = سفلیس ، د شریانو غیر وصفی التهابات او داسې نور لکه Kawasaki-Sayndrom.
- وظیفوي (Functional) : - وروسته له یوه شریاني بندښ څخه Post-art-Stenase ⇒ لوی کېدل ، پراخوالی = خوریدل وروسته له بندش څخه = Post stenosal dilatation.
- ولادي = Congenital = inborn لکه MARFAN-Sayndrom د Mesenchym پیدا کېدل په غلط یا غیر حقیقي توګه.

(Collagen dysplasy) Ehlers-Danlos-Sayndrom Type IV

اپیدیمی = Epidemie :

- Infra-renale aorta aneurysma د 65 تر 75 کالو تر مینځ.
- زیادتره یا تر ډیره حده نارینه پرې اخته کېږي، نارینه « بنځینه (6:1) .
- 2-5% په هغو نارینه و کې چې عمر یې لوړ او همدارنگه د لوړ فشار خاوندان دي، زیات لیدل کېږي.

وبشل = تقسیمات:

- I Aneurysma-Verum (ریښتنی انیوریزم): د شریان د جدار د درې واړو طبقو پراخیدل د خلطې (خریطې) یا Spindel form په شکل یعنی د Intema ، Media او Adventitia طبقې.
- II Aneurysma dissecans : دلته هغه درز یا سوري چې په intema کې پیدا شوي وي، له دغه درز څخه وینه تیرېږي، او د Intema طبقې لاندې ځي او ددغې طبقې بېلېدنه له نورو څخه پیدا کوي او دلته غبرگه یا Dopplelumen له Aort acrus څخه تر Aorta bifuction پورې رسېږي.

د DEBAKEY بېلېدنه :

- I Typ Entry په Aorta Ascendens (Segment 1 او نور).
- II Typ Entry په Aorta Ascendens محدود په (Segment 1).
- III Typ Entry په Aorta Descendens (Segment 3) پراخیدل.

د STANFORD بېلونه:

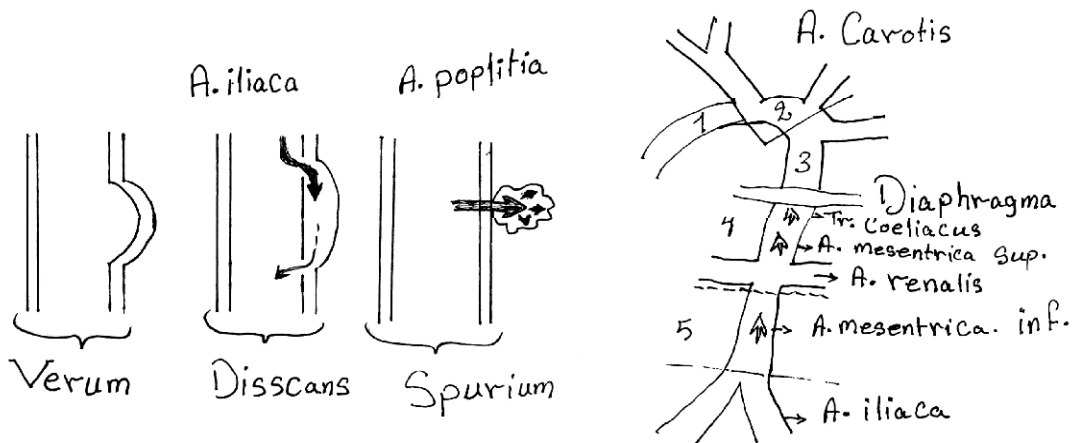
- A Typ - Proximal: د درز پیل په Aorta-Ascendens او یا په Aorta arcus کې وي، چې د بیرني عملیات استطباب لري.
- B Typ - Proximal: د درز پیل Aorta descendens distal د کین A.Subclvia د وتلو (خارج کیدلو) په سیستم کې پېښېږي.
- III Falsum = Aneurysma spurium (کاذب انیوریزم)، د شریان جدار کې دیو سوري (Leck) له کبله وینه بهر ته (Extravasal) ټولېږي او یو Paravasal haematom جوړوي، په مطلق ډول د عملیات استطباب لري، ځکه چې د Penetration او یا هم وینه تویدنه (خونریزي) سبب گرځي.

IV- د انیوریزم نور ډولونه:

- Saccifusiforme (کڅوړه شکله)، Fusiforme (Spindel form)، Saccifusi-forme (دواړه ډوله)، Serpentinum cuneiforme (مار ډوله شکل چې له څو انیوریزم څخه جوړ وي Aneurysmosis).

د Aneurysma سیمې (Localisation):

- Aortenaneurysma - 85% Infrarenal چې زیاتره لامل یې Arteriosclerosis ده، 15% Thoracal.
 - په ډېرو نادرو پېښو کې Thoracoabdominal او یا Suprarenal وي مخامخ کېږي.
 - Periphere Aneurysma
- ډېر کم یا نادر په Aneurysma verums کې زیاد تر بیرني عملیات، سیمه - A.Iliaca A.Poplitea، A.Corotis.



کلینیک:

- a. 30% پېښې (واقعات) تصادفي پیژندل کېږي، بې له دې چې کلینیکي اعراض ونښي، د بېلگې په توګه د Sonographie په معایناتو کې.
- b. 45% عرضي (Symptamatic): د شاه (ملا) د کمر او د ځنګلونو (Flank) درد، د فشار احساس د Sternum او Jugulum شاته، (Thoracale Aneurysma) Dyspnea، Colic-renal یا Lumbago چې د وړانه خواته خپریږي (Abdominal Aneurysma).
- c. په 25% پېښو کې چاودیدنه = Rupter له ډېرې وینې ورکولو سره Hypoalbumic-shock چې سبب دلوري کچې مړینې (Letalitat) یعنې تر 90% پورې ګرځي.
- d. Thoracal aneurysma: په تېره بیا HORNER-Syndrom، Dysphonia-Recurrens paresia، (د غږ خپ کېدل = غاړې کښیناستل).
- e. Gastraintestinale، زیاتره انتقالی وینه ورکول په Duodenum او Jejunum (Perforation) کې.
- f. د اطرافو شریاني امبولي د یوه Aneurysma له کبله Symptomatic شریاني وریدي ناروغي البته په مزمن بیا راګرځیدلی ناروغي (لاتین Chronic-recidere، انګلیسي chronic recurrence).
- g. وصفي هغه سختې ناروغي چې ورسره ملګري یا یوځای وي: لکه CHD=Coronar-Heart-Diseas 55%, arterial-hypertonic، Heart insufficiens 30%, periphere AVD 40% او همدارنګه 10% Diabets mellitus.

د ناروغي پېژاندنه = Diagnosis:

1. Anomnese او کلینیکي معاینات:
 - Palpation = جس: نبضاني تومور د بطن سیمه کې.
 - Auscultation: د اوبو د خوځښت په شان یا د پاڼو د خوځښت په شان غږ په Systole کې اوریدل کېږي.
 - 2. Sonographie او Duplex-scan / رنگه Doppler

د مایع شتوالي په بطن کې انیوریزم ښودل، د امکان په صورت کې
 Thromben, TEE=trans-esophageal end-sonographie په نورماله توګه د Aorta لومن (قطر)
 =max.2.5cm نهایت 2.5 سانتی متره که چیرې د اکبر د شریان قطر له 2.5 تر 3 سانتی متر څخه لوی وښودل
 شي، نو بیا $Aneurysma > 36$.

3. رادیوګرافي:

Abdomen, tharay: امکان لري، چې قوس غونډې یوه منګ لرونکې (Sclerotic) ساحه ولیدلې شي،
 Sickelform sclerosis چې دغسې خیال په Rupter, Pleura erguss, او Pericarderguss کې د لیدنې وړ
 وي. DSA=digitale-subtractions-angiography=DSA/ Angiergraphy Tharax CT.

Abdominal-CT وصفی خیال ښی څرنګه چې مایع د سطح په لاندې برخه او هو په پاسنی برخه کې
 ښکار کېږي، (یعنې د ښیښې غونډې خیال) سر بیر په دې Angiography د کلیوي (بډوډو) شریانو دقیق
 معلومولو لپاره باید سرته ورسېږي، په نني عصري (اوسني وخت) کې ډېر ژر او ښه معاینات له
 Spiral-CT او NMR Angiography څخه دې چې تر سره کېږي.

NMR = Neuclair magnet resonance tomography

4. Preoperative

- Carotis-Doppler-Thorax-X-Ray: دیوه اثر لرونکي heamodynamic-stenose ردول، د داخلي د
 متخصص مشوره (Consultation) کومې پوښتنې چې د یوه ناروغ په هکله په جراحي عملیات کې مهې دي
 لکه: Echocardiography-E.C.G (د امکان په صورت کې Coronarangiographie).
 - همدارنګه د سرو وظیفوي تست، وریډي Urography.

درملنه:

- Conservativ: د انتظار په وخت به منظمه توګه Sonography کنټرول شي، د ضرورت په وخت کې د
 لوړ فشار درملنه، استطباب یې په Aneurysma dissecans type III، او ډیر وړوکي Aneurysma کې.
- (Radiologic) Interventional: دیوه مصنوعي Stents ځای په ځای کول (ننوسیتل)، د Transfemoral
 له لارې، البته په ځوانانو کې د مینځنۍ (متوسط نمبر) کتیتر څخه کار اخستل کېږي، اختلاطات یې
 Endoleac او Sten+dislocation دي.

Operative:

Indication=استطباب:

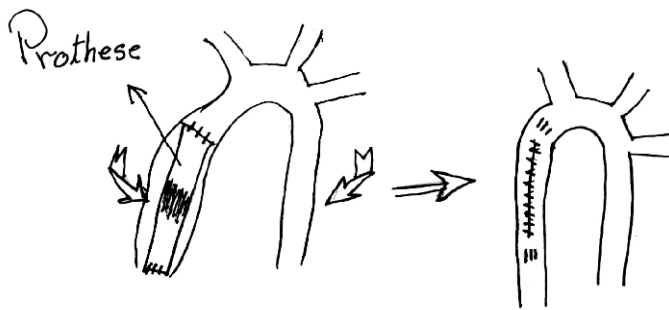
- Symptomatic aneurysma: عملیات په جریان دیوه ساعت کې باید اجرا شي.
- Emergency-operation: په پټ یا علني یا آزاده چاودیدنه (Ruptur) کې.
- Electiv-Operation (Aneurysm non symptomatic)، که چیرې د ناروغ عمر له 70 کلنو څخه ټیټ
 وي، هر یوه Aneurysma باید عملیات شي.
- که د ناروغ عمر یې 70-80 کلو پورې وي، نظر د Aneurysma په پراخوالي تصمیم نیول کېږي.

که چیرې د ناروغ عمر 80 کاله او یا له هغه څخه لور وي او aneurysma هم asymptomatic وي نو بیا باید عملیات نشي.

- په عمومي توګه: د ساحه پیدا کول یا ساحه تثبیت او دلیدلو وړ شي، بیا Preclotting of Heparin-inejction، prothese د Aorta په اخیږني یا distale ساحه کې مخکې له دې چې شریان ټینګ شي (یعنې د شریاني بنسټ په واسطه سره ونیول یا بند شي).

په اوسني طبابت کې د inclusionstechnic (inlaytechnic) په طریقه: Protheses بریالی یا مؤفق ده په ټولو د Prothese-Implantation کې تل مخکې له عملیات څخه باید وقایوي انتي بیوتیک تطبیق شي، لکه cephalosporin د بېلګې په توګه 2gr cephazolin یا Gramaxin . وروسته له عملیات څخه جدي مراقبت.

پایلي=Prognosis:



ټول هغه Aneurysma چې درملنه یې ونشي په جریان دې لسو کلو (10 کاله) کې 50% په چاودیدنې (Ruptur) اوړي.

د Aorta aneurysma له اعراضو سره چې درملنه یې ونشي 90% په جریان د 1-2 کالو کې Ruptur ورکوي.

دیوه چاودیدونکي شریان د مړینې کچه (Letalit) 50-90% ده.

اختلاطات = complication:

1. Ruptur=چاودیدنه: a. پټه پوښلی، چاودیدنه لکه په Pleura-Retroperitoneum.
- b. Free یا آزاده چاودیدنه لکه په abdominal جوف (د بطن جوف) کې.
2. Perforation له Fistel جوړېدنې سره، لکه Aorto-cavale او یا Aorta duodenal fistel.
3. دیوي امبولي جدي خطر له یوې انیوریزمي سیمې څخه.
4. د اطرافو دوړو کې انیوریزم (A.poplitea)، خوځښت یا تمایل یوه شریاني ترمبوز ته = Arteriale thrombose.
5. Compression یا تر فشار لاندې راتګ د ګاونډیو اورګانو دیوه لوی انیوریزم له کبله: حالب، N.Ischiadicus او داسې نور.
6. د supra-aorta رګونو بې ځایه کول مقابل جهت ته همدارنګه د coronar د شریانو او داسې نورې بېلګې.

OP: a: Sutura-insufficiency=د کوکونو یا ګنډل شوي تارو سستي د anastomose په سیمه کې، وروسته له عملیات څخه وینه ورکول.

b. Ischamic colitis تر د کبني خوا hemicolon-gangran پورې چې د مړينې د کچې خطر تر 50% پورې رسېږي، پېژاندنه (تشخيص) د lactat لوړوالي په سيروم کې د intestinal- ischamy يوه بڼه تشخيصي نښه ده.

c. وروسته له عمليات څخه 2-5 ورځو هغه ناروغان د تشویش وړ دي چې د عمليات په وخت کې Ruptur له Shock سره يوځای وي او هغه د نورو اورگانو دنه فعاليت له کبله لکه يڼه (Lever)، (Lung) بدوږي (Nephro يا Reno).

d. Prothesen infection تر aortal fistel

e. Recurrens parese-li. † Thoracale Aorta aneurysma

f. Incomplett paralogy د دغو لاتدنيو اورگانونو:-

مثانه، ريکتوم (Rectum)، بڼه نه فعاليت کول Ejaculations-insuficience

وقايه = Proph.

د يوه asymptomatic Aorta aneurysma پېژاندنه په زړو ناروغانو کې OP بدون له جراحي عمليات څخه په شپږ مياشتې کې، صرف Sonographie کنترول شي.

DD :

- heart infarct ; acut aorten dissection

د orthopadic, gastroenterologic, urologic

د دردونو (Dolor): سره

CEREBROVASCULARE INSUFFICIENCE

Syn = مشابه نومونه: Apoplexia, Apoplexia, -Apoplexia, Ischamic insult cerebri، stroke، TIA، Apoplex، Apoplexia،

cerebrovascular accident.

Aetheology = لاملونه :

1- هر هغه عمومي بدلون چې په Cerebralarteria او يا هم په extra- cranial-vascular کې راشي لکه د A.Carotis-stenose، د arteriosclerose له کبله په لوړ فشار = arterial-hypertonie چې له (140/90mmHg?) څخه لوړ وي، همدارنگه diabetes-mellitus، د وځانياتو معتادين (Nicotinabusus)، Hypercholesterin او Hyperhomocysteinamia، hyper-lipidemy هورموني contraceptiva له لوړ مقدار 50Mg (>میکروگرام) ethinylestradiol په تيره بياله د ځانياتو سره يو ځای، په افراطي توگه د الکولي مشروباتو استعمال، Obstructive-sleep-apnea-sayndrome، Immobilisation (لوړ خو ځښت).

يعنې هغه خلک چې فزيکي فعاليت يې لوړ وي، Chronic-distress.

2- Thromboembolie تيره بيا د زړه په ناروغيو کې لکه د اډين لرزش absolute arrhythmio/artial fibrillation=mitralvitein، cord infnarct، dilatative cardiomyopathy، (له اډيني ترمبوز سره يا Arterio-arterial embolie-، Valves-vegetations atrialmyxom د بېلگې په توگه يو Plaque د corotis-bifurcation او انگليسي Arcus aorta=Aortic arch لاتين (د ابحر د شريان قوس).

3- Aneurysma dissecans (بېلا بېلو لاملونه له کبله)!

4- Thrombophily، Polycythamia، Polyglobulie.

5- Systemic-lupus erythematoses-nodosa، Panaritis، Angitis او داسې نور.

6- Cerebrale-aot-dom-ar-teriopathy=CADASIL له-subcorticale-infarkten-and-

Leucancephalopathy.

7- هغه بنځې چې په Prameno-pause عمر کې له Migrane (نیم سر دردي) په تېره بیا په دخانیات او هورموني contraceptive اخلي ډېر لېدل کېږي؟

8- په ماشومانو کې نادر دي ځکه چې دزړه ناروغی د رگونو ناروغی او د cougulation ناروغی نادره وي.

کلینیک:

- د A.cerebri-medialis سیمه کې contralaterale-brachiofacial د برخې paresis (چې لومړی د ویده کېدو په شکل او وروسته بیا یوه یا نیمایي برخې =).

Mono-or-hemiparesis او یا Facial paresia هر یو نظر پدې سره چې کوم ساحه یا سیمه په infarct باندې مصاب شوی ده.

- Parasthesia او Aphasia په 85% پېښو کې کله چې قاطع Hemisphere (زیاد تره کیني یا چپه خوا کې) پېښ شي.

- د Babinski-positive د علامې شتوالی، د اوبو او غذايي موادو د تیروولو مشکلات (معلومات په ستوني کې) پتالوژیکه خندا او ژړا، hemianopsia د سترگو یو خوالته پندیدل، سر او سترگې د ژوبل شوي (آفت) خواته کېږدل.

د ایروي شکل تگ (که چیرې ناروغ پدې وتوانېږي چې وگرځي نو بیا په Hemiplagy کې د ساحې خواته لاس (مټ او مړوند) ښوري او د نږدېوالي (Add.) په حالت کې لاس او پنجه (گوتې) قرار لري، زنگون هوار (نه قاتیډونکي) او پښه په حالت د Plantarflexion د Abduction یا تبعه یا لرې والي په حالت کې وي.

- د A.ophtalmica (Ipsilateral) Amaurosis-fugax د امبولي له کبله چې په دویم ځل (تکراري شکل) مینځ ته راځي.

- Hemianopsia کله چې احتشا (infarct) په A.cerebri post. ناحیه کې پېښه شي.

- A.basilaris/A.vetebralis سیمه کې! هغه دماغي سندروم

چې brain stem syndrom نومېږي له سر گنگسي، سر څرخي، د موازنې نشتوالی، Tinnitus، (په غوږو کې یو نوع غږ یا بونگس) د سر



درد، د يوشې دوه وارې ليدل Nystagmus او cerebral Ataxie. د وړکي دماغ Infarct تل له سر درد دي، سرخړخي، زړه بدوالي، Dysarthria (د غړيدلو مشکلات) Nystagmus, Dysmetria د تنې، تگ او اطرافو Ataxia، د افکارو اختلال او داسې نور.

تشخيص:

1. anamnese (پوښتنې) لکه د اعراضو پيل (وخت يې، خومره وخت يا څه وخت دوران، پخواني تاريخچه، نوره کومه وعايي (Vascular) ناروغي، قلبي (زړه) ناروغي او همدارنگه کلينيکي پلټنه يا معاینات په سيستماتيک ډول له يوې خوا ليدنه، کتنه پيل شي، Apraxia، د عضلاتو د Reflex زياتوالي د عصبي Reflex مثبت والی = Pyramidal sign pos او Aphasia.

- palpation او Auscultation: په 80% ناروغانو کې کله چې د coronis-bifurcationi-stenose ولري، لکه د اوبو خوځښت يا شمال = current flow غوندې غږ اوريدل کېږي.

-2 CCT (Nativ يعنې بدون له موادو څخه)

-3 NMR

-4 Carotis-doppler: د بندې شوې سيمې څخه پاس د فريکونسي زياتوالي له (50% د پيژاندنې وړ وي).
رنگه دوپلر سونو گرافي، د بندې شوې سيمې جوړښت يعنې Morphology ښکاره کوي (له 50% ټيټه هم ښه ښکاره کوي).

-5 د داخلي معاینات: ECG: اوږدمهالې ECG، اوږدمهالې دوينې فشار، Trans-esophphogal-Echocardiograhly،
RR=TEE-Echocardiography د لپاره چې که چيري د زړه دامبولي کومه سرچينه شتوالی ولري، او يا هم د Foramen ovale او يا Interatrial-septum-defect وجود ولري، او همدارنگه د وينې لابراتواري معاینات بايد اجرا شي.

-6 Tomographie، Angiography.

-7 SPECT=Singel-photon-Emission-computeried

-8 Preoperative diagnose: neurologic consultation، X-Ray-Thorax، Pulmonal-function-test.

internist consultation، echocardiography، EEG.

درملنه:

1- coaservative (محافظوي): هر بيرني (Acute) پيښه په بيرني (عاجل) توگه روغتون ته وليږدول شي، دې Rheologic تدابيرونو د heamodilution لپاره په اوسني درملنې کې نوره پکار ول کېږي، د وينې فشار (RR) په پورتنې برخه کې 150-200/90-110 mmHg. وساتل شي، او همدارنگه په لومړي وخت کې د-Ace tyalsicy-lic acid=ASA ورکړه پوره يا Full heparinisation (ساعته 20-30000 I.E/24) البته د لابراتوار تر کنترول لاندې د 14 ورځو لپاره هدف د PTT دوه چنده کيدال دي، د زړه د ناروغۍ له کبله امبولي او يا په لوړه کچه تنگي يا Stenose کې.

2. په لږ يا وړو کې ischemic infarct په تيره بيا (Posterior) د وينې جريان کې (د وينې بهيدنې د خطر په خاطر په لويه يا وسيع Infarct کې مضاد د استتباب دي) او د بيرني درملنې پيل (د 6 ساعته ډېر ښه > 3

ساعته، کي thrombolyse له Rt-PA په اندازه وي $0.9\text{mg}=0.9\text{mg/kg Bw/1hour}$ د بدن وزن په ساعت کي. $BW= BW=\text{body-weight}$.

3. Intentional PTA (Percutane-Trasluminae-angioplasty)

Ballondilatation = په هغه Stenose کي چې په A.vertebralis او يا په A.Carotis کي وي، د امکان په صورت کي د Stent ايښودل.

4. درمل: وروسته په په يوه ischemic infarct چې په دوامداره توگه د Throbocyt-aggregatoin-blocker د ASA = د بېلگي په توگه Aspirin د ورځي 300mg او يا هم ADP-antagonist clopidogrel په ورځ کي 75mg په اندازه ورکول کېږي، (لکه Plavix، Iscover) او يا Ticlopidin 2x250mg/day بېلگه يې Tiklyd ده چې که چيري ASA نشي تحمل کولای ورکول کېږي.

د زړه د ناروغي له کبله تکراري امبولي (Arterial-fibrillation) کي Vit. K-antgenist+anticougluation (cumarin-derivat، مارکومار Marcomar، Phenprocoumon او يا coumadin، warfarin) په دوامداره (پرله پسې) توگه ورکړل شي، هدف د quick 25-35% په تېره -INR=International-dormalized-ratio=2-3

5. Operative

استطباب: نظر په درجه د آفت سره يواځني هدف يې له Stroke يا Apoplexia څخه ژغورل يا Apoplexia Prophylactic ده.

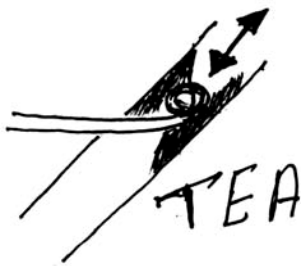
هغه ناروغ چې شعور يې له لاسه نه وي ورکړي او وينې وي په لومړيو شپږو (6) ساعتونو کي البته په بېرني (acute) توگه بنديدلو کي وروسته له 6 ساعتونو څخه جراحي مداخله استطباب نه لري ځکه چې د ثانوي وينې بهيدني او خطر امکان شته.

OP

Oppen desobliteration له TEA (Thrombendarerectomy) همدارنگه له patch-plastic چې له dacron او يا aotologic V.saphena له

Prognose (انزار = پايلي):

Symptome وروسته له يوه Apoplexia کېدالی شي، په يوه اوږد محال نيټه کي (مياشت، کال، بنه او يا خو هم مکمل روغ شي).
50% ناروغان د کار توانائي له لاس ورکوي او له دغې ډلې څخه تقريباً نيمايي يې سخت معيوب او د بل نفر پالنې (مرستې) ته اړتيا لري.
وقايه:



Primary-prevention: د اسبابو يا لاملونو لري کول په تيره بيا -arterial

hypertony له دخانياتو څخه ډډه کول، حد اقل 2x30' (دوه وارې 30 دقيقې) سپورت په يوه هفته کي، د الکولي مشروباتو څخه ډډه کول، البته په اوسني طب کي دا په ثبوت رسېدلې ده، چې دې 1/8 يا 1/4

ليتر wein (واين) گتیه لري، او په مغزي سخته باندې کوم اثر نه لري همدارنگه په بنځو کې هم وروسته د menopaus څخه د ostrogen ورکول کوم بد اثر نه لري. البته په پاسنی ناروغي کې.

- Secondary-prevention: وروسته له apoplexia څخه درملنه کې د لوړ فشار (RR) ساتنه په حدود 135/85 mmHg او د ديابت د ناروغانو د وزن کم والی په لوړ وزن درلودونکو (adipositas) کې، همدارنگه په دوراني توگه سپورتي تمرينات او د دخانياتو څخه ځان لري ساتل.

اختلاطات:

د دويم واري مغزي سکتې (تمديد مجدد) خطر په يوه کال کې %10-12 ده. محافظوي: وينه ورکول (خونريزي) د Rheologic تدابير او %3 Full heparinisation. OP : intraoperative apoplexia، %2-3 N. Hypoglossus lesion، %4 په حدود N. vagus lesion، وينه ورکول، OP-letatlitat، %1-2 (Introoperative heart infarct).

DD=تفريقي تشخيص:

- Cerebral bleeding: تل CCT د تفريقي تشخيص لپاره بايد سرته ورسېږي.
- نورې عصبي يا Neuralgic ناروغي لکه Brain-tumor (له وينې ورکولو سره)، Mulipel sclerose، migreane accompagnée، encephalitis، brain abscesse

- Sinusvenenthrombose :

- Airemboly (embolism)، fatsemboly= lipoemboly
- Hypotonus، hypoglycemia، syncope: internistic

Steal-phenomen= subclavian Steal Syndrom

پتالوژي:

ابتدائي (لومړنۍ) بندښ د A.Subclavia داد متې (Arme) د ډير فشار يا حرکت لاندې راتگ له کبله مينځ ته راځي، څرنگه چې د ياد شوي خوځښت يو steal effect د vertebralis د وينې له جريان څخه د A.axillaris خوا ته شاته ځي (جريان په مقابل جهت) د وينې جريان له vertebral جريانی سيمي څخه متې (Arme) ادواء کېږي.

کلينیک:

- د ناروغ شکايت د لاس (Arme) د خوځښت په وخت کې دې Steal-effect له کبله وي.
- Intermittent (متقاطع) شکل باندې: سر دردي (د سرخون) سرگنگسي، Drop-attacks، Ataxia، ليدلو مرکزي ستونزې parasthesia په تکراري شکل د اورمير (گردن) درد.
- Claudicatio of arms، Brachial (يو نوع درد) وروسته د لاس له خوځښت څخه نادراً په استراحت کې.

تشخيص:

1. پوښتنې او کلينيکي معاینات : radialpuls غیر نورمال او یا هم وړک وي، د وینې د فشار (Bp=RR) تفاوت په دواړو لاسونو کې زیاتره له (30mmHg) همدارنگه د بندښ (Stenose) غږ په A.Subclavia کې د اوریدلو وړ وي.
2. carotis doppler.
3. Radiography: د بندوالي (Stenose) ښودنه په Angiography همدارنگه د نورو انومالي ځایونو (معیوبیتونو) د کچې ښودنه د %50 په پېښو کې زیاده ته معلومېږي.

درملنه:

لاتین ineterventio، انگلیسي interventional (مداخله، عمل کول):
Ballondilatation (Percutane-Transluminale Angioplasty=PTA) په تنگه شوي (Stenose) سیمه کې (په حدود د %10 امکان د بیا مینځ ته راتگ شته).

Operativ:

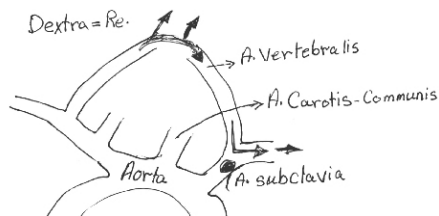
- استطباب: - یوازې د اعراضو د شتوالي په وخت کې استطباب لري.
- a. Extraanatomic Bypass: چې له homolateral A.carotis-communis څخه د A.Subclavia په طرف او یا له Contralateral A.subclavia څخه په طرف د مصاب شوي (اخته شوي) A.subclavia له Dacron prothese او یا هم V.saphena transplantat شي.
 - b. Anatomic Bypass: چې له Aorta desc څخه پیل او د A.subclavia پخوا صورت مومي.

Prognose:

Operationsletalitat = مړینه د عملیات له کبله:
0.5% د interventional مداخله یا تخنیک ډیری ښې پایلې ورکوي، نو ځکه دغه درملنه لومړنی انتخاب گرځیدلې دي.

DD = تفریقي تشخيص:

Aorten arcus syndrom (تنګي یا د قطر کموالی د ابحر د شریان د قوس یا د وتلو شریانو په وتلو فوهو کې).



{{ OCCULSIVE of visceral vascular}}

مشابه نومونه: mesenterinale / intetinale ischamia mesenterial infarct

Angina Intestinalis angina viceralis, angina abdominalist:chronic, (ORTENER syndrom II)
Cloudicatio -intermetens abdominalis

اناتومي:

د visceral درى شريانه (Truncus coeliacus) A. mesenterica-superior ، - A. Mesenterica-info. د يوه
Anastomose/collateral په واسطه يو بل سره ډيرې اړيکې لري، په دې توگه کومه تنگې يا بندښ هر چيرې
چې وي د Angiography په واسطه د پيژندنې وړ وي.

Anastomosen

په RIOLAN- anastomose (Pancreaticoduodenale-arcad) BULHER-anastomose, Rr.oesophgei په
A. mesenterico sup , info-arcade) colon-transversum) او د څنډو پيوستون (arcade) او داسې نور .

لاملونه:

:Arterial Emboly

acut mesenterial سره Aneurysma.heartinfract له Mitraldefect=Atrial-fibrillation او يا هم وروسته له
infarct= او په ډېر لوړه کچه بېرني پيښه.

:Arteriosclerosis

له هغه ناروغيو سره چې مناسبه زمينه مساعده کوي لکه Diabetes mellitus ، Arterialhypertonus ،
Adipositas (دزياد وزن درلودل) همدارنگه Nicotinabusus او IHyperlipidemy ، Arterial thrombosis ،
Arteriitis ، Aneurysma of dissendes- abdominal aorta, visceral arterial aneurysma له بهر څخه
فشار لکه تومورونه (Tumors) Morbus ormond (Retroperitoneal fibrose) ډېر ژر يا په بېرني توگه د
معايي سيستم دوينې دجريان د مزمن يا عدم کفايه سبب کېږي، -Chronic intestinale circulatory-
insufficiensia.

:Functionall

Neurovascular-compressions-syndrom-of-trancus-coeliacus چې دادحجاب حاجز د- Hiatus
aorticus د فشار له کبله کېږي.

[[Renal Arterae stenosis = RAS]]

(Nephral arterae = AVD)

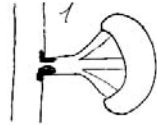
لاملونه:

- (70%) Arteriosclerosis
- (25%) Idiopathic /ولادي/ کې، A.renalis په (Dysplasia) Fibromusculare processe
- نور خاص بدلونونه (5% د A. Renalis aneurysma، AV-fisteln، له بهر څخه فشار = Congenitale
hypoplasia externe compresion, Arteritis).

- د امبولي له کبله بندش (Heart insuffic , aortaneurysma) ، Bacterial-endocarditis اوبه نوي زيرديلی ماشوم کې د (Ductus-arteriosus-Botalli).
- Renalarteria thrombose (Intima lasion د ترضيضي= trauma له کبله، Iatrogen د A.menalis بندول په کليوي عملياتو کې).

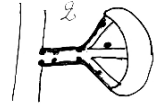
بېلونه = تقسيمات:

- Arteriosclerotic renalarteria stenose



سيمه = Localisation: Proximale تقريباً 1/3 حصه د A.renalis کې لومړی (1) شکل.

- Fibromuscular dysplasy



سيمه: د کليوي شريان په منځنی برخه او د بېړوي دشريان Segment برخه کې په دويم (2) شکل کې.

Clinic -: Arterial hypertonus (په ډېرو حالاتو کې يا ډير سر دردي) ، په تېره دې Diastolic فشا لور والی.

- Hypertension-crisis: د apoplexia خطراو همدارنگه دکين بطين = Lift Ventricle د فعاليت له حده زياتيدل.

- Renalarterial thrombos/Renal arterial emboli (renal-infarct): چې نابره (دفعتاً) دکليوي سيمې درد (Renal-colic) ، Heamaturia او تبه = fever.

Diganosis

1- پوښتنې او کلينيکي معاينات: په 40% پيښو کې د بند شوي يا تنگي شوي سيمې غږ (-Stenosal murmur) د A.Renalis يا Paraumblicalis د اوريدلو وړ وي.

2- Ct-Spiral او يا NMR-Angiography چې پدې توگه د Stenose سيمه اود کليوي رگونو البته د وينې د رگونو څرنگوالي په روښانه توگه ښکار وي.

3- Urography .

4- Nephrosequenscentigraphy .

5- رنګه Duplex sonography .

6- Captopricl-test .

درملنه: Plasty

a. Catheter-dilatation=Percutane-transluminal angiog=PTA له متوسط ballon سره ډيري کمې خطري لري، نو له دې کبله په اوسنی طبابت کې دغه عمليه لومړيتوب لري.

b. په بېرني مرحله Acute renalarterialemboli/renalart. Thrombos کې lysetherapy په لومړيو شپږو ساعتو کې ممکنه ده.

:Operative

استطباب: د عمليات استطباب په بيلا بيلو فکتورنو پورې اړه لري لکه:

- د angioplasty نه برياليتوب يا عدم موفقیت.
- د کليوي شريانو بنديدل د اورگان د له منځه تللو خطرات.
- د Hypertonus نه ټيټدل د درملو په واسطه.
- Traumatic lasion, acute-embolia او داسې نور.

:Complication = اختلاطات

Renalin sufficiency, Renalininfarct, renal-infarct (البته کله چې دواړه خوا مصاب وي).

:op - Uramia, wound-infection, Restenosition, bleeding ← Anastomose aneurysma

:DD Nephrosclerosis: کېدای شي چې د شرياني لوړ فشار (Arterial-hypertonus) له کبله او يا خويو

عامل ددې پېښې وي.

Vascularanomaly

:Nphro-vein-thrombosis

کلينيک: Renal-colic د هيموراژيک کليوي infarct له کبله اخته شوي (مصاب) کليه خپله دنده له لاسه ورکوي، که چېرې دواړه خواوي کليوي په دغه مرض (Renal infarct) اخته شي نو بيا يې درملنه تر هر څه لومړی او ژر Thrombolyse د Urokinase او يا streptokinase او په اخر کې يعنې په ادامه يې Heparinisation ده سرته ورسېږي. Juhel-reno-y-sayndrom=renal-cortical-necrosis.

دغه پېښه Thrombosis/vasospasmus له کبله چې په Intertobulararteria او Arteriolen (په gestosis Ablatio-place=abruption-), مخکې له وخته د پلاستيا بېل کېدل درحم له جدار څخه (Ipre eclampasial placenta) همدارنگه او يا sepsis) پېښېږي، ډير ژر پدې حالاتو کې Nephroinsuffinience پرمختگ کوي.

د Arterial hypertension تفریقي تشخیصی (DD):

a. Primay essential hypertension (په ډير کچه اشکال يې 90% د پېښو دي).

Glomeroulopathy (Hypertonus renoparenchymotosis) له ادار د جريان بندش يا مشکلات، Nephrosclerosis، Phaochromocytom، CUSHING-Syndrom، hyperthyreosis.

Hyperaldosteronismus، هغه نومورونه چې Renin توليد کوي.

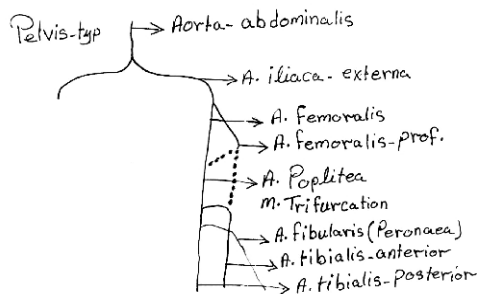
Preeclampsia، acromegaly، hyperparathyroidismus، intracromial pressure، Brain tumor، aorta isthmus stenosis درمل (دوا) [Alcohol، Nicotine، INSA، glucocorticoid، contraceptive]

يا نور مخدره مواد.

Maligna arterial hypertonus: د وينې فشار لوړ والی چې د ډېر بد او خراب ډولو څخه شميرل کېږي چې تل پاتې (دايمي) لوړ پاتې کېدل دي.
 د ياستول= diastolic د فشار اندازه $120\text{mmhg} = \text{RR} = \text{prateinurea}$ او په ډېره بېره سره سبب دي Nephroinsufficiency (په جريان دي 2 کالو) همدارنگه Retinopathy.

[[periphere-Arterial-Occlusive-Diseases]]

[[د لاندنيو اطرافو د شريانو بنديدل]]



Anatomy: ويشل يې په pelvis کې (A. Ilica, Aorta) په Regio femoris کې بيا A. femoralis او femoralis او همدارنگه تر لاندې A. poplitea چې دا بيا خان په دوو برخو ويشي، يعنې: A. Tibialis ant. Post: Fibularis / peronaea او

لاملونه = Aetiologie:

- Endogenic (داخل المنشاه): مساعد فکتورونه په لاندې ډول دي:

Hyperlipidemie arterial Hypertomy, Diabetes Mellitus او
 Hypercholesterinaemie (LDL > 160 mg/dl, HDL < 35 mg /dl وي). (Raynaud-phanomen)
 Angioneuro-pathy, vasculitis, colla genesis.

- Excogen risk factors (خارج المنشاه):

Adipositas, Nicotinabusus, 30% له خپل وزن څخه زيات وي، د خوځښت کم والی (البته د بدن د خوځښت کم والی)

Hormonal. controceptiva hperuricemia, Engotismus,

ايديمي:

نارينه < بنځينه (5:1): نارينه نظر بنځو ته پنځه (5) واري زيات اخته کېږي، مساعدې زمينې: عمر (سن) دي: چې کله عمر له 50 کالو لوړ کېږي، نظر د سن په لوړ والي سره خطر نور هم زياتېږي.

بېلونه = تقسيمات:

نووعيت: - Aorta- (Leriche syndrom)، Regio femoris، Pelvis، peripher=crustype.

- Staging = درجې د شرياني بندښ د Fontaine په اساس:

Stag I: Stenose: او يا بندښ يې له کوم شکايت څخه.

Stag II a: Cloudicatio Intermittence وروسته له يو معينې خپلواکه گرځيدو څخه يعنې < 100m په دې معنی چې وروسته له 100 متره زيات د گرځيدو څخه

Stag IIb: Cloudicatio-intermittens وروسته له يوه فاصله څخه چې له 100m څخه کم وي.

Stag III: په استراحت کې او د شپې له خوا د درد درول.

Ischemia :Stag IV

Stag IV a چې له Trophic مزاحمت سره وي = Necrose.

Stag IV b: د نکروزي سیمې ثانوي میکروبونه (Infections) په ځینې کتابونو کې / کلینیکي راپور کې
statt په اندازه دې 100m او هم 200m د لارې تگ لیکل شوي دي.

:Clinic

1- تر 50% تنگې (stenose) زیاد تر وخت یا تر ډیره وخته بې له کوم شکایت وي یعنی Asymtomatic وي.
2- claudicatio intermittens دیوې معینې فاصله له پلې تللو څخه وروسته ، د استراحت په وخت کې درد ،
په تیره په horizontal حالت یا قرار کې او د شپې په وخت ، ناروغ خپله مصاب شوي یا ناروغه پینه له بستر
څخه کښته ځوړنده وي (DD: وریدي درد: چې پښې باید مخ په پورته جگي شي).

3- د درد سیمه = Pain-localisation: دا پدې پورې اړه لري، چې بنده شوي سیمه کوم ځای کې ده خو په
عمومي توگه درد (خوږ) تل د بندې شوې سیمې په اخر یا شاته وي (یعنې خوږ د Stenose distal خواته وي).

Gultea- یادي ټولې پښې او یا (Sexualdysfunction Aortatyp (Bifuraction-Syndrom)

- pelvistyp \Leftarrow Regio femoralis

- پونډی (Calf) \Leftarrow Regio femoralis

- پښه = Pes (ناتوميک نوم) -calftyp

4- Steal-phenomenon په تگ کې هغه منگ (art.sclerose) له کبله چې په پراخه (وسیع) توگه د
abdominal شریاني جریان سیمې مصاب کوي مینځ ته راځي، د بطني دردو سبب گرځي (-Aortailiacolis
steal-syndrom و mesenterial steal sayndrom).

5- Trophic disorder of skin and soft Tissues، د پوستکي تناکې او د وریدو د ډکېدلو له مینځه تلل.

6- انگلیسي Mummification = لاتین faceme: داخسته شوي، سیمې مومي کېدل (بې له میکروبي کیدلو) =
Nerose وچ گانگرین = Dry gangrine پیل بې زیات د پښې غټې گوته څخه وي.

7- په ټوليزه يادوديزه توگه ميلان يې soft tissues infection او disorder of wound healing د ټپ د روغېدلو تشوشات نمجن (مرطوب) گانگرن bacterial infection البته په نكروزي سيمه كې .
 8- البته د يادونې وړ ده چې په diabetes mellitus كې زياتره د Sta. II او Sta. IV يوځايوالی (combination) وجود لري، چې دهغه له كبله هغه اخته شوي سيمه كې درد (خوږ) وجود نه لري، البته دادهغه Periphere polyneurapathy له كبله چې همزمان ورسره مل وي واقع كېږي.

Diag :

پوښتنې او كلينيكي معاينات:- دې درد سيمه، بندښ يو طبقه لوړ له درد ناكې سيمې څخه ښى خوا په اصل كې قرار لري.

د پوستكي (جلد) ليدنه، د ټپ د رغېدلو (جوړېدلو) مزاحمتونو ته زياته پاملرنه وشي.
 Palpation (جس):- Puls-status- دنېض حالت په ټولو شرياني سيمو كې : لكه A. dorsalis pedis, A. tibialis post., A. poplitea, A. temporalis, A. femoralis A. Carotis-comm, A. Radioalis, A. brachialis د اطرافو د پوستكي حرارت د لاس په شاخوا) بايد لمس يا جس او امتحان شي.
 په Diabette mellitus كې سره له دې چې د اطرافو نبض موجود وي اما بيا هم د شرياني بندښ په ناروغيو كې د يو Micro angiopathy شتوالی بايد له نظرونه غورځول شي.
 Auscultations (اوريدل): د بطن په سر، A. Femoralis او همدارنگه د A. carotis باندې، تقريباً 40% په تنگه (Stenose) كې د Murmur غږونه د اوريدلو وړ دي.

د وضعيت يا د قرار وركولو امتحان د Ratschow په اساس : څرنگه چې پښې د 2 دقيقو لپاره پورته (گې) ونيولي شي، وروسته بيا څوړندې شي، او له هغه وروسته له 5 ثانيو څخه بايد راديوگرافي صورت ومومي.

د تگ واټن (فاصله) اندازه كول (البته د يوې ستندردې تجربې سره).

رنگه Doppler sonography او د بندښ د فشار اندازه كول.

Angiography.

preoperation (مخكې له عمليات څخه) Operabilis لاتين operability انگليسي بايد واضيح

شي، د Cerebral, renal, coronar, د وينې د جريان د مانع كيدلو اسباب (Carotis-stenosis) ، Carcinome، Pulmonal function، د زړه د دوران حالت (ECG, thomox-X-ray)، Urogramm د Ureter د موقعيت يا Localisation لپاره په Sta. IV كې چې له نكروز سره وي بايد د يوه ostitis د شتوالي يا نشتوالي پېښه معلومه كړي (Radiography بايد وشي).

درملنه:

د Sta. I او Sta. IIa برخه درملنه د داخلي د ډاكټر دنده ده، په مجموعي (ټوليزه توگه):- د مساعدو زمينو لري كول لكه له سگرتو او نور دخانياتو څخه ډه ډه كول، د Hypertonus درملنه Diabetes- mellitus, inhibitors ACE-1، Adipositas، Fatt او Cholesterin تپت كول، له تپي كيدلو

خخه په کلکه ډه ډه کول په تیره بیا له Infection خخه په اخته شوي Extremitaet کې د بېلگې په توگه د نوکانوژوبلیدل د پنبو په گوتو کې او یا د آهکي پوستکي پارسوب .

Arterio sclerosis په درملو نه روغ کيږي بلکې وقایه یې ډیره مهمه ده! .

دې گرځیدلو تمرین : یو دغسې ناروغ باید په ټولیزه (عمومي) توگه 60 دقیقې وگرځي تل باید تر هغه وگرځي ترڅو چې خوږ (درد) پیدا شي، بیا یو څه دمه وکړي (ودریږي) او بیا بیرته وخوځيږي (حرکت وکړي).

درملنه له Vasoactive-substantie لکه Prostoglandin (Prostvasin) ، Pentoxifyllin(Trental) ، Noftidrofuryl (Dusodril) .

Rheologic تدبیرونه : - Phelbotomy (500 – 800ml وینه واخستله شي) او د مقدار اعاده له HES= (Hydroxyethylstarch) macromolecular rinfusion سره باید نوشي، ترڅو Hkt 35- 40% او د وینې جریان په نښه توگه پرمخ لاړ شي، او همدارنگه باید Microcirculation (Hb) باید له $12g/dl >$ خخه ټیټ نه شي او همدارنگه د HKT مقدار باید له $30\% >$ خخه ټیټ نشي ، ځکه چې د اکسیجن (O2) لږوالی (کموالی) په وینه کې او د هغه په مرسته په حجرو او د بدن په غړو کې احساس کيږي.

Balloncatheterdil=percutan Interventio radio لانین II- ، انگلیسي nterventional Radiology ، ASA. Becken (او یا درملنه له OS) Marcumarisation له PTA lation=transluminal-angioplasty Latation=percutan = pelvis)ASA.

استطباب:- په یوه لنډه فاصله د Stenose کې د بېلگې په توگه Pelvical-arteria او یا Femoral-arteria کې تر Max. (آخړینی سرحد پوری) 10cm. همدارنگه علاوه (سر بیره) پدې کولای شي، چې د دغه Cotheter په واسطه دیو یا ډیر (Endoprothesis) (stents) په تیره بیا په تیشونکو (Stenosis) Implasntation صورت وموي.

Percutan-aspirations-thrombo-emblectomy PAT په یوه اوږده بندښ یا Stenosis کې ممکن وي.

Operative - : III

Indication : استطباب:

Sta.II، د عملیات نسبتي = Relative استطباب : ډېرزیات د حوصلي Palvis-etage ($< 200-300m$) او په OS-etage کې (له د وړوکي $II b=100m$ یعنی له $100m$ وړوکې خخه) گټه واخستله شي، یا پکار واچول شي.

- مطلقه عملیاتي استطباب :- IV او Sta.III : Absalute OP-Indication .

د Aorte-atheramatosi-Ulcus له Periphere-microembolication :- پړانستلي Intima = TEA

→ Vasculaer-Curettage media + یوه برخه دې د ectomy, thrombo-endarterectomy
With Fungi Caput سره چې سړيې دمرځيږي په (منځنی برخه) دیوه vascularcurett سره چې سړيې دمرځيږي په
دین (انگریزي) شکل جوړ شوي اجرا کيږي.

وروسته له عملیات څخه د 2-3 میاشتو پوری Marcumarisation .
 کله چې د Aorta-stenose کچه لوړه وي نو بیا Prothesis “y” له Aorta-bifemoral څخه مصنوعی
 Bypass او یا هم ندرتاً Aorta-biiliaca ، همدارنگه ندرتاً Aorta biprofundal-bypass .
 د Arteria-iliaca-commonis بندښ کې iliaco-iliacol Crossover-Bypass او یا Y-prothesis .
 همدارنگه د نورو برخو Bypass په دې پورې اړه لري ، چې بندښ چیرې او څومره ده.
Prognose = پایلې :

وروسته له پینځو (5) کالو څخه د شریاني پروتیز د بیرته پرانستلو حدس د په حدود د % 60-80 ، او وروسته
 له لسو (10) کالو % 40-60 رسیږي .
 د Op-letalitat کچه په Stag-II کې % 1-2 دې او تر % 10 پورې په Sta.IV کې دي .
Complication :

په دویمې ناروغی شتوالی په Vascular system کې :
 50-90% ناروغان (علاوه پر یو coronare-heart-disease او یا خو هم د Cerebrovascular د وینې د
 جریان مشکلاتو شتوالی لري ، د وقایې لپاره یې د ASA-) Thrombocyt-aggregation-inhibition
 Medication ورکړل شي .

OP

وینه ورکول وروسته له عملیات څخه (د عملیاتي ساحې یا جرحي وینه ورکول) او مخکې له وخت
 څخه recurrence-occlusive (په تیره بیا په extraanatomic bypass کې).
 Prothese infection : معمولاً % 1 (یو فیصد).
 کلینیکي : Sepsis, wound abscess, phlegmane ، کاذب انیوریزم Haemorrhagie د مرگه کچه : % 40:
 څومره چې مرکزي موقعیت ولري ، همغموره کې پایلې بدې وي .
 درملنه : Amputation , extraanatomic bypass .
 Ischemic glutealnecrosis , Ischemic colitis
 Impotentia (Lat.) په عملیات کې د infra reanal aorta سیمه د Ureter (حالب) ژوبلیدل د
 حوصلې (Pelvis) په سیمه کې .

DD

Venous thrombosis (lat) : پارسوب ، لږ څه Cyanotic شین رنگه (آبي رنگه) ساحه ، تودې پښې
 (Warm legs) ، پرسیدلي وریدونه د پوستکي لاندې د لیدنې وړ وي ، اذیما = Oedem ، که چیرې پښې
 لوړې شي یعنی که چیرې پښو ته لوړ وضعیت ورکړل شي ، ناروغ د درد احساس کوي .
 Slipped disc , disc prolaps , osteoporos , ischialgy , LWS- syndrom .
 په claudicatio - intermittens کې په polyarthritus کې تل د سحر له خوا د بندونو په تیره د گوتو
 د بندونو شخ والی موجود وي .
 او په Arthrosis کې خوږ (درد) د منډو په وخت کې شتوالی لري .

Polyneuropathie په تیره بیا په Diabetes mellitus کې: ناروغ سره له مشکلات درد لږ احساسوي.

[[Arterio venous fistula]]

مشابه نومونه: arteriovenose malformation، Av shunt.

تعریف: یوه لنډ مهاله پتالوژیکي اړیکې (ارتباط) د شریانو او وریدونو ترمنځ په سیمه کې (extracordial) د دغه defect یا (Shunt-volums) د وینې د بیرته راستندلو = بازگشت) د سرعت د لوړیدلو، venen congestion او په مډمنه توګه د زړه د حجم د زیاتوالي سبب ګرځي.
لاملونه:

په ولادي توګه د شریاني وریدي رګونو انومالي (congenitale AV-fistels)، Extremitaets، polmonale، cerebral-Encephal (تر ناروغيو یا مصاب شوي Extremitaets په Gigantismus باندې)، Persistence Ductus arteriosus Botalli (د Aorta او A.polmonalis ترمنځ) او داسې نورې ولادي انومالي.

اکتسابي / traumatic: د زخمونو (ټپونو) سوري کیدل (Paforation) tumors او داسې نور.

Latrogen: لکه probarbiopsy (د څیړنیزه هدف لپاره یو ټوټه یا پارچه اخستل)، Heamodialysis، arterio-venous mass-ligaturo، shunt.

کلینیکي اعراضی او علایم:

یو اړخیزه مینځ ته راغلي varicosis، نبضاني Varix (Lat)، یا varices (engl) congestions-oedema، Cardial-insufficiencia او د زړه لویوالي (د زړه د وینې د حجم لوړ والی په مډمنه توګه) Polyglobuly او همدارنګه شریاني وریدي Distension، Acute hypovolemia (د وینې تویدنې یا Bleeding له کبله چې په وریدي سیستم کې د وینې فشار ټیټ وي).

Angina abdominalis د وینې د جریان د کموالي یوه علامه ده.

تشخیص:

پوښتنې او کلینیکي معاینات: Palpation د یو تومور د جس کولو احساس Auscultation د ماشین غږونه Murmmur غونډې غږس.

رادیوګرافي: Thorax (صدري قفس) د زړه لوی والی؟

Angiography کله چې د ناروغي موندنه روښانه نه وي.

Doppler-sonography پروسه چې په هغه کې باید Hypercirculation جریان واضیح شي.

آبسه لرونکې Thrombophlebitis:

موضعي ذوب کیدل یا خوړیندل (لکه د Punction د سيمي اتناني کیدل، زیاتره Staphylococc)، Abscesse باید شق او وروسته Antibiotic تطبیق شي.

Varicophlebitis:

غوتی لرونکې varix (Varices)، ترمبوز او التهاب ⇐ ډیر درد لرونکی وي.

درملنه :- Incision (شق) او لري کول دي ترمبوز (Thrombus).

:DD

- Erysipel = سرخ ياد (دعوامو په ژبه):

عامل يې Streptococc وي.

Symptom :- لوړه تبه (له رېږدېدنې لږزه) تر Septicempratur پورې رسېږي، د پوستکي Erythema migrans (په جريان د يوه ساعت کې خپرېږي). لکه د غمبسي (زنبور) د نيش ځای د ليدلو وړ وي.

مساعدي زميني: - Diabetes mellitus ، لوړ عمر ، د دفاعي سيستم کمزورتيا ، Paraneoplastic .

:Saltans / thrombophlebitis migrans

د با بيړي (Recidive) ترمبو فليشن زياتره له Malignom سره وي ، همدارنگه له Autoimmundiseass ، Appendicitis او يا نورو اتانني ناروغيو سره .

Venae-Vasculaer-Chirurgie

:PHLIBOTHROMBOSIS

مشابه نومونه: - د عميقو وريدونو ترمبوز ، د لينگيو وريدونو ترمبوز .

تعريف: - په کامله توگه يا نيمگړې توگه د عميقو وريدونو د سيستم بنديدل .

لاملونه:

VIRCHOW-trias: بدلون په a د وينې په غلظت کې (Viscositaet) b د وينې د جريان په

سرعت کې (statse) او c Endothellasion .

Immobilisation !! (هغه ناروغان چې دبستر استراحت وي)

Fractur-treatment, Apoplexia , polytrauma په اوږده سفر کې چې سپری په تنگ ځای کې قرار ولري ، د

بېلگې په توگه په الوتکه کې چې

"economy class syndrome" نومول کېږي.

Trauma) خپل کيدل، ماتيدل، د هډوکو، ټپي کيدل لکه په چرې، د رگونو دننه ديوال ژوبليږي

Endothellasion .

Perioperativ: اوږدمهاله جراحي عمليات ، OP په سفلي اطرافو کې او anticulatio coxae

calfpress په پونډۍ باندې فشار) د جراحي عمليات په ميز باندې، دمايعاتو ضايع کول ، -Postoperative

Immobilisation (دې ترمبوز لوړ خطر په لومړيو اوه (7) ورځو کې وي).

Coagulation disorder :-Thrombophilie دې APC مقاومت له کبله Active Protein C (APC) ،

AT-III کموالی همدارنگه د Protein-S او Protein-C کمبودي يا کموالی ، Thrombocytosis, polycythem, Lupus-anticoagulant, Thrombocytopenie, Heparin- Indeucert=HIT

د هورموني Contraceptiva اخستل Nicotin ، Adipositas ، Diabetes mellitus ، Exsiccosis ،

Cocainabusus, موضعي فشار = Local compression او يا هم د جدار infiltration, حاملگي او داسې

نور لاملونه.

Paraneoplastic syndrom: لکه د Pulmonal carcinom ، همدارنگه دي

Uterus-Ca., Ovar carcinoma, pancreas carcinom ، د معدې معايي سيستم کارسنيوم.

پتالوژي:

په سفلي اطرافو کې 9/10 برخه د وريدي وينې جريان د عميقو وريدي سيستم له لارې د زړه ښي خواته بيرته راځي (يعنې د Vena-cava inferior) د وريدي وينې د جريان بيرته راتگ کې کومې مهمې ټاکل شوي شيان چې رول لري هغه د عضلاتو تقلصات (پمپ کول) او دې بندونو (Articulatio) تقلصات دي چې دا د وريدي valves دسمي وظيفي سرته رسولو سره اړيکې لري.

Thrombus جوړېدنه:

د يوي سپين رنگه لختي (Coagulum) له Thrombocytes څخه ، د Embolie خطر .

Fibrin او Erythrocyts څخه يوه ذخيړه يا انبار جوړېدل .

د Thrombus د مراوي کيدلو او وچېدلو مرحله ← د Emboly خطر (په حدود 8-12 ورځو کې).

Thrombus-organization :- په دې حالت کې Thrombus يا خود vascular په جدار پورې تل

پاتې او يا خو هم د Venerecanlistion سبب گرځي ، چې په هغه کې وريدي valvus په خپل حال کې ښکاري اما په حقيقت کې هغه ناسم (defect) وي ، (post thrombotic-syndrom).

Localis. = سيمه

د ډېر سفلي اطراف او يا pelvis , Phlebothrombosis=Venae-Thrombosis همدارنگه V.Cava /V.ilica

ممكن وي ، V.axilaris/V. subelavia (PAGET-V.schroetter. syndrom) phlegmasia coerulea dolens,

کلنيک:

د ترمبوز خوځښت يا جريان مسيري تر ډېر کچه خاص اعراض او علايم نه ښي.

څه شي چې ډېر خطرناکه ده هغه د سږو (ريوي) آمبولي Pulmonal embolie.

د پونډۍ د عضلاتو د مقاومت لوړ والی ، د عميقو وريديو درد د فشار په وارد کولو سره احساس کيږي.

د شپې له خوا د پونډۍ او وړانه crampus، څيريډونکي درد په پونډۍ کې د تگ په وخت کې همدارنگه د

پښۍ د تلې خوږ په تگ او يا هم په خپل سر .

بندښ په ډيرو تيتو وريديو کې د پوستکي رنگ تياره والی يا شين والی (cyanosis) پيدا کيدل، د ليدلو

وړ PRATT-warnvein=prtibial-venae جگري رنگ ترېنفس پورې، په پوستکي کې ډېر پارسوب او د

تڼاکو پيدا کيدل، د تبې او Tachycardy شتوالی امکان لري.

Phlegmasia-alba-dolens = سپين پارسوب په پښو کې کله چې phlobathrombosis په حوصله =

pelvis کې ډېر لوړ شي هغه پدې خاطر چې د وينې دوران کم کيږي (په Refeective شکل باندې).

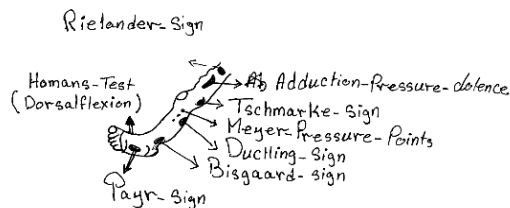
تشخيص:

پوښتنې او کليني معاينات:-

د سيمي اندازه کول ، که چيري په مقاييسوي (پرتليز) ډول دې دواړو خواو تفاوت له 1 سانتي متر څخه

زياد وي نو بيا مرضي يا Pathalogic ده.

د درد شتوالی کله چې د Inguinale ساحې ته فشار ورکړل شي، (RIELANDER -Sign) همدارنگه د Adductors-canal باندې، همدارنگه د Poplitea باندې (Tschmarke-sign) او یا په پونډۍ (اناتومي Crus) = انگلیسي Lower leg = calf، باندې د فشار له کبله درد پیدا کېږي. Louvel-sign: د درد پیدا کیدل په لینگې کې د ټوخیدلو له امله. Lowenberg-test: کله چې د فشار د آلي (cuff) په واسطه ناروغي خوا فشار د 60-120mm Hg پورې ورسېږي، سیمه کې درد پیدا کېږي، (اما په روغه خو یا حالت کې درد هغه خت پیدا کېږي، چې دغه فشار اندازه له 180mm Hg لوړ شي. Ducuing-sign: Ballotement-of-calf-muscle (د پونډۍ د عضلې بنورول) درد ناکه وي. Meyer-pressure-points: د فشار له کبله د درد شتوالی دې V.Saphena magna د V.Perforans د بیلیدو په مسیر کې. Homans-test: د پونډۍ درد کله چې پښې شا طرف ته قات ورکړ شي.



Lower-leg-thrombosis \Leftarrow (Dorsalflexion of foot – pes)

Payr-sign: د فشار له کبله درد د plantarmuscle بنوریدل (د پښې د تل د عضلو له کبله)، همدارنگه په خپل سر درد هم ممکن دی (Denecke-sign).

"Phlebography کله چې تشخیص 100% مطمئن نه وي یعنی اشتباه موجود وي تر سره کېږي".

2. **لاپراتوار:** - چه دلته D-Dimere بنودل باید په پام کې ونیول شي، د fibrin د تخریب یا له مینځه وړلو تولید کوونکي = (D-Dimere) د D-Dimere شتوالی په thrombosis کې لوړېږي، دې coagulation تشوشات لکه Protein-S, At-III او د Protein C کموالی.

3. **رادیوگرافي:**

Extremities, pelvis- phlebographie: د سیمې معلومول په دقیقه توګه.

4- Doppler-sonographie: Sonographie

5- که چېرې رادیوگرافي او Sonographie نتیجه ور نکړه نو بیا، NMR - angio او یا خو Phlebo – CT سرته ورسېږي، نتیجه یې ښه ده.

6. **Scintigraphie:**

درملنه:

conservative - compression (تراکم، فشار) له (pressurebandage) Compressions-bandage سره تر inguinale سیمې پورې سفلي اطراف ته لوړ وضعیت ورکول (Braun frame) چې دا اسفنجي یا فلزي ناوه غونډې طبي اله ده چې ژوبله پښه په کې ږدي او استراحت د بستر د 7 ورځو لپاره دهغو ناروغانو لپاره، چې دوي د جراحي عملیات په وخت کې (Perioperative) یو thrombosis باندې اخته شوي وي او دا

نور ناروغان په نني طبابت کې صرف 2 ورځې د بستر استراحت او يا خو هم مستقيماً خوځښت صورت مومي (Anticoagulation+Direct mobilisation):

20-30000I.E/day هپيارين دي (5) ورځو لپاره (هدف PTT دوه (2) چنده كيدل) ، Alternativ په اوسني وخت کې د 200I.U Anti-Xa/kg/bw/day ورکول، د ټيټ 6 مليکول لرونکي هپيارين، لکه Nadroparin 2xday (Frariparin) او يا هم 1x1 Tinzaparin (Innohep).

په دويمه ورځ Cumarin Derivats+Anticoagulation oral Vit k- => Phenoprcoumon يا warfarin, Marcumar يا coumadin د (6) مياشتو لپاره (هدف : INR 2.0-3.0,Quick 25-35%).

که چيري Thrombosis تکرار پيدا شي، او يا هم د وينې د لخته کيدلو مشکلات مينځ ته راشي (12) مياشتو او يا هم د 15 کالو لپاره .

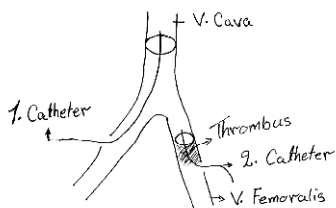
-2 Thrombolyse:

د Streptokinase او Urokinase همدارنگه PA-RT نن ورځ لږ پکارول کيږي، استطباب = ind : په ځوانوناروغانو کې مضاد داستطباب (contraindication) د Lyse- درملنې: د لوړ عمر خاوند ناروغ ، Hypertonus ، د معدې معايي زخمونه (Nephrolithiasis,GI-Ulcer) ، دفتاً وروسته له جراحي عمليات څخه اوداسې نور.

-3 Operative:

- Ind; Phlegmasia coerulea dolens- لامبووهونکي ترمبوز (شناور مانند ترمبوز) ځکه چې دامبولي خطر موجود دي.

- Intraoperative: د بدن پاسني سيمي ته لوړ قرار ورکول (anti trendelenburgis position) په دې معني چې پښې مخ کښته خوا يعنې په مايله توگه قرار ورکړل شي، د بطن له فشار او له لوړ فشار تنفس يا سا اخستلو څخه ډه ډه وشي ځکه د يوه intra operative امبولي خطر موجود دي. د op په پيل کې 5000 I.U heparin i.v.



- Thrombectomy: په inguinal سيمه کې د دواړو وريدونو = Vv.Femorales خپلواکه يا آزاده قرار ورکول، له روغې خوا څخه مخ په وړاندې ننويستل ديوه Ballon catheter تر V.cava او بلاک شوي سيمي پورې او د ترمبوز لري کول له ناروغي سيمي څخه دې FOGARTY Catheter-manoure په ذريعه .

-Postoperative:

Heparinization,compressbandage او ډېرمخکې خوځښت (Early-mobilisation) (دعضلاتو د پمپ يا تقلص فعال کول).

په اخر کې د (6) مياشتو لپاره Marcumar (بدون له اختلاتو څخه) .

پایلی = Prognosis:

هغه وخت ناروغي ښې پایلې لري، چې هر څومره مخکې یا په لومړۍ سر کې Thrombectomy (د لومړۍ 2-3 ورځو په موده کې) 1% Operations letalitaet مړینه په محافظوي درملنې کې له 0.5% لږ ده. که چېرې درملنه ونشي نو پرمختګ یې تر 80% پورې ده. او همدارنګه یو Post thrombotic syndrome اختلاطات:

pulmonal-embolism: - په تیره بیا لامبو وهونکي (شناور) ترمبوز په femoro-iliacal region کې په مجموعي توګه 2% پرمختګ وروسته له (5) کالو په هغو ناروغانو کې چې په حاده توګه یې د سپو امبولي تیره کړې وي، درملنه یې پرهماغه Pulmonal-embolism درملنه چې پاس تشریح شوې ده. Postthrombotic syndrom: - دا هم کله چې وریدي عدم کفایه په ځنډیني توګه (مزمن) پاتې شي، لکه دې Valves تخریب، ectasia دې عمیقو (ژورو) وریدونو (= Valves insufficiencia) نو بیا د وینې جریان مخ په ډېریدونکي توګه د V. Performance Insufficiencia لارې څخه سطحې وریدونو ته زیاتېږي، چې سبب د = varicosis، د وینې بندښتونه (Lower-leg's dermatosis, oedema, Congestion)، سیمه ایزه ستونزې (trophic disorder) ترمینځ ته راتګ د Ulcus cruris. heparinization: په 0.5-3% پیښو کې (البته چې خطر په ټیټ وزن لرونکي هیپارین په ډاګه د روښانه توګه لږ شوی دی).

وروسته له (5) ورځو دغه Thrombocytopenia = Thrombocytopenia، fever، apoplexia، ، pulmonal emobile، Thrombosis له کبله له Thrombocyt's- Extremity ischemia، Myocard infarct د انتي باډي د جوړېدنې له کبله له Thrombocyt's- aggregation (white-clot-syndrom)، دې مړینې کچه (Letalitaet) یې 10-20% وي. درملنه: heparin بندول په بیړنۍ توګه Anticoagulation له نورو Thrombininhibitor لکه Donoparoid (Orgaran) سره.

مخنیوی = وقایه: - د هیپارین په ورکړه، سره باید په منظم ډول د Thrombocyt's د شمیر کنټرول (کتنه) وشي البته په دې ډول (ورځ 0، 5، 7، 9، 11، 14 وروسته یو واورې په هفته = اونۍ 1x / week).
مخنیوي = وقایه: -:

بې دلیل او غیر ضروري نه خوځښت (Immobilisation) څخه ډه ډه کول په نه خوځښت حالت کې پیښې باید الاستیکي (elastic) بندارو او یا خو هم Antithrombosis جرابې (په تیره بیا په هر جراحي عملیاتي ناروغ سره) استعمال (پکارول) شي.

په روغتون کې: - Peri/post operation او همدارنګه دنه خوځښت ناروغ لپاره Thrombosis prophylaxis د Low-dose-heparinization 3x5000 I.U./day یا Heparin S.C. 2x7500 I.U. او یا خو هم 1x1 Heparin S.C. (3000-5000 I.U. anti-Xa/day) لکه Enoxaparin (Clexane)، Nadroparin (Faraxiparin)

Reviparin (Clivarin) Dalteparin (Fragmin)، Certoparin (Mono-embolex)

تفریقي تشخیص : DD:

arterial occlusion (شرياني بندوبس) چې دلته د نبض نشتوالی (Pulses)، د پوستکي سوږوالی او د اذیما نشتوالی.

Inguinalhernia, Muscle-haematoma, Muscle fiber rupture

په نامعلومه تکراري ترمبوز کې سږي باید د پانکراس carcinom او همدارنگه دهضمي جهاز carcinom ته پاملرنه وکړي!

په بیړنی توګه د Sacrom وده کول.

Eryisipel (تبه، Erythema migrans).

Cardial oedem, Lymphoedem

Ischia-syndrom له درد سره چې بهر خواته خپریږي.

{{ PAGET-V. SCHROETTER-SYNDROM }}

Synonym يا ورته نومونه:

Effort-thrombosis Arm/achsel venus thrombosis, Achselvenus throbois

= Vena thrombosis

تعريف = def.:

Acut يا نابیره thrombosis د V.axillaris او يا V.Subclavia تر ډېره حده د Endotheliasion له کبله مینځ ته راځي.

سیمه :- د ترقوه = clavicula او لومړنی پوښتی (قبرغه) تر مینځ سیمه کې = لاتین diligere, dilectus. انگلیسي preferred spot موقعیت لري.

لاملونه = Eathol.:

Thrauma، له توان څخه زیات سپورتونه (Tenais، لامبو kegel, cageln، د وزن پورته کول، لرګي ماتول او داسې نور).

Compression = دوریدي وینې په جریان (خوځښت) باندې. - Thoracic-outlet syndrome، Callus)

clavicula fractur (Aneurysma building) په A.subclvia کې، Mediastinale tumors.

د لمفاوي عقداټو لوئیدل، دې ډېر وخت لپاره په غیر ضروري توګه تر فشار لاندې قرار درلودل (لکه په خوب کې یا د موټر په ځغلول او داسې نور).

په ځوانو بڼځو کې:-

د hormonale contraceptiva اخیستل (ډیره له Nicotinabusus سره).

Coagulations disorders

Iatrogen: د ترمبوز جوړیدل په V.Cephalica کې د C.V.C Center vena catheter شتوالی په

امتداد کې.

درمل:- Antihypertonica, cytostatica.

کلینیک:

Swilling (پاړسوب)، په ناروغۍ اخته لاس (Aram) کې د livide cyanotic رنګه پوستکي لیدل کېږي، پدې معنی چې د ناروغو لاسونو د پوستکي رنګ تور رنګه بنفش وي. په ناروغه لاس کې د درد، دروندوالی او کش کیدلو احساس، همدارنګه د فشار احساس په Axilla (تخرګ) کې.

دمت (بازو) = Brachium پاسني وریدونه ډک، د امکان په صورت کې د Collateral دورانې حالت په V. jugularis, V. cephalica او Laterral thoraxvena کې د لیدلو وړ وي.

Diag = تشخیص:-

پوښتنې (anamnesis): د Trauma، او جبري ډبر درېدلو پوښتنې او همدارنګه کلینیکي معاینات:

Doppler sonographie.

Rodiographie: د لاسونو phlebographie، تصادفاً د حرکت په حالت کې.

scintigraphie: له Radio iod - نښه شوي Fibrin سره.

درملنه:

conservative: د ناروغ لاس ته لوړ قرار ورکول، Compressions Bandage Heperinization، او یا خو

Fiberinolysis (APSAC، rt-PA، streptokinase، urokinase) په پرله پسې توګه د درې (3) میاشتو لپاره

Anticoagulation له (Marcumar، oral vit k-antagonists) cumarin-derivate.

Operative

استطباب: - هغه وخت چې محافظوي درملنه ښې پایلې ونه لري، تکراري ترمبوز (نادرده) مینځ ته راتلای شي.

Trendelenburg-position: د V. axillaris روښانه ښودل، Fogarthy-catheter له مینځني

څخه په ګټه اخستلو سره او د لاس ازاد کول له ترمبوز څخه، همدارنګه د لامل جراحي عملیات (د بېلګې په توګه د غاړې پوښتنې (costa) لري کول، scalenotomy).

Pneumothorax، psot operative X-Ray-controlle

په لوړه کچه یا دوز سره د Heparin marcumar therapie لږ تر لږه د (3) میاشتو لپاره.

DD:-

Lymphoedema: د لاسونو د لمفاوي غدو پاړسوب یا اډیما په تیره بیا وروسته له Lymphonodectomie

او یا خو هم Radiatio د Mamma-carcinom کې.

Mondor: ناروغي: د Vv. Thoraco epigastrica-Thrombophlebitis په تیره بیا وروسته له Operation Mamma څخه.

VARICOSIS: (د varix = غوټې یا عقدي په نامه هم یادېږي).

تعریف: دکڅوړې، خلطې یا غوټو په شان د vena superficial پراخوالي ته په تیره بیا یا په ډیر کچه په لاندنیو اطرافو کې ته وریکوزس وایي.

لاملونه:

د connective tissue سستوال (ضعف) / idiopathic ته Primary varicosis وايي.
Valves insufficiency (كسبي) يا د valves نشتوالی (ولادي).
Postthrombotic syndrome: د والونو (valves) عدم كفايه په ژور وريدي سيستم كې د وينې د جريان در كودت او د فشار د لوړ والي سبب گرځي.
نو په دې توگه د وينې جريان بېرته په شاه سطحي وريدي سيستم لور ته گرځي او دابيا سبب د varicosis (چې له 80% زياته په هغو پېښو كې چې نابېره (حاد) phlebothrombosis نه وي درمل شوي يا نه وي تداوي شوي) پيدا كېږي.

مساعدي زمينې:

Graviditaet (حاملگي)، Compression, Adipositas (د بدن د بندو له كبله)، compression د تومورونو له كبله د وريدي جريان په سيمه باندې. د hydrostatic د فشار لوړ والی (ډيره ورو ورو لوړېږي).
د عضلاتو په پوره ډول نشتوالی / Articulatio pumpe (لږ جريان).
پتالوژي: په دوو برخو ويشله كېږي:-

ابتدایي = لومړنی (primary varicosis): -

د V. saphena magna او يا parva پراخيدل په ابتدائي شكل د valves د ټينگوالي عدم كفايه سره، په ډيره كچه (زياتره) genetic-disposition (د connective tissue كمزوري يا ضعيف والي په ولادي شكل).
او همدارنگه unphysiologic فعاليتونه: - هغه خلك چې د مسلکي کار له كبله په ولاړي کار كاندي، لږ گرځېده.

: Secondary varicosis

د نورو وريدي ناروغيو په تعقيب زياتره له ژور وريدي سيستم څخه پيدا كېږي، همدارنگه وروسته له تر ضيضا تو څخه، وروسته له Thrombotic او عدم كفايه د Vv.Perforantes، Portal hypertension، graviditaets varicosis، A.V. fistel.

كلينيك:

په لومړني وريكوژ (primarie varicose) كې شكايه په ندرت سره وي او هغه هم د ډېر وخت د دريدلو له كبله دروندوالی، د كش كيدلو احساس او درد په اخته شوي پښه كې.

ثانوي وريكوژس Secundarie varicosis:

دروندوالی، د كش كيدلو احساس، درد، د پښو پارسوب (DD: په شرياني بندښ كې پارسوب نه وي)، خارش، eczeme (زير رنگه زخم) Hyperpigmentation، Stasisdermatitis، Ulcus cruris، venosum (وصفي سيمه د Malleolus medialis)

- كلينيكې تقسيمات: = د MARCHALL (1967) په اساس:-

I. Sta.-: بي له شكايته (Asymptomatic)، صرف د ښكلا مزاحمت.

II. Sta.-: د stasis (بندښ) احساس، د شپې له خوا crampe او Perasthesie.

III. Sta. - اذیما، Pigmentation, cutaninduration، نه درمل شوي Ulcus cruris.

IV. Sta. - Ulcus Cruris Venosis.

Diagnosis:

لیدنه = inspection - د لیدلو وړ پرسیدلې رگونه او پراخیدل یې کله چې ناروغ ودریږي، د پوستکي د ښکلا له مینځه تلل، د پارسوب شتوالی د Malleolar په سیمه کې، Ulcera cruris او داسې نور. "Blow-out" phenomenon د (Perforans venus راپورته کېدل او برجستگی یعنی د لیدلو وړ).

TRENDELENBURG-Test: د (Perforans او valves ثابت والی (Sufficiency) پلټنه یا امتحان، ناروغ ته د شاه په تخته استراحت یا قرار ورکړي، دواړه پښې لورې یا مخ پورته قرار ورکول. د varice د سیمې پاکول، لیکه کول، فشار یا compression په V.saphena magna په وړاندې د یوه stasis bandage په واسطه.

په پای کې - سطحې وریډونه د دریدلو په حالت کې نورمال یا ډیر ورو (به آهستگی) او یا هم هیڅکله وریډونه، نه ډکیري، یعنی دلالت په Perfomance sufficiency یا روغتیا کوي. وروسته د stasis له لري کولو څخه هیڅکله د وریډونو بیرته ډکیدل یا د سطحې وریډونو ډکیدل نه لیدل کیږي، (Venis Valves) روغ او سالم وی، په بیرته سره له نورو Stase یاد وینې د رگونو د تړلو له: TRENDELEBURG-I-positiv: د وریډونو ډکیدل کبله (د پنځلسو ثانیو 15sec) ← insufficiency Perfomance.

TRENDELENBURG-II-Positive د وریډونو ډکیدل، د بیرته په شا راتگ (Retrograds) په توگه وروسته له هغه چې د وینې د جریان رکورت (stasis) خلاص یا پرانېستل شي ← Valves insufficiency (Stemvaricosis).

* د stasis سیمه: Stase bandage د وړاندې په پورتنی برخه کې او همدارنگه د پونډې په پورتنی برخه کې باید وتړل شي.

PERTHES-Test:

دلته د وینې جریان په ژورو وریډونو کې امتحان کړي، چې آیا د عملیات وړدي او که نه پدې ډول چې په ولاړه وضعیت باندې یعنی ناروغ باید ولاړ وي، بیا یې د وړاندې په پورتنی برخه کې د یوه بنداز په واسطه (stase) تړو، او بیا ناروغ ته وویل شي چې وگرځي.

په نور مال حالت کې - د وړاندې یا د پښې د پورتنی برخې وریډونه خالي وي چې البته د عضلاتو د پمپ کولو له کبله عضله خپل ځان ټولوي او بیرته استراخا ته ځي، دا پدې معنی د هر ناروغ ټیټ وریډونه ښه دي او خپله دنده ښه سرته رسوي.

Perthes Test positiv:

لاتین Varixen = (Varix) نبضاني او درد ناکه کیږي، چې دا د وینې د جریان مانع کېږي، یعنې په ژورو وریډونو کې د وینې د جریان ستونځې مینځ ته راغلي وي. (Secundarie varicosis ثانوي وریکوزیس).

MAHORNER OCHSNER-Test

په دې میتود کې د perforan insuffic. خپرل کېږي، پدې توګه چې دوه (2) متوسط (مینځنۍ) د stase bandage په یوه سیمه کې تړل کېږي، څرنگه چې ناروغ ګرځي، که چیرې د perforans-vien په دغه سیمه کې ډک شي نو حتماً دیو زیان = defect په شتوالی دلالت کوي.

Ascendens phlebography د پښو او حوصلې دوریدونو.

Dopler Sonographie او عکس ورکونکي Sonographie په تیره بیا رنگه (Doplex Sonographie). Pathologie -- د (calibrate یا د وریدد قطر زیاتوالی او د بیرته راګرځیدني (Retrograder flow) د Vv.Saphenae، د وینې د جریان بیرته راتګ (سرچپه توګه) په (blow-out) Vv. Perforans. درملنه: **Therapie** --

Conservative - - ښې مناسبې د compression جرابې یا الاستیکي جرابې + خوځښت (Muscle-pump) لپاره، Venaetonica، د اذیما په حالت کې Bandage، وروسته له هغه څخه الاستیکي جرابې (Compression-class-2)، پښو ته له تنې څخه لوړ قرار ورکول.

یادونه د ناروغانو لپاره -- مه کینه بلکې ولاړو اوسه څمله (اوږد غځیدل) او ګرځه (خوځېږه).

Percutan (lat)=cutis، Percutaneous (eng.) = د پوستکي څخه تیریدل، د پوستکي له لارې د خرابولو یا ورسټولو درملنې تګ لاره = Sclerisation د SIGG په میتود په Spiderveins، وړوکي ترڅنګ (فرعي خانګې) وړوکي پاتې شوي او یا هم تکراري = Recidere varix=recurrence (eng.)= recidere (latu.) --

د 1-2 mli هوا Injection (air block) او ورپسې، د خرابولو مواد د بېلګې په توګه Endoxisclerol، مستقیماً په varix باندې، compression bondage ← سیمیز (Local) سرینیدل او Thrombose د varix د تړلو سبب ګرځي، زیاد تره په ډیرو ځایونو یا سیمو کې ضرور وي.

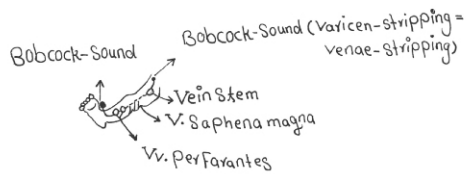
پاملرنه: -- هیڅکله د غه یا نور injection په ژورو وریدي سیستم (عمیق وریدي سیستم کې ونشي یا سرته ونه رسېږي) Vv. Perforantes !!

Operative

استطباب: په Primarie varicosis :
په secundarie-varicosis کې هغه وخت استطباب لري، کله چې په ژور وریدي سیستم کې د بیرته تګ، ترانسپورټ بشپړ (په کافي اندازه) وي (پدې معنی چې Pathalogic-perthes-test شتوالی ونه لري، او بل داچې په phlebography کې د ناروغۍ نښې ونه لیدلې شي) نو په دې توګه د ثانوي Varix لري کول د وینې د بیرته په شا تګ ټیټ وریدي سیستم ته سرعت ورکوي او همدارنګه د ترمبوز د جوړېدنې خطر لږ کېږي.

هغه څه شی چې مخکې له OP د پاملرنې وړ دي --

Preoperative یا مخکې له جراحي عملیات څخه باید د Varicen حالت په ډېره پاملرنې سره کله چې ناروغ ولاړ وي نښه شي (ځکه چې په ملاستي وضعیت کې د جراحي په میز باندې وریدونه collaps کېږي او دلیدنې وړ نه وي).



ټاکل شوي (انتخابي) میتود د V.Saphena magna لري کول (Varicen-stripping=venae-stripping) د

Bobcock-sound = دبابکوک دسوند په واسطه.

1- د دوه گوتو د پلنوالي په اندازه یو شق (Incision) د Malleola-Tibialis څخه پورته وشي، او بیا نو ورید ولټول شي.

2- بل شق د inguinal په سیمه کې او د v.Saphena magna د یوځایوالي یا اتصال سیمه له V.Femoralis سره چې (CROSSE) هم ورته ویل کیږي ولټول شي.

3- سوند (Sound) له distales څخه داخل شي، او ورو ورو تر Inguinalis پورې مخ ته لاړ شي.

4- په ډیره پاملرنې سره د فرعي څانگو بېلول او ligatur د venus star په Inguinal سیمه کې، ترڅو چې له recider څخه مخنیوی وشي (Crossectomy).

په پای کې V. saphena magna د Inguinal له سیمې څخه د Bobcock دسوند په ذریعه کش او بهر ته ویستل کېږي، او وروسته بیا ټوله پښه د Elestic bandage په مرسته پوښله کیږي.

- post operative :- کوکونه وروسته له لسو ورځو لري کیږي، 2-3 class compression-sock میاشتنو پورې او همدارنگه په پوره ډول گرځیدنه.

Prognosis

په Sclerotherapie کې د بیا اخته کیدلو چانس 40-80% د پینځو(5) کالو کې دی. اود جراحي عملیات څخه وروسته 15% -5) په تیره کله چې د Vv.Perforans بڼه پالنه نه وي شوې) 0.02% Letalitaet ده.

Complication

pulmonal embolie, Phlebothrombosis, varicophlebitis, varix rupture, Alergy -; sclerotherapie - Paravenus injection -موضیعي تخریش،

OP: د V. femoralis ژوبلیدل د V.saphena mag. او یا A.femoralis superficialis په اتصالي سیمه کې.

وینه ورکول (Haemorrhagie), Oedeme, serome, haematom, (درملنه :- compressions bandage ، د پارسوب لپاره تدابیر لکه، Lymphdrianage او داسې نور).

Wound healing disturbens = د زخم د جوړیدنې مزاحمت.

Seneibilis disturbens = sensory disturbens د جلدي شق په سیمه کې (15%) که ډېره یې (زیاتره)

reversion = انگلیسي reversible وي.

(5%) Lymphaticfistel

{{ULCUS CRURIS}}

مشابه نومونه :- Venosis ulcus, Ulcus Cruris venosum.

ایتولوژی (لاملونه) :- د مزمن وریډي عدم کفایه د التهابي شکل له کبله = Ulcerosis form of the chronic vienosis insufficience په تیره بیا په وروستي پړاو (مرحله = stadium) چې معمولاً د ناروغي اختلاط ده.

کلینیک:

ژور سور رنګه Ulcus (چې په ډېره کچه د بښنګري Medial خواته (Malleola-tibialis) خواته، د شاو خوا پوستکي زیاتره hyperpigmentation لري، سیمه ایزې ناخوالي لیدلي کیږي. Pruritus (خارښت) په نا څرګند توګه د (درد) احساس، "restless legs".

درملنه:-

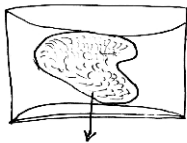
conservativ : - compression ، بې له compression څخه روغېدنه نشته (صرف compression په واسطه کیدای شي، چې پارسوب (oedema) په شا وتنبول شي، او په دې توګه دغه لنډ Diffusions له کبله حجري (ژوانکي) بیا د O₂ (اکسیجن) او غذايي موادو په واسطه تغذیه شي، دا ډول درملنې یو حدس یا یوه تیوري ده؟

Hydroclloidplatts (Comfeel, varihesive) د تپ (زخم) د پاکولو او پدې شرط چې دا په تپ کې، کولای شي خو ورځې پاتې شي).

Operative : استطباب:

کله چې تپ د پورتنی درملنې په واسطه (2-1 میاشتو کې) یعنی compression درملنې ښې پایلې ونه لري، نو بیا OP صورت مومي.

د تپ (wound) پالنه : (wound care) د تپ پاکول په اساسي توګه ، Necrectomy, wound- excision، wound debridement= د کامپیرسیون بنداژو او یا هم د Vacum versiegelung په واسطه granulation phase صورت مومي او مخ په جوړښت خواته ځي.



کله چې granulations phase پوره سرحدته ورسیري، بیا Cutantranplantation + Compressionbange.

که چیري ژوبله له حده زیاته وي بیا نو په هغه صورت کې :-

Fasciotomie of paratibialis muscle fascia اجرا کیږي، ترڅو فشار Ulcus Cruris Venosis له سیمې لري شي، او په پای کې (په یوه یا دوه زمانونې یا وختونو کې) د Ulcus د مخ پوښل د پلاستکي جراحي په واسطه دوه.

پایلې :- د درملنې د پوره بري لپاره باید سپړی ډېر حوصله ولري، په ښه او منظمه توګه درملنه او د ناروغ همکاري ډیرې ښې پایلې لری.

اختلاط:

د تپ (wound) او د شاو خواتنات.

وروستني اختلاط : دندبى کار سينوم (scar carcinoma).

تفريفي تشخيص: DD:

arterial ulcer (pulse status) چې زياتره د Tibia په سر قرار لري.
ulcer (ulcer) په هغو ناروغانو کې چې Diabetes mellitus لري چې ډيره يې د Lateral په lower leg
برخه کې قرار لري.

Malum perforans=ulcus trophoneuroticum (چې د Polyneuropathy او Diabetes mellitus له
کبله) چې ډيره يې د پښې په تل کې ليدل کيږي يا خای نيسي.
Ulcus neoplasticum د تومورونه (Tumors) له کبله.
Ulcus allergica د Toxic او يا اتتاني ناروغيو له کبله.

Lymphatic Chirurgie = د لمفاوي سيستم جراحي

اناتومي: - د لمفاوي سيستم اناتومي ته د مراجعه وشي.

لمفاوي عقدي يا غوټي:

دغه غدوات (غوټي) د لمفاوي سيستم د پاکولو (Filterstation) په تم خای کې قرار لري.
تر ټولو لوی موقعيت (محل) يې په Parahilar, Axilla, Inguinal دسږو او په غاړه کې موندلی
شي.

دنده (Function):

د معافيت وظيفه (Lymphocyts) ، defense function ،

د فلتر دنده (Lymphnodes) ، (Filter fuction) .

د ليدونې دنده (drainage-of (Fats, Porotein) Transportfunction)
interstitial liquid-fluid, په حدود د 2 li/day.

Lymphangitis - د لمفاوي رگونو التهابي کيدلو ته وايي.

ورته نومونه: د عامو يا غير مسلکي خلکو په ژبه ورته د وينې زهري يا مکروبي کيدلو ته وايي، که چيري
لمفاوي عقدي هم ورسره اخته شي نو پيا ورته Lymphadenitis وايي.

لاملونه:

د لمفاوي سيستم التهاب د باکټري اتاناتو په ذريعه:

په ډيره کچه Staphylococc او Streptococc چې Panaritium او يا هم Phlegmone ، Furuncle , Abecess
اصلي چينه يا منبع گڼل کيږي.

پتالوژي:

د infect (اتان) پراخوالي ، د لمفاوي سيستم له لارې صورت مومي، او بيا د لويو لمفاوي عقديو تم خای
(Big lymph nodes station) سره ځان يو خای کوي (Inguinal , axilla) او هلته د خوږو (درد) او پاراسوب
سبب گرځي.

که چیري په خپل وخت ئې درملنه ونه شي نو بیا دا اتان ځان وریډي سیستم ته ورسوي او دهغي له لارې روښانه ده چې! (sepsis مینځ ته راځي).

کلینیک:

- Red-striatum (سړې ردې یا سړې لیکې)، د فشار له کبله درد لرونکي رسې، (ریشمي، وندني) سیمیز hyperthermie (Local) (ډېر تودوالی).

- د درد درلودل د اتان د ننوتلو سیمه کې (چې ډېر وخت د لیدلو وړ نه وي).

- سیمه ایز (ناحيوي) Lymph nodes station درد لرونکي پارسوب.

- ممکن تبه (fever)، Leucocytosis، سړېچنه رېږدینه (لرزه) یا ملرنه sepsis!

-:Diagnosis

Anamnesis او کلینیکي معاینات (د ننوتلو لاره؟).

Scintigraphy: چې دلته د لمفاوي غذاو تو ذخیره کولو قدرت کم کیږي یا بنودل کیږي.

Radiography - : Lymph angiography (صرف په مزمن حالت کې ضروري ده).

درملنه:

-:Conservativ

د اخته شوي (مصاب شوي) اطراف استراحت، په Rivanol اخته شوي بندارو څخه گټه اخستل، antibiotic

!Tetanus voccin.

-:Operativ

استطباب:- کله چې د لیدلو وړ آبسسه (abscess)، Furuncle، Phlegmone، او داسې نور وجود ولري.

د ننوتلو د لارې او سیمې پاکول (Surgical incision).

:Complication

که چیري په خپل وخت درملنه پیل نه شي، د sepsis خطر وجود ولري.

که چیري Lymphangitis تکرار شي ⇐ Chronic lymphangitis

+ Lymphoedem سره کیدای شي، پېښ شي.

-:DD

د سطحی سیمی Phelibitis migrans، Thrombophlebitis.

Lymphadenitis په عمومي ناروغیو کې (Systematic ناروغي)، Tumors.

-: Lymphoedema

لاملونه:

congenital = ولادي: (Heredita lymphoedema)، او یا خوهم sporadic!

لکه Hypoplasia/aplasia په لمفاوي سیستم کې

Meige-syndrom، Nonne-milroy-syndrom، د لمفاوي لارې dysplasie له Lymphangioma سره په

Klippel- treunay- syndrom کې.

Iatrogen. د طبي درملنی له کبله:

د سیمیزو لمفاوی عقداتو (اناتومي Lymphnodi) لري کول (د بېلگې په توگه د Axilla د لمفاوي عقدو) (البته ژورې) لري کول په Momma-Ca کې، سیمیزو لمفاوي عقدو ته شعاع ورکول چې د fibrosis سبب په لمفاوي سیستم کې کېږي.

التهابات = **inflammation** :-

د Lymphangitis تکراریدل او یا هم Erysipel او داسې نورو ناروغيو له کبله په پرمختللي حالاً توکې بیاتر Elephantiasis (چې یو Maximal-form دیوه Lymphoedema ده) پورې رسیږي.
Lymphnodi-metastase, Leukemia, Lymphoedema-Tardum (Neoplastic)
Posttraumatic، د ند بی (Scar)، پیدا کیدل له ډول ډول (مختلفو) ناروغيو له کبله.

اپیديمي:

- د لمفاوي عقدو پاروسوب په ابتدائي (لومړنۍ) توگه:-

هغه وخت چې د ناروغ عمر له 30 کالو څخه لوړ وي پیل کېږي، هر څومره چې د ناروغ عمر زیاد وي یعنې چې عمر لوړېږي، او د لمفاوي عقدو، پاروسوب ولیدل شي، باید سړی خباثت (Malignent) پروسې ته جدي پاملرنه وکړي (Sec. form).

په 90% پیښو کې ښځې مصاب (اخته) کیږي.

- وروسته له Mamma-Ca.-lymphonodectomy څخه په Axilla سیمه کې په 10% پیښو کې د Radiatio (رادیاوکتیف شعاع ورکول، علاوه کول تقریباً تر 50% د پیښو کې لیدل کیږي.
وېشنه = تقسیمات:-

Primarie-Lymphoedema : congenital-insufficiens یا ولادي عدم کفایه د لمفاوي سیستم (کورنۍ

عوامل او نادراً هم کیدای شي، Sporadic وي).

secundarie-Lymphoedema :- Post- traumatic، Post-radiationum، post-operative، التهابات

، Neoplastic

:Stage

I-Latent-Lymphoed (پاروسوب وروسته له یوه عادي ضربه څخه لکه د میاشې چیچل (نیش وهل).

II -Reversio Lymphoedema (لټین)، په تیره پیا چې د شپې (مانېام) لخوا پیدا کیږي، جلد یې له بدلون څخه وي یعنې په پوستکي کې بدلون نه لیدل کیږي.

III -Irreversible lymphoedema: کلکوالی (سخت)، بدلون په رنگ کې (رنگ پریده)، په فشار سره نه ورکیدونکی اذیما، د پوستکي hypertrophie.

IV -Elephantiasis (= Fibro-sclerotic-lymphoe) او دیوه deformation حالت غوره کوي.

کلینکي اعراض او علایم:

- Lymphoedem: کلک، هوار (هموار)، پوستکي د فشار په واسطه بدلون نه مومي، Cutan-hypertrophie، (زیاتره) پوستکي سوړ وي.

Primary-lymphoedem - زیاتره د پښو په پنځو کې د پښې شاه (Dorsal) او (malleolaris) سیمه کې.
Stemmere-Sign : د پښو په پنځو یا ګوتو کې لکه د ستورو افقي ګونجې (چملکي) او ژور (عمیق) چاودني
(پریک شوی چاودنه) لیدل کیږي.

Secundarie-lymphoedem : زیاتره پرې ټوله پښه/لاس مصاب (اخته) کیږي.

-: Diag

Anamnesis (operation، ژوبلیدنه، Radiatio؟) او همدارنګه کلینیکي معاینات.

Lymphographie: Radiography، د پتالوژیک رګونو بدلون ښودنه.

Lymphsequence-cintigraphie : د ذخیره کولو زیان (defect).

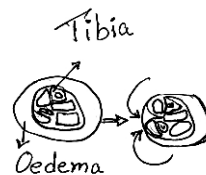
درملنه:

Conservativ -: د ټینګ او ثبات لرونکی compressions-bandage استعمالول، پښو او لاسونو ته لوړ
قرار ورکول، همدارنګه د لاسي (Manuell) درملنه د لمفاوي دریناژ = Manuell Lymphdrainage
therapy.

د ادارار پالنه، corticoid، antibiotic، په ټیټه دوز (اندازه) سره

-: Operativ

استطباب -: په Sta. III, IV



پایلي: په 2/3 پښو کې ښې او یا د قناعت وړ پایلي لري البته وروسته له جراحي عملیات څخه.

-: Complication

* د erysipel د تکراري مینځ ته راتګ، Thrombophlebits،

* Stewart-Treves-syndrom: angioplastic sarcom (نادر)، په یوه مزمن لمفاوي اډیما کې له یوه مخفي

دورې سره په حدود 10 کالو کې.

OP -: کیدای شي چې سبب د زیاتوالي د لمفاوي اډیما په Distal (پښې) سیمه کې وګرځي.

ژغورنه = Prophylaxis:

وروسته له Mamma-Ca., Lymphonodectomy او/ یا Radiatio څخه هیڅکله په دغه عملیات شوي
خواکې زرقیات، دوینې اخستل صورت ونه نیسي، سره له دې چې هیڅ اډیما بیا په دغه لاس کې یا سیمه
کې شتوالی ونه لري، هیڅکله په دغه مصاب شوي سیمه کې همدارنګه له حده زیاد سوږ والي او تودوالي
هیڅکله د وینې فشار ټاکنه یا اندازه کول ونشي (میخانیک اثر په مصاب شوي طرف ونشي) هیڅکله د
حشراتو نیش وهل باید په دغه خواکې صورت ونه نیسي.

-: DD

له هغه پارسوب او اډیما سره چې Chronic vienos insufficiencia له کبله پښې شوي وي وشي.

Lipoedema :- د شحم (چربي) تقسيمات مزاحمتونه (ډېره په سرين او ورانه کې).

Traumatic :- SUDECK-Dystrophie.

هغه اذیما چې د زړه د ناروغيو له کبله (Heart insufficiency) منځته راځي، او د فشار په واردولو

سره د هغه ژوروالي (فرو رفتگي) پاتې کېږي.

Hepatic/Renal ناروغيو له کبله اذیما (Albuminurea, hypoproteinamia).

انگلیسي/ او لاتین Varicosis Lymphectasis=Lymphcyst/fistula

اسباب:- وروسته د لمفاوي د لارو سره بیلیدل د ترضیضاتو له کبله، (Operation) Iatrogen، د ازمويني

Retentions cyst = (excision) او fistula (فیستول).

کلینیک:- د سيمي د فشار له کبله یوه دردناکه سیمه پېښېږي.

Diag

anamnesis (Op، Trauma، ؟) او کلینیکي معاینات.

Radiographie :- Lymphography او همدارنگه د فیستول بنودنه.

درملنه:

محافظوي :- کله چې Fistula/cyst وړوکی وي نو پیا د Compression بندازو څخه گټه اخستل.

Chirurgie-operation (جراحی عملیات):- دلته د Cyst د پوستکي لري کول او د جریان لاره پرانستل دي.

لاتین Viscerale lymphcyst/fistel=fistula

مشابه نومونه :- Chylascites (Chylascosis, Chyloperitoneum) Chylothorax.

لاملونه =Aetheologie

Traumatic او Iatrogen :- Punction/operation د بېلگې په توگه Thoracal aorta-aneurysma

، Pneumectomie، Pleurapunction، Subclavia catheter او داسې نور.

تومورونه :- Lymphom، Lymphosacrom، M.Hodgkin، pleuratumor.

congenital chylose cysts.

Clinic

- په Thorax کې د یوې سيمي یا ساحې د پیدا کیدلو ضرورت پدې معنی چې کله یو څوک ساه اخلي نو په

صدری قفس کې یو معینې اندازه ځای ته ضرورت وي، اما د ناروغي په حال کې (البته صدری ناروغي کې)

د فضا ساحه تنگه کېږي، او ټوله ضروري هوانه اخستله کېږي، امکان لري چې Chyloreflux-syndrom،

Dyspnea په abdomen او په پښو (periper) کې مینځ ته راشي.

Abdomen :- د (ازاده) مایع شتوالی په بطن کې (Free-liquid fluid).

Diag

Anemnesis (OP، Trouma) او کلینیکي پلټنه (معاینات).

Rodiography :Thorex او abdominal.

Sonography: دلته د Pleura erguss (د مایعي شتوالی د پلورا په جوف کې) او د خپلواکه مایع شتوالی په abdomen (بطن) کې په روښانه توګه لیدل کیږي.
 Pleura او Ascitis puncation د DD لپاره (د بېلګې په توګه د مایع شتوالی د خباثت د پروسې له کبله).

درملنه:

Conservativ: Chylothorax Drainage درملنه او Parenteral له شحم څخه عاري (شحم نه درلودونکي مواد) په حدود د (2) دو هفتو لپاره ورکول.
 Ascites-puncation: که چیرې دغه Chylus لري نشي، نو بیا د op استطباب
Operativ:

استطباب: هغه وخت چې محافظوي (Conservativ) درملنه ګټوره ثابته نشي، دلته د Fistula سوري کول او د Laeckage دسیمې ساتنه (Cover)، Fibrin gluing.
 Abdomen: Lymphogen anastomos له یوه وریډ (Vien) سره د امکان په صورت کې Intestinal resection په هغو کولمو کې (امعا) چې Fistula پکې موجود وي.
 Complica: د لمفاوي فیستول مینځ ته را تګ: Urinary tract، (chylurea)، Abdomen، thorax.

{{Lymphadenopathy}}

مشابه نوم: Lymphadenitis
 اناتومي:

د کوپری (سر) په سیمه کې: Retro and-praeauriculares, NII. Occipitales, submandibularses, mastoid, Submentales.
 II. Cervical او انگلیسي Nape (لائین Nucha):
 (NII. cervicales superficiales et profundi (sup. et inf.))
 III. پاسنی نیمایي تنه او Extremitaet: Cubitales, NII. pectorales, axillares.
 لاندینی نیمایي تنه او Extremitaet: NII. Inguinales, poplitia.

لاملونه:

د التهاب / اتانات شتوالی د لمفاوي عقدا تو په دوراني سیستم کې (د بېلګې په توګه، Viral infection، Lymphangitis د پزې، ستوني او غوږ سیمو کې) چې ډیره یې Staphylococc او Streptococc او همدارنګه په HIV، Tuberculuses، Toxoplasmosis، Brucellosis، (Mesenterial)، Mononucleosis، yersinian Marbus-PFEIFFER د Cervical د لمفاوي غدواتو د پارسوب سبب ګرځي) Measles یا (retroauricular/nuchal)، Sarcoidosis ته باید پاملرنه وشي.
 Maligne lymphom، (Non-Hodgkin-lymphoma)، Lymphogranulomatosis (Morbus Hodgkin)، Lymphosarcom همدارنګه

- د يوه تومور ميتاستاز د لمفاوي عقدو څخه يوه لمفاوي جريان سيمې ته (د بېلگې په توگه د ستوني ، پوزي (بينې) او غوږ تومورونه، Cervical-lymph-nodus ، Brachial ca., Axilla ← Mamma-Ca. ، Mediastinum او نور).

هغه لومړي اخته شوي لمفاوي عقدي د Sentinel-lymph-nodus په نښه کېږي.

Clinic

- درد لرونکي او يا درد نه درلودونکي د لمفاوي عقداتو پارسوب .
Infection: - درد شخوالي ، تبه ، د امکان په صورت کې سره لرونکې تبه (تبه ولرز،) يادونه :- (Sepsis) په سيمه ايز (Local) توگه له حده ډير تودوالي او سور والی البته د پوستکي د رنگ سورولی.

Diag

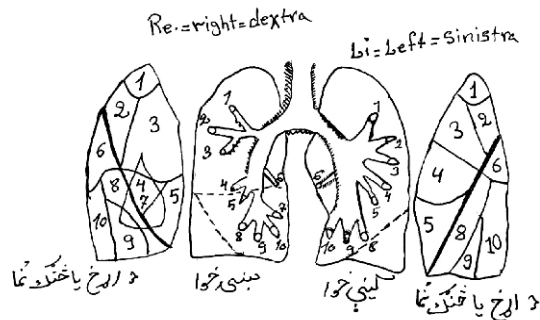
1. Anamnesis (نيټه يا زمان يې، څومره وخت کېږي؟) او کلينيکي پلټنې.
2. Sonography: او په فرنولوژيک (نورمال) ډول او په التهاباتو کې د يوه عکس العمل (Reactive) په توگه لويوالي په جرياني (ليږدونې) سيمه کې د Oval (بيضوي) شکل له اوردوالي، د echo کموالي يوساحه چې اوردوالي/ په سور * عرض = 2:1 له echo څخه ډکه Hilus د لمفاوي عقدو په منځني (مرکزي) برخه کې (Hilusfat sign)، اوردوالي په Max ډول له 1.0cm وړوکي (< 2.0cm Ingunaal).
په خباث هغه وخت شک کېږي، چې يوه گرده ساحه وليدله شي، او د Hilusfat sign وړک يا د ليدنې وړ نه وي، او يوه څپريدونکي يا منتشره ونې ډوله (درخت مانند Vascularisation په رنگه Dopplersonography کې د ليدنې وړ وي.

3. لابراتوار:

. Differential blood bild ، HIV-test همدارنگه CRP, Erythrocyte sedimentation rate=ESR
4. هر Lymphadenopathie چې د ډېر وخت لپاره (اوردومحاله) وي بايد حتماً Histology يې وڅيړله شي، Exploratory biopsy: OP څيړنې لپاره بايد چې اخستل او يا هم د ټولو لمفاوي عقدو Exstriaion، هستولوژي د امکان په صورت کې د توبرکلوز معانيات.
5. که چېرې د خباث اشتباه وي (Maligns Lyphom) نو بيا پدې صورت کې د هډوکو د مغز Thorax-S.T puncttion او د Abdomens-CT وشي.
6. په راديوگرافي کې که چيري Mediastinum پراخ شوی بنکاره شي، او تشخيص (مونده) روښانه نه وي نو بيا بايد Mediastinoscopy او Histology وشي.
7. که چيري د metastasis اشتباه وي نو بيا بايد د لمفاوي غدواتو د جريان سيمې ولټول شي.
Infection - : complication چې د لمفاوي د عقداتو د نرم کيدلو او اوبه کيدلو سبب کېږي يا ← بيا دا د Abscess او وروسته Sepsis سبب گرځي.

Thorax – surgery صدري جراحي

اناتومي : د اناتومي کتاب وگوري



Thorax-trauma

مشابه نوم: Chest-trauma = صدري ترضیضات:

لاملونه:

پخ (کند) blunt خپل شوي تصادمات چې ډېر پېښیږي لکه په ترافیکی پېښه کې او یا هم په فابریکو یا ساختمانی کارونو کې.

Open=penetration لکه stab (د چرې په واسطه) ، shot (دې ناریه سلاح په واسطه) اوداسې نور چې په عمومي توګه نادر دي (البته په افغانستان کې ډېر دي).

اپیدیمي:

- 25% ټول هغه ناروغان مري (مړه کیږي) کوم چې د Thorax په زخمونو اخته شوي وي.
- 70% نه یوازې صدري ترضیضات لري بلکې هڅه باید وشي، چې سمه پلټنه (تشخیص) صورت ومومي! په تیره تل Polytrauma ته فکر وشي.

تقسیمات

- د صدري قفس ژوبلیدنه (Multiple rib fractur, Thorax Contusion, sternum-fractur).
- د Pulmonal ژوبلیدنه: Pulmonal Contusion ، په سپرو (شش) کې درز، خپړېدل (Tear) ،-Bronchus ،Haemothorax، Pneumothorax، Tracheal-Trauma، ruptur.
- د Mediastinums ژوبلیدنه (Aorta-Ruptur، Cord-Contusion)

:Diag.

1. Anamnesis (تصادمات) او کلینیکي پلټنه (معاینات):-

لیدنه = Inspection: د contusionsmark = د ژوبلیدو نښې ، د Respiratory- excursion تفاوت په دواړو خواو کې (د تناظر له کبله) ، cyanosis ، په Thorax کې بدلون یعنې باندي خواته زیاته راوتل یا برجستگی ، بې ثباتي = ناپایداری ، هغه صدري درد چې له ساه اخستلو سره اړیکې لري.

Venous-congestion (د وريدي جريان بندښ) د غړپ غړپ (جرعه جرعه) = slurp څښلو غوندي غږ اوريدل کيږي.

کله چې Open-thorax (صدر کې پرانستې زخم شتوالی ولري) او همدارنگه يا haemoptoe يا Haemoptysis جس (Palpation): د پوستکي لاندې, dolor, compressions, emphysema, crepitation.

قرع = percussion :- ډير ټيټ او يا هم ډير لوړ غږونه دقرع په وخت کې (-or Reduction hypersonor) د ساه اخستلو خوځښت .

Auscultation: د تنفسي غږونو جروالی (صاف او روښانه نه وي) همدارنگه په دواړو خواو کې د تنفسي غږونو د تفاوت شتوالی.

تل ټول بدن معاینه او وکتل شي، (د د لپاره چې ورسره نورې ژوبلېدنې له پامه ونه خوځيږي.

2. Thorax: Radiographie: په دواړو خوا کې يعنې قدامي خلفي او د څنگ احتمالاً يا د امکان په صورت کې د ښو او زياتو لاسته راوړنې په خاطر CT.

اتفاقاً د لزوم په وخت کې تکرار يې ښې پایلې لري! ځکه چې د ټولو هډوکو او اسکليت د ماتيدلو له خوا مطمئن شي.

Pulsoxymetrie :- په اصل کې دا مخکې له کلنيک څخه د عاجل ډاکټر له خوا په سيمه کې يا امبلانس

کې سرته رسيږي.

لابراتور:- ECG, Central vinen pressure = CVP, Blood gasanalysis.

Sonography :- Abdomen ورسره د نورو ترضيضاتو د ردلو په خاطر، Pulmo-Ergussis

که چيري د اوعيه د ژوبلیدلو شک وجود ولري =< Angiography په جراحي عمليات کې.

که چيري د Bronchus ruptur شک وي نو بيا Bronchoscopy اجرا شي.

Therapie

عاجل يا بيړني اهتمامات:- تنفسي سيستم باندې بايد مطمئن اوسي پدې معنی چې تنفسي لازې بايد پرانستي او خلاص وي تر څو ناروغ په ښه توگه ساه واخلي.

دامکان په صورت تر هر څه لومړي Intubation او کنترولې ساه ورکول = -artificial-ventilation له ventilpneumothorax څخه د Punction په توگه سيمه خلاصول، د shock درملنه، پاسنی تنې ته بايد لوړ

قرار ورکړل شي او يا هم ناروغ ته د ژوبلې شوي Thorax خواته وضعیت ورکړل شي.

conservativ :- contusion-thorax-trauma له Haematothomax ، pleuraerguss هر څومره په بيړه او

لومړي وخت کې Pleuradrainage (که چيري د دغه دريناژ له لازې له 200ml/h زياته وينه ضايع شي نو په هغه صورت د OP استطباب موجود وي.

Operativ

استطباب:- ځپل شوی صدري ترضيضات = contusion-thoraxtrauma له Persisterebleeding = پرلپسې يا دوامداره وينه ورکونه ، د وينې د رگونو د ژوبلیدنې له کبله، -Tracheobronchial-system-

.Diaphragma ruptur, Oesophagus ruptur, ruptur,pericard tampone.

پرانستي يا open thorax trauma د زړه له penetration تپ او يا هم د رگونو د تپونو سره او همدارنگه د Tracheo bronchial system او يا Oesophagus تپونه.

Entrance: - antero-laterale or postero-laterale-thoracotomie که چيري مطمئن اوسى چې زړه هم ضربه ليدلى او ژوبل ده نو بيا هم په هغه صورت کې Sternotomie استطباب لري.

Complication:

Circulations insufficiency: دا حالت د hypovolemia، د وينې د رگونو ژوبلېدنه (Coronar, Aorta, V.cava)، همدارنگه Myogen-cord-insufficiency، Myocard contusion، Cordial contusion له Myocardioedema، Coronarthrombosis، له Myocard infarct، د زړه د داخلي جوړښت ژوبلېدنه (Valves in out ruptur، Peri card tompon او همدارنگه papilla muscle ruptur).

Respiratory insufficiency:

د بېلگې په توگه Hypoventilation د درلودلو له کبله، Tension pneumo thorax، pulmoalparenchym compression له کبله. Pulmonal-Shock, Haemothorax د pulmonal-circulation محدود کيدل له respirator Insufficiency په شاک کې، Thracheobronchial system ژوبلېدنه، unstable-thorax، د يوې ARDS پرمختگ او يا هم pneumonea (سینه بغل) مينځ ته راتگ.

Costa = پوښتی: Sternum-fractur، multipal-costal-fractur له Impression (تر فشار لاندې) او يا هم پارچه بې ماتيدنه (piece fractur)، امکان لري چې د درد له کبله Hypoventilation، Unstable-thorax، Paradoxical-respiration، Pulmonal-contusion، Pneumothorax، Tensions-pneumothorax، Cardial contusion، shock Pulmo.

bronchus ruptur، Tensionspneumothorax/pneumothorax

Bronchial-Fistula

Haemothorax (د وينې شتوالی د پلورا په جوف کې):

Chylothorax (د ductus-thoracicus ژوبلېدنه ښي)

Mediastinal يا خو د پوستکي Emphysem.

Pleura fibrosis، pleuraempyem، Bronchopleural-fistula (البته چې دغه وړستی بې په وروستي

مرحله کې اختلاطي حالت دی).

Oesophus injury (ممکن بالاخره په mediastinitis اخته شي).

Diaphragmaruptur (د Abdominal غړي يا organ نتوتل) (Herniation) د Thorax په جوف کې له

يوې خوا په سرېو کې د بدلون سبب کيږي او له بلې خوا يښه (جگر)، توري (طحال)، معده، کولون او د وړو کولمو د ژوبلېدنې سبب گرځي.

pericard tomponade ← د Circulation insuff. سبب گرځي (درملنه: puncture).

Aorta ruptur (په ډیر قوي Decelerations trauma ، صدري Aorta په ډیره کچه د Isthmus اخريني (Distal) سیمه ژوبلېږي.

تل یوې polytrauma ته فکر او پاملرنه وکړي.

Pneumothorax

لاملونه: - Aetheologie ،

Spontaneous: دیوه یا د ډېرو هغو Emphysem جابونو د چاودیدنې (Ruptur) له کبله چې د Subpleural په سیمه کې شتون ولري. Pleura-visceralis له ریوې پرانسیم څخه په پورته سطحه کې قرار لري، د ریوې جوړښت له بدلون څخه تر ډیره حده apical (څوکه یا رزه) = pneumothorax له دننه خوا څخه، تړلی (بسته) پنوموتورکس، په تیره بیا په هغو ناروغانو کې چې د خانیات ډېر استعمالوي، ډېر سگرت څکونکي دي، Asthmatica، د سپورت ځوان لوبغاړی او یا هم له هغه ناروغانو سره چې د توبرکلوز کهف لري (TBC-cavern) د Carcinom چاودیدل، Abscess او fibrotic cyst.

Penetration thorax trauma: د Thorax د دیوال یا جدار سوري کیدل له بهر (بیرون) څخه (Open Pneumothorax) او یا خوهم ترصیضی Bronchusruptur چې تقریباً تل د spontaneous pneumothorax یا Ventilpneumothorax سبب کیږي.

iatrogen: - Subclavia catheter له حده زیاته یا په زیاد فشار باندې هواورکول (artificial-ventilation) او همدارنگه هر جراحی عملیات په یوه پرانستی Thorax کې.

Pathologie

هر هغه عمل چې د پلورا د جوف د خلاصیدلو (پرانستلو) سبب شي، داد فشار د تیتیدلو سبب گرځي، له دې کبله چې هغه توازن چې د بهر او دننه ترمینځ موجود وي له مینځه ځي یعنې هوا د پلورا په جوف کې ټولېږي، اوریه (سړي) خالي او گنجي (collaps) کیږي.

Open Pneumothorax = پرانستی پنوموتورکس:

دلته ریه په Collaps اخته وي، ځکه چې له بهر سره اړیکې لري، په inspiration (د هوا اخستل) او Expiration (هوا بیرته ویستل) کې Mediastinum دلته او هلته په نوساني ډول (زنګل) حرکت پیل کوي او خوځښت یې مخ په روغ سړي (pendelus) همدارنگه هوا یوې خوا او بلې خوا په bronchiol کې تګ راتګ کوي، چې دې ته pendelus air وايي.

: Tensions pneumothorax

داد ventilmechanismus په توگه عمل کوي، څرنګه چې د Inspiration په وخت کې هوا اخلي او دغه هوا د پلورا جوف ته ننوځي خو په Expiration کې دغه هوا په مکمله توګه بیر نه وځي، نو ځکه د پلورا په جوف کې دغه مخ په زیاتیدونکي هوا له کبله د پلورا د جوف فشار زیاتېږي، او په پای کې ددې سبب ګرځي، ترڅو چې Mediastinum دروغې خوا ته تیل وهل (کوږ) شي.

او روغ سږي تر فشار لاندې راځي (compression) په روغ سږي او همدارنګه په زړه باندې فشار (compression) د وریډي وینې د جریان د بیرته راتګ مانع ګرځي، او دا ټول د مرکزي وریډ د فشار د لوړوالي سبب ګرځي.

بېلونه = تقسیمات:

= پرانستلی پنوموتورکس - mediastinal flutteropen-penum-

(mediastinal pendelus) سبب ګرځي.

- ساده، پټ (بسته) پنوموتورکس = بې له د چې Mediastinum بې ځایه شي.
- Primary یا spontaneous-pneumothorax: د ډېر وړوکی ترضیض (trauma) په سږو کې په تیره apical ناحیه کې د degenerativ بدلون سبب ګرځي.
- secondary: د هرې ناروغې چې په سږو (ریه) کې پیښ شوي وي، یا په بل عبارت د سږو د ناروغیو د پایلو له کبله (لکه cavem, abscess, emphysema او داسې نور) منځته راتلای شي.
- Ventilpneumothorax/+sension-pneumotharax د mediastinum بې ځایه کیدو سبب کېږي.
- چې دننه خوا ته: چې د سږو د سطحې برخې د ژوبلیدنې له کبله مینځ ته راځي.
- بهر خوا ته: چې د Thorax د جدار (دیوال) د ژوبلیدنې له کبله مینځ ته راځي.

:Clinic

- د ډېر ژرد Dyspnea (عسرت تنفس د ساه لنډی) د سینې د درد، توخی چې وچ وي سبب کېږي.
- Tension-Pneumothorax: dyspnea ډیر والی cyanosis خوږ یا tachycardy (dolent) د جریان بندیدل (په روښانه توګه د Vv.Jugulares او د ژبې لاندې وریدونو پار سوب (dilatation)، د shock خطر! د احتمال په صورت کې د پوستکي emphysem او د ژوبلي شوي ځایونو نښې.
 - تبه (fever) کله چې pneumothorax د اوږدې مودې لپاره پاتې شي.

:Diag.

1. Anomnesis (Spontaneous, thorax-trauma): په ځوانو ناروغانو کې، او کلینیکي پلټنې: percussion- hyperresonance غږ په قرع کولو کې د دواړو خواو مقایسه کول.

Auscultations: نورمال تنفسي غږونه صحیح نه اوریدل کېږي (نادراً هم هیڅ نه اوریدل کېږي) البته په ناروغه خوا یعنی د Pneumothorax خوا.

2. Radiographie: رادیوگرافي کله چې Thorax په Expiration حالت کې وي ، چې دلته د سږو د کولپس (Lung-collaps له خالي thorax)، له کبله mediastineum بلې خواته انحراف شوي لیدل کېږي، visceralpleura د یو سرحدي لیک لارې په ډول (سرحدي خط) لیدل کېږي.

درملنه Therapie :

Acute یا حاده درملنه:

= پرانستې پنوموتورکس: د هوا د ننوتلو لاره (سوري) بندول د هوا بندولو بنداز په واسطه.
= tensionspneumothorax : بې د وخت له ضایع کولو څخه د سیمې ازاد کول یا خلاصول د punctum په واسطه چې د پلورا جوف خلاص شي، د بېلگې په توګه د لوی قطر لرونکي canula (البته د پوښتی = په پاسنی څنډه کې punctum صورت مومي) او یا هم د pleura canula دي MATTHYS په سیستم (دیوه vantil د جوړونې په شکل TIEGEL-Canula هغه canul یا مجرا چې د دستکشي دیوه پنځې بیتې کول (قیچې) او هوا کیدای شي، چې ووځي ، اما چې ډیر دننه نشي) په tension pneumothorax کې مخکې له دې چې artificial ventilation صورت ومومي باید یو suction drainage کینودل شي.

په ټولو pneumothorax حتماً باید یو Pleura-suction-drianage کینودل شي.
د پوستکي یا جلد (تعقیم) سیمیز (وضعي) انسټیزي Stabincision-of skin (دا باید دې لومړی او یا دویمې بین الضلعي (ICR 1-2) په منځ ژور تر هغه پورې وړاندې صورت ومومي ترڅو چې trocar د پلورا جوف ته ننوځي، د دې trocar په واسطه (د قطر په مینځ کې) یو cathetar د پلورا جوف ته داخل شي (پاملرنه! ډیره پاملرنه باید وشي، ځکه چې دی intercostalvascular تل د costae (پوښتیو) په لاندې کنار کې قرار لري.

(ICR) 4. Intercostalroom: په 4. ICR د شاه خوا ته د post-axillarline په punctum کې Bulau-suction drianage څخه ګټه اخستله کېږي.

- 2. ICR: دا په Medioclavicularline (MONALDI-position) د تپ پوره (مطلق) بندیدل او دریناژ ټینګول (fixation).

په پای کې د catheter د position کنټرول لپاره Thorax-Radiographie, -spontaneous-Pneumothorax د emphysema د جابونو د چاودنې له کبله: suction drainage، په تیره بیا ventil د توګه (ترڅو هوا د باندې خوا ته ووځي اما بیرته نه ننوځي) البته 5-7 /day ورځو لپاره .

Fibrinpleurodesis (د پلورا د پارچوسره سرینس کول (سرس) که چیرې د suction drainage) درملنې طریقه نتیجه ور نه کړه او یا خو هم tension pneumothrax په تکراري ډول بیا مینځ ته راشي، نو بیا له دغه ډول درملنې څخه ګټه اخستل کېږي.

ډیر وړوکی Tension-pneumothorax په خپل سر روغېږي خو کنټرول ته ضرورت نشته.

:Operative

:Indication=استطباب:

په لویه کچه bronchopleura د Fistula شتوالی یعنی که چیرته د برانکو پلورا فیستول لوی وي (هیڅکله باید د Suction drainage څخه استفاده ونشي) همدارنگه:
Aorta ruptur, Bronchusruptuer او یا هم د Oesophagus ruptur.

:bronchail ruptur-

Thoracotomy او د ruptur/ fistul گنډل او یا خو هم pulmonal segmentre-section همدارنگه پلټنه او ترمیم یا بیا روغونه دهغه غړي چې ورسره ژوبل شوي وي لکه د oesophagus-ruptur.
- د tension pneumo-Thorax په تکراري شکل کې او یا د بیا نه اعاده کیدلو په صورت کې سره له دې چې suction drainage د 7/day ورځو لپاره استعمالېږي.
Open paritale pleura resection (د سرو پاسنی برخه د تورکس له جدار سره سرینس کوي) همدارنگه له thoracoscopic (ډیره وړوکی جراحي د) OP (Minimal-invasive-surgery) د اندو سکوپ په واسطه پریکول د emphysema د جبابو د سرو په څوکه (زروه) او یا د parital (apical) پلورا resection او یا خو هم pleurodesis (سریښول) د پلورا څوکه د coagulation په سیستم د Argon-laser = ارگون د شعاع او یا خو هم endoscopial fibrin gluing له ډیر وښو پیلو سره.

:Complication

• Tension pneumothorax, respiratory-insufficiency, سر بیره پر دې cardiac insufficiency چې سبب د shock مینځ ته راتگ له جدي او خطرناکو پایلو سره کېږي.

• pleura infiltrate : Sero-pneumothorax سبب د Scar (ندبه) او Fibrothorax کېږي.

• Recidive = تکرار په جباب لرونکي Emphysema.

-:Op

a: Catheter-trocar له کبله د intercostalnerv او یا هم د اوغیه ژوبلیدنه.

b: د اتاناتو او مکروبوونو لېږدونه.

:DD

- Heamothorax په multipal-costal fracture ⇐ درملنه: pleura punction 8.1CR) په Axillarline- (post.

- نامتجانس او غیر ثابتته Thorax له paradoxy تنفس (respiration) په multipal-costal-fractur کې.

(Pleura-erguss=دمايع شتوالي دپلورا په جوف کې) انگلیسي/ Pleuraleffusions/

:لاملونه:

- دیوه عکس العمل په توگه د التهاباتو له کبله:

-a Intrathoracal-inflammation, د بېلگې په توگه pneumonea, Broncho pneumonea, Tuberculosis.

- b Mediastinal-inflammation لکه وروسته له ترضيضاتو څخه (BOERHAAVE-syndrom) .oesophagusperforation
- c Intraabdominal-infamnation، د بېلگې په توگه په Peritonitis، Cholecystitis، Pancreatitis، Subphrenic abscess، hepato-abscess،
- Non-Inflammation يعنې هغه ناروغي چې منشه يې التهابات نه دي:
- Mediastinum او يا thorax: cardiac insufficiency، Decompensation، جبران ناپذير، تلافی ناپذير، بېرته نه رغېدنه، غير قابل، معاوضوي، Atelectasis، Pneumothorax، Pulmonal embolia، Hepato-cirrhosis: Abdomen
- **Tumors** = تورومونه:
- Mamma- لکه metastatic او Mesotheliom، Primary، Pleuratumor-Bronchial-carcinom، (carcinom)
- Ovarialfibrom، lymphom، (MEIGS-syndrom)، Ovarialcarcinom، (Pseudo-MEIGS syndrom)، Systemic/rheumatic-diseases

Pathology

- Form د شکل او د محتوي له مخې:
 - Chylothorax، pyothorax، heamothorax، serothorax
 - Transsudat (مخصوصي وزن يې د 1015 g/m^3 ګرام په متر مکعب $> 1015 \text{ g/m}^3$) او د پروټين $\leq \text{L.DH}$ ، $< 200 \text{ U/li}$ ، 3 g/dl : په cardiovascular ناروغيو کې، hypoproteinamy، lever، nephrotic-syndrom، uramia، (cirrhosis) د ليدنې وړ وي.
 - Exsudat (وصفي حالت يې، وزن يې لور $< 1015 \text{ g/m}^3$ ، پروټين لور 3 gr/dl ، $\text{L.DH} > 200 \text{ u/L}$) دا په infection او په Malignom کې د ليدنې وړ وي.

Clinic

- د ساه ويستلو ستونزې، Dyspnea
- د خوږو درد) امکانات، Dolor

Diag.

1. Anamnesis او کلينيکي پلټنې:
 - Percussion: د تنفسي غږونو لږوالی (reduction) البته دا هغه وخت پېښېږي چې د مايع (Erguss) اندازه تقريباً 500 mli ته ورسېږي.
 - د دغه غږ د لږ والی (Reduction) يو وصفي حالت په پورتنۍ برخه کې داده، چې هر څومره lateral خواته ځي، همغومره دغه تنفسي غږونه نور هم لږ يا تېټ کېږي، البته د Parabol (پرابول) په شکل باندې، او لوړه نقطه تقريباً ELLIS-DAMOISEAU-line=Med axillarline.
 - وروسته همدارنگه د Vocal fremitus اجرا شي.

Auscultation : د تنفسي غرونو غیر طبعي یا نورمال اوریدل، د مایع د سطح (Erguss) په پاسنی سیمه کې معمولاً Bronchial respiration زیاتېږي.

2. Sonographie (هغه وخت چې د مایع کچه له 50ml مخ په زیاتیدو وي، نو تشخیص بنې پایلې لري).
3. Radiographie : Thorax- په دوه وضعیت = Erguss هغه وخت لیدل کېږي، چې د مایع مقدار 100 ml ته ورسېږي، البته کله چې ناروغ په یوه ډه ډه (خنګ) قرار ولري، (له 300ml هغه وخت چې ناروغ په ولاړې وي بنودل کېږي)، CT-Thorax. د لاملونو د معلومولو (پیژاندلو) لپاره Rotanda- dpunction syringe په واسطه :-punction په تړلي (closed) توګه یا سیستم (یعنې 3 لارې سرینج).
Punction د ناستې په حالت کې البته د شاه له خوا څرنګه چې د ناروغ په یو ثابت او ټینګ ځای کې ناست او مخ په وړاندې کوپ (مایل) وي:

لومړی Local-anesthesia، دستنې وهل جهت: Horizontal چې د 7 یا 8 ICR په لوروالي په Axillarline post کې تر څو صدري جدار پورې ورسېږي، وروسته دستنې ټیل وهل لږ څه پورته خواته صورت و مومي. نوټ=یادونه: ! په لومړي وار کله چې ما د آلمان په یوه روغتون کې دا عمل تر سره کړ ډیره سخته بنکاریده خو وروسته بیا له یوې خوا عادي او له بلې خوا مهمه وه.

= دغه اخستل شوي مایع یا مواد چې د Punction په ذریعه لاس ته راغلي وي باید وڅیړل شي:

- Bacteriology (همدارنگه هم TBC = توبرکلوز) او د امکان په صورت کې Antibiogramm.
- Cytology/pathology (Tumor?).
- Leucocyt-Erythrocyt شمیر.
- د مایع مخصوص وزن، Protein شتوالی، LDH.
- Lipase/ Amylase (Pancratitis?).
- احتمالاً PH اندازه کول (د بېلګې په توګه د BOERHAVE-Syndrom د تشخیص یا پیژاندني لپاره).

Therapie:

Punction د Rotonda-syringe په واسطه:- په حدود 2.00ml/day په ورځ کې د مایع لري کول، ترڅو چې د ساه اخستلو (respiration) حالت ښه شي.

- د Erguss د تکرار په حالت کې : Thorax drainage، د ICR 5/6 په شاو خوا کې البته د Axillar په منځني لیکې کې (med. axillarline).
- د اصلي لاملونو درملنه چې سبب د دغه ناروغي ګرځي.

Complication:

- د Chronic Pleura erguss باندې اخته کیدل.
- Granulation tissue چې د سږو د اصلي دندو د محدودیت سبب کېږي.
- Infection: البته د punction له کبله.

{{CHYLOTHORAX}}

مشابه نوم: دې لمفاوي مايع د توليدلو يا يوځای کيدل د پلورا په جوف (intrapleura) کې .

لاملونه:

- Shot, costal-fractur, vertebral-fractur Trouma يا stab په توگه ژوبليدنه.
- Iatrogen (جراحي عمليات په Aorta, oesophagus, Pulmo او Thorax drainage).
- Congenital (Lymphangiomiomatose, lymphangiom, plasy) idiopathic (زياتره د Lymph-intra-peritoneal=chylascos).
- Symptomatic (په التهاباتو کې، خبيث Lymphom او يا توموري فيستول چې له لمفاوي جريان مانعه سره يوځای وي).

Pathologie:

- a- Ductus thoracicus او يا د cisterna chyli چاوديدنه (ruptur).
- b- يو اوږد ماله وخت د ترضيض او chylothorax تر مينځ ممکن وي.

Diag.:

1. د يوه پاک (Sterile)، پنکشن (Punction) تر سره رسول، شيدې مانندې مکدره مايع له lymphocysts سره.
2. لاپراتوار: د Punction په واسطه لاس ته راغلي مايع کې په لوړه کچه د Lipid شتوالی.
3. که چيرې ضرورت وي نو بيا Scintigraphy د defect يا ژوبلي د سيمي معلومولو لپاره درملنه:

Conservative:punction، تر ټولو بڼه د Buelau-drainage ايښودل دي، هڅه بايد وشي ټول Parenterale تغذيه بې له شحم (غوړيو څخه تر څلورو (4) اونۍ (هفته پورې ورکړل شي، بيا يې پرله پسې ډير لږ غوړ لرونکي رژيم ته دوام ورکړ شي، (Ceres-diat)، Diuretic، درمل لکه: Furosemid، Spironolacton.

Operative:- استطباب: هغه وخت چې د محافظوي درملنې سره بيا هم د Lymphsecretion (> زياد له 6 هفتو او يا < زياد له 1000ml/day په ورځ کې وي)، جراحي عمليات استطباب لري.

- د Lymph fistula بندول د گنډلو په ذريعه .
- د Ductus-thoracicus بندول (Ligatur) د Transthoracale له لارې او يا د Subdiaphragmal له لارې.

Complication:

سر بيره په Chylascos (Subdiaphragmale, chyloperitoneum, chylascites) د لمفادي مواد وتل.

[[HAEMATOTHORAX]]

لاملونه:

Trauma - : Thorax-compression trauma, multipal costal fractur - , Iatrogenic -
punction for central-vienecatheter ، punction، post-operative-secondary-haemorrhagie - :
Pulmonalbiopsy
Haemorrhagie-effusion : pleuro meso- thelioma، Pulmonal infarct، Pulmonal emboly،

:Pathologie

- د وينې وركولو سرچينه(منبع): A.mammaria-interna، intercostanarteria ، Mediastinal ،
vascular (Pulmonalhilum vasculus Aorta)، Pulmonal-vessels، (دريوي پراښيم وينه وركول نادر يا
ډير لږ وي).

:Clinic

1. د تنفسي حالاتو نوعيت(د ساه اخستلو موانع يا بندښونه)د Erguss په حجم او لويوالي پورې اړه لري
2. Shock symptom احتمال شته.

:Diag

1. Anamnesis (iatrogena operation ,trauma) او كلينيكي پلټنې:
Percussion(قرع): د تنفسي غړو ټيټ والي(بدلون) د صدر = thorax په لاندینی برخو کې.
Auscultation(لائين Auscultare): د تنفسي غړونو بدلون او خرابوالی.
2. Thorax-radiography په دوه وضعيتونو کې (قدامي خلفي او جانيبي يا په څنگ): د يوه خيال وركول
چې د مايع سطحه ښی، احتمالاً د Mediastinum د حالت بدلون وليدل شي، د امکان په صورت کې CT.
3. Pleura Punction کې د وينې شتوالی.

:Therapie

Conservativ: د پلورا دجوف خلاصول د Pleura punction په وسيله په تازه او نوي حالت کې دوينې زيات رفاقت
(نړيوالی) باندې كيدل ليدل کېږي، Thorax- suction-drainage.

:Operativ

استطباب: د وينې ضايع كول زياد تره < له ساعت/500 mli او يا هم 800mli/day(نادر). Thoracotomy: د
وينې د وركولو محل يا سيمي لتول او دهغه گنډل(ترميم) او يا خو هم resection.
څه شی چې ډېر اهميت لري، هغه داده چې په کلي توگه ټوله وينه د پلورا له جوف څخه لرې او سيمه پاکه شي.

: Complication

- Global-insufficiency، cord-insufficiencia، pulmonal-compression، heamorrhagic shock
- Infection

- په وروستی مرحله کې (په نهایت کې) د granulation-tissue تشکل .

[[PLEURAEMPYEM]]

ورته نوم ئې Pyothorax: د انتاني او ناوجن موادو شتوالی د پلورا په جوف کې.
لاملونه:

- التهابات: Pneumonia (pneumo) یا pneumonia, staphylococc, (infarct Bronchiectases, Oesophagus perforation, Peripherallung tumor, Lungabscess, او همدارنگه Mediastinitis, bronchopleural fistula, tuberculose, ARDS, (caverne ruptur) .
- Pancreatitis, lever-abscess, peritonitis او یا هم subphrenic abscess (له یوه heamatogen خپاره شوي انتانات او یا هم په شکل د مسلسل = continue).
- Trauma: Penetration, perforation | و پرانستی پنوموتورکس.
- Iatrogen-postoperativ: د سرو د جراحي عملیات، د ډوډۍ خوړولو ټولې = Oesophagus-OP او thorax drainag

: Staging = stadien: **Patho.**

I Exsudation له منتشر = پراخه empyem سره (2 ورځې).

II فبريني مرحله: د پلورا د جوف = septic کیدلو پیل (په حدود یوې اونۍ).

III د یوه سرحد مینځ ته راتگ د granulation شیانود دیوال له کبله = organisation او دیوه granulation-tissue د جوړیدلو سبب گرځي.

ددغه ناو (چرک) وتل بهر مواد تورکس د جدار د ماتیدلو له کبله چې = Empyema-necessitatis (چې د باندې د یوه abscess په شکل بنودنه کوي) او یا هم په پای کې bronchial system ته ننوځي د ټوخي په وخت کې putridemseceret (تقشع = sputum) افراز کوي.

- spectrum agents: Staphylococcus- په تېره Staphylococcus aureus, Pneumococcus, Streptococc, Klebsiella, E.coli, ندرتاً TBC او یا هم fungi.

- سیمه ایز Local: تر ډیر کچه د ناو (چرک) (جراحت تولیدنه په قاعده یا بنکتنی برخه کې وي، په نادرو پیښو کې په منځنی یا پاسنی برخه او یا هم Interlobar کې پېښېږي.

• **Clinic**

- Serious infection: لوړه تبه (High fever) اما په TBC کې په ډېره کچه یوازې Subfebrile وي
- Circulatory depression, د سرو وظیفوي مشکلات, Sepsis, Dyspnea. احتمالاً ټوخي له ناو Pyo سره .

- د Thorax او ولبې (شانه) درد.

- سیمه ایز د پوستکي درنگ سور والي او ډیر تود والی، پارسوب او خوږ (درد) په Empyema necessitatis .

: **Diagnos**

1. Anamnese او کلینیکي معاینات:

Percussion: تنفسي غرونه گنگ (پت) وي.

auscultation: د تنفسي غرونو صحيح نه اوریدل یعنی صاف او سوچه نه وي

2. لابراتوار: CRP, Loeuocytosis او Sedement لوړېږي.

3. Radiography: په Thorax يا مکرر خیال، احتمالاً د لیدلو وړ تصویر (Mirror imaging) د empyem د جوف له کبله.

4. Sonographie.

5. Pleura-punction: $Ph < 7.2$, $L.DH > 1000u/l$, د باکتریا د موجودیت ښوونه يا ثبوت، Antibioqramm او د TBC معاینات يا پلټنه.

:Therapie

Conservative: د لوی قطر لرونکي Thorax suction drainage، د پراخ بنسټ اثر لرونکي انټي بیوتیک څخه گټه اخستل (general antibiotic) د 4-6 هفتو لپاره.

Fibrin dissolve = د فبرین انحلال د empyem په جوف کې د Instillation په طریقه یعنی Varidase د قطره په شکل په NaCl dissolve (سودیم کلورائیډ سیروم کې) البته دا درملنه د پوښتنې وړ ده؟ غیر له هغه څخه د جراحي عملیات استطباب غوره گڼل کېږي، یعنی د Granulation tissue لري کول.

:OP

استطباب: هغه وخت چې Granulation tissue وده کړې وي، البته د Emphyem د زیاد او قوي شتوالي له کبله له نورو التهاباتو سره.

a- پراښتی صدر = decortication: open-thoracotomy (له پوسته کول يا پوست کردن) او پریمینځل د پلورا د جوف.

b- د تورکس جراحي عملیات د اندرسکوپ (Endoscop) په واسطه د Emphyem د شتوالي په صورت کې

د empyem پاکول او وروسته د drainage کېښودل شي.

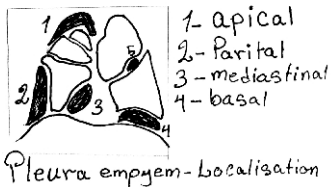
c- د Bronchopleura فیستول باید Parenchym خوا ته پاک (Renovat) او وگڼدل شي (ترمیم شي).

d- ندرتاً Thoraxplastie ضرورت وي (Pleura + costa resection)

:Post OP

Thorax suction drainage او وسیع الساحة antibiotic.

DD: Pleuratumor په تیره په Granulation tissue کې.



{{PLEURATUMORS}}

تقسيمات (پلونه):

Primary- pleuratumor

70% سلیم (Benigne) د لکه Op-Indication، Haemangioma، fibroma، lipoma (د جراحي عمليات استطباب ورکول کېږي) ځکه چې د بدلون امکان يې له سلیم څخه ځانته ته وجود لري. خبيث (Maligne): ټول تومورونه دلته Pleuramesothelioma نومول شوي. Metastases=secondary-maligne-pleura-tumor لکه Mamma-carcinoma، Bronchial-ca، Lymphangiosis-carcinomatosa، Gastral-Ca.

لاملونه (aetheologie)

- Pleuramesothelioma : Asbestosexposition (1000 واري خطرناکه ده، يوه پېژاندله شوي شغلي ناروغي ده).
- Pleura metastases: چې ليريدنه يې د وينې د دوران له لارې، همدارنگه په پرله پسې ډول (دوامدار = Continuitat) د Bronchial او ندرتاً د Mamma-Ca له خوا ممکن ده.

Pathologie

ډولونه = Shape:

Pleuramesothelioma له پراخې قاعدې سره.

څوړند (ساقه لرونکي) تومورونه (لاتين solitarius nodule) سيمه ايز ډولونه له بنو پايلو سره).

هوار (پلن) ډوله (diffuse چې بدې پايلې لري) وده کوي.

د Pleurameso-thelioma ويشنه د TNM په ډول:

T1 دلته Ipsilaterale-parital-pleura (collateral) هماغه خوا په تومور اخته کېږي، چې دا يا له Focalevisceralpleu سره يوځای او يا هم بې له هغه څخه وي.

T2 ipsilaterale-parital-pleura او يا په Visceralpleura يوځای جريان کوي او يا هم د تومور ننوتل د هماغه خوا سږي (ريه) او يا هم د ديا فراگما عضلاتو کې

(Infiltration in the ipsilatexal lung or diaphragma muscle) =

T3 - دلته تومور د همغې خوا جداري پلورا اخته کوي، او همدارنگه د endothoracal-fascia ته infiltrat کېږي او همدارنگه د Mediastinum شحمي برخې، pericard او د تورکس جدار کې نرمې برخې په دې ناروغي اخته کېږي.

T4 - تومور برسېره پر دې چې د همغې خوا جداري پلورا اخته کوي په منتشره توگه (Diffuse شکل) د Thorax جدار، پوښتی (Casto)، فقرات، پريتوان او يا هم contra-lateralpleura (مقابل پلورا) او Myocard او Plexusbradialis هم په دغه ناروغي اخته کوي.

N1 ميتاستاز په peribronchial-Ipsilateral او hilum په لمفاوي غداواتو کې.

N2 - ميتاستاز په Ipsilateral-mediastinal په امتداد د

A. Mammaria interna او يا Subcarinal لمفاوي غدو کې .

N3- ميتاستاز په-Contalateral mediastina، په امتداد د A.Mommariaint. او يا Contralateral او يا Contralate
hilum LN، په ipsi-/cont-lat. scalenus او يا Supra clavicular LN کې Lymph nodus = LN = لمفاوي
غدوات.

Distancemetastase-M1 = لري خپريدل يا نور اعضاوته هجرت كول.

: Staging group

.I T1 No Mo .II T2 No Mo

.III T3 No Mo او **IV T1-3 N1-2 T4**، ټول **N3** او ټول **M1**.

:Clinic

= سليم نومورونه تر ډيره حده اعراض او علايم نه بني کله نا کله نابيره د نورو پلټنو په ترڅ کې موندل
کېږي.

Dyspnea, Thoracal dolor (pain) وچ تخريش لرونکي ټوخي.

- Effusion جوړيدنه! بي له کوم دليل څخه دپلورا ارگوس که چېرته د
heamorrhagic (وينه ورکوونکي) وي نو بيا اشتباه په پلورا يي mesotheliom (=Pleuromesotheliom)
کېږي.

- په پرمخ تللي حالت (Stage): horner - syndrom ، Dysphonyeo ، Dysphagie، heamoptsea ،
(miosis, ptosis) او همدارنگه (Enophthalmus).

- Cardiorespiratories, dyspneo عدم کفايه (insufficiency) البته په ډېر Erguss کې او يا خو هم دواړه
خواوې اخته شوي وي.

:Diag

1. Anamnese (مسلكي يا کاري مشاهده او پوښتنې) او کلينيکي معاينات:
په قرع (percussion) کې پټ يا پوښلي غږ او په اوريدلو کې (Auscultation) د تنفسي نورمال غږونو بدلون.
2. Radiography: Thorax-X-Ray په دوو خواو: Pleuraerguss، يو گرد خيال، او ديوه پياز ډوله دوره
لرونکې Tumor تر شعاع لاندې ښکارېږي.
Thorax-CT د نور او ډير ښه تشخيص (پيژاندنې) لپاره بايد سرته ورسېږي.
3. Pleuraerguss-:sonography، تېري کول (Invasion) يا له diaphragma څخه او يا هم Abdomen
ته ؟
4. Echocardiographie: infiltration (نتوتل، خپريدل) له Myocard/pericard ته ؟
5. Pleura puncture: Erguss اما يوازې د سايټولوژيکي موندنې په اساسي 1/3 برخه د Mesotheliom
ناروغانو کې د خباثت د حجر شتوالي (مثبت) ښي.
6. Thoracoscope له پارچه اخستلو (Biopsie) په دقيقه توگه درملنه يا **Therapie**:

Operativ: استطباب: ځای پر ځای میزو تیلیم (Localisation-Mesotheliom) چې اکثراً = benigne pleura tumor, Max T3.

1. Pleuramesotheliom: بیخچن (جذري=لاتین radical=radix) جراحي عملیات (د امکان په صورت کې به له دې چې د پلورا جوف خلاص شي) باید چې Pleuropneumectomie، احتمالاً د Ipsilateral pericard هم لري شي.

همدارنگه د تورکس د جداری دیوال پریکول=Dissection of mediastinale +Parital-chestwall-resection= L.N + (مرسته کوونکی) Adjuvante کیمیاوي (carboplatin+paclitaxel) او شعاعي درملنه (چې دلته صرف Hemi-thorax او Mediastinum ورسره مخامخ کېږي).

2. Palliativ په وروستنی مرحله کې د Pleuramesotheliom تنهیا صرف Pleurectomie او Radiatio (شعاعي) په تکراري Erguss کې دامکان په صورت کې همدارنگه pleurodesis د Talkum puder (=Talkum Powder) د داخل کولو او شیندلو په واسطه دا عملیه ماله یوه جراح سره د Thoracoscop په واسطه اجرا کړي، چې نسبتاً پایلې یې ښې وي.

3. Pleura-metastase: ډیره یوازې Paliative احتمالات او Radiatio هم ممکن وي.
Prognosis: Pleurameso-theliom: پایلې ډیری خرابې دي، د 5 (بینځو) کالو عمر (ژوند) کولو امکان یوازې 5 % -10 او یا په منځنی توگه فقط یو کال ژوند هغه هم وروسته د ناروغي له پیژاندني څخه ده.

{{Pulmonal abscess}}

ورته نوم: په انګلیسي ژبه Lung abscess

لاملونه:

- a Pneumonea.
- b د پردیو شیانو (اجسام بیګانه) تېرول aspiration، همدارنگه د ناو لرونکي (Purulentus)، افرازاتو Aspiration له پوزې او یا دهغه له شاو خوا سوریو څخه او یا له Tonsill څخه.
- c Emphysema، د pulmonal-infarct، حبابونه: Superinfection, Bronchiectasis.
- d Bronchial-carcinom د تومور له چاودیدني او یا هم Retrostenotic pneumonea.
- e وروسته له Penetrations thorax injury.
- f Subphrenic-abscess دهغې خپریدل د Transdiaphragmal له لارې.
- g د وینې له لارې خپریدل د یوې septic (منبع) څخه لکه د بېلګې په توګه، P rostatitis، (osteomyelitis).
- h د لمفاوي سیستم له لارې خپریدل = د پاسنی شونډې furuncle، دخولی لاندې سیمې phlegmone.
- i په ټولیزه توګه (مجموعي) د اتان په مقابل کې د بدن د مقاومت کموالی -Alcoholismus, Occult-Carcinom, cachexia, consume- processe، مخدره موادو استعمال او HIV.

:Patho.

• Pyogenic-pulmonal-tissue: د پرائشيم له ويلې كيدلو (ذوب) او د جوف جوړيدل (Non TBC = نه توبر كلون).

• مڪروبي عوامل:- لکه Pneumococcs , staphylococcc.

• تگ لاره (خط سين): - په خپل سر (Spontoneus) بهيدل (Drainage) په Bronchealsystem كې => Pyogenic sputum (ناولرونكي خراشكه) ، Halitosis=foetor exore دخولې ډير بد بوى په تيره تنفسي بد بوى او په Thorax-X-Ray كې د آيسه په سر باندي د هوا سطح بني او يا هم د كپسول جوړيدنه.

:Clinic

- توبوخی = Cough او Sputum (ناو لرونكى = Pusal خنشي يا وروسته او گنده بوى كله چې آيسه پرائشيل سيستم ته لاره موندلى وي، دوه پوريزه خراشكه = Sputum په دوو طبقو ويشل كېږي).

- سيمه ايز درد د ساه ويستلو په وخت كې = Thorax-dolor, Localinspirations dolor (هغه وخت چې پلورا هم مصاب شوي وي).

يادونه: د توركس درد يا خوږ هغه وخت احساس كېږي، چې پلورا = Pleura) په ناروغي اخته شوي وي.

- Dyspnea: د ناروغي پرمختللي شكل، تبه، (fever).

:Diage

1. Anamnese (پخوا بېدسرود التهاب = Pneumonea = سينه بغل تير كړي او يا يې Pulmonalembolia)؟
او كلينيكي پلټنې ، Percussion او Auscultation.

2. Radiography: د thorax او همدارنگه Conventional-Tomography چې د يوې آيسه جوف په خرگنده توگه بڼې ، احتمالاً د شيشې انعكاسي غوندي تصويرو بڼې او يوه نسبي مغشوشه ساحه وښيي. د امکان په صورت كې CT له Contrast media سره.

3. لابراتوار:

ESR ډير لوړېږي Erythrocyte Sedimentation Rate=ESR Anemie, Leucocytosis.

4. Abscessdrainage, Bronchoscopy =د ناروغي عامل او د دغه مڪروب د مقاومت تثبيت

(Antibiogramm) همدارنگه د TBC دې ردولو لپاره معاينات .

Therapie يا درملنه:

Systematic-antibiotic: Conservativ: داساسي ناروغيو درملنه، Vibrations-massage، د Bronchoscopy- suction تکرارول.

:Operative

Ind: هغه وخت چې محافظوي = conservativ درملنه بڼې پايلې (نتيجه) ونه لري، د جراحي عمليات يعنى Resection په وسيله د لامل يا لاملونو له مينځه وړل.

Abscessdrainage =

Segmentresection يا Lobectomy په bronchiectase او يا په Tumor كې.

Complication يا اختلاطات:

- سوریکېدل يې د پلوراً په جوف کې چې د Pleuraempyem سبب گرځي.
- د آيسه له کبله د سروگانگرن = Pulmonalgangran هغه وخت چې د آيسه عامل يوانتاني مکروب وي.
- Bronchial fistula.

DD

1. Tuberculose: Tuberculom-, Tuberculom-system, Caverns-system, cavern, Pulmonal-destroyedis, Lymphnodus- Tuberculosis درملنه (Therapy) Primary-Tuberculose-tatica ، د درملنې د مقاومت په صورت کې ، اختلاطات ، پاتې شوي Cavems او يا هم د ندباتو په خيږيدلونونه (Bronchus- Trachea-compression, stenose) دتوبرکلوزد دوايي درملنې ترڅنگ Segment-resection او Lobectomie او يا خو هم Pneumectomie صورت مومي.
2. Candida-ibicans-granulome (Condidasis)، Actinomycosis, Aspergillom، او Nocardia- granulom.
3. Echinococcus 4. Sarcoidosis 5. Pulmonal tumor.

BRONCHIECTASES

په دوو برخو ويشل شوي a. ولادي = Congenital b. کسبي = Secundarie.

لاملونه:

- Primarie = لومړنۍ يا ابتدائې، ولادي: ستونزې د Bronchus په جدار کې او په مخاطي غشاء (Mucose) کې د Mucose-hypertrophie په شکل بدلون په تيره بيا په Mucoviciidosis کې (مشابه نوم): cystic-Fibrosis، ماشومانو کې 7.1:2000 defect of chromosum يا اوم نمبر کروموزوم کې ليدل کېږي ، همدارنگه په WILLIAMS-CAMPBELL- Syndrom او داسې نورو کې ليدل کېږي.
- Secundarie = ثانوي: کسبي شکل: په chronic-athmatic-Spastic-bronchitis=COLD يا Chronic-Obstructive lung-disease=COLD همدارنگه د انتاناتو مکرر مداخله (چې دا د جدار د خرابوالي سبب گرځي او په پای کې د پراخوالي = Ectasie سبب گرځي) ، د پرديو اشيا و aspiration، سليم تومورونه او شنه ټوځله (Pertussis).

Path.

- د برانش پراخيدل ديوه Cast-Rolle-Cylinder او يا د کڅوړې يا بوجي په شکل، چې په دې کې Subsegment bronchus/segment زياته برخه اخلي.
- چې دغه يو ځای والی يې له يوه مزمن او يوه انتاني توليدي (Productive) Bronchial-wall يا د برانکوس جدار سره، د bronchial-mucose hypertrophy سبب کېږي.

سيمه ايز Local lisation:

د Lobus inf. په قاعده کې، Lingula او يا Med. Lobus، Dextra > Sinestra، re. > Ie.

:Clinic

- د سحر له خوا يو بلغم لرونکی توخئ (ډکه خوله Expectoration) haemoptyses درى (3) طبقه Sputum (تینگه، مکدر، ختینه خراشکه، د خولې لارې روښانه او متراکم = انبوه چرک) وصفی شکل یې دی.
 - د pulmonal مکرر اتان (infect)، Chronic-Bronchitis او د تبې تکرار کیدل.
 - Chronic-hypoxia: په ماشومانو کې د لوئیدلو (نشوونما) خنډ گرځي.
- د لاسونو پنډې لکه ډهل (نغارو) د وهلو لرګي (Clubbed finger) او د ساعت د شیشې په شان نوکان (ناخن) چې د Hippocratic-Nail په نامه یادېږي.

:Diag.

1. Anamnesis او Clinic examination
- Auscultation: دلته دغه غیر عادي غږونه له متوسط (منځنۍ) اندازه څخه تر ډیر لوی حباب لرونکي د اوریدلو وړ دي.
2. Thorax-Radiography: په لاندیني segment کې د خط لرونکي (خط، خط = Stripe) خیال د لیدلو وړ وي.
3. Thorax- CT
4. Bronchography: په دې پلټنه کې Ectasie په روښانه توګه لیدل یا بنودل کېږي، په تیره بیا د لاندیني توتی = Lobus برانشیولونو کې.
5. Pulmo-ventilations-scintigraphie: دلته د Mucocele-clearance اندازه کېږي.

:Therapie

- Conservative: د اساسي ناروغیو یا اصلي ناروغیو درملنه د داخلي د ډاکترانو له خوا، Mucoolytica (Mucosolvon)، د احتمال په صورت کې I.V. Antibiotica، د ناروغي جنماسټیکي درملنه (دریناژ د قرار ورکولو په صورت کې Vibrax او تنفسي جمناستک).

• Operative

- Indi: د عمومي وضعیت خرابیدل او د محافظوي درملنې بڼې پایلې نه ورکول.
- Lobectomy او یا segmentresection (دواړه خوا ممکن دي).
- دغه عملیاتونه نن ورځ د Thoracoscopic OP په مرسته مخ په زیاتیدلو دي.

:Compl.

1. تکرار یا مکرر اتانات، د آبسې جوړیدنه او Pneumonea.
2. د پرانثیم تولیدنه (Collaps).
3. Pulmonalemphysem درملنه: Puemonal-volum reduction Op په سخته آمفیزوم کې ترڅو د پاتې شوي سږي (ریه) Ventilation تر ډیره حده ښه شي.
4. Amyloidose.

د Thorax د جدار تومورونه:

لاملونه:

- a. Benigne :Lymphangiom, Fibrose-dysplasy, eosinophile -granulom, (50%) chondrome
- b. Maligne -: Myelom, EWING-Sarcom Osteogene- sarcom ,chondro-sarcom
- c. Metastase اويا Directinfiltration: Mammacarcinom, Maligne Pleura Tumor, Prostal- Ca. ,Nephrocell-Ca.(hypernephrom) bronchial carcinom

:Clinic

- موضعي (سيمه ايز) پارسوب = Lokal oedema
- احتمال لري چې دساه اخستلو په وخت درد ولري.

:Diag.

1. Anamnesis او کلينيکي پلټنې.
2. Radiographie: د Thorax او Conventionla-Tomographie کې سيمه ايزې لاس ته راوړنې، د Thorax هډوکي = (OS-Thorax) ښي چې costal destructus وجود لري، همدارنگه CT.
3. Skelettsintigraphie
4. دسيمې څخه Biopsy يوه ښه سيمه ايزه موندنه.

لاټين Treatment=Therapie انگليسي:

:Operative

- Local extirpation د موندل شوي ځای (Benigne Tumors).
- (Maligne tumors)Thorax wall resection.
- Radiatio: دا صرف يوه Palliative درملنه (تديرونه) دي لکه چې د ناروغ ټوليزه (عمومي) وضعيت خراب وي او يا خو هم هغه عمليات چې په جذري توگه د تومور لري کول ممکن نه وي صورت مومي.

Sulcus -Tumor يا Pancost -Tumor

:Patho.

د يو مخصوص شکل د Bronchial-ca. د شاو خوا (اطراف) = (Special from-from the peripheral bronchial-Ca.) او دا د سرود پاسني څنډې (Lobus) له چين او چروک يا قاتونو او درزونو څخه د باندي راوځي يا منشه نيسي.

- سيمه : د سرود څوکه (Cupula-pleurae, Segmentium apical) همدارنگه د لاس Plexus کيدای چې اخته (مصاب) شي.
- کيدای شي، چې مخکې له وخته يا ډير وختي په پوښتيو، فقراتو، عضلاتو او نورو نرمو انساجو کې infiltration/ ميتاستاز Metastas ورکړي.

Clinic:

- په لومړۍ مرحله کې = Early-stage ابتدائي مرحله: تر ډیره حده کلنيک پټ پاتې کېږي.
- د خوږو يا درد درلودل ، هغه وخت چې جداري پلورا په ناروغي اخته شوی وي (Pleurae-paritalis- Intercostal neuralgia infiltrated) په تیره بیا چې Plexus alterial دلاس او اوږې- دردونه.
- Horn-Syndrom (HORNER-Sy) لکه Ptosis ، Miosis ، Enophthalmus، کله چې Ggl. Stellatum په Infiltration اخته شوی وي.
- د خولو(عرق کردن) افزاات د اخته شوي (مصاب شوي) سيمې په شاو خوا کې (يعنې د خولو (عرق) د افزااتو مشکلات په دغه سيمه کې).
- Dysasthesia / Parasthesia په Antebrachium ساعد کې کله چې Plexus-in-filtration صورت موندلی وي (په تیره دې C8-Th1 , N.Ulnaris . سيمه يا چاپيريال کې).
- د عضلاتو اتروفي (muscle-atrophy) د لاس په وړوکو (کوچنيو) عضلو کې دلاس د لاندې برخې (مړوند) د Paresis سبب گرځي.
- احتمال لري چې OS-destructions په Corpus-vertebrae, thoracica (CVT 1) او يا 1-3 پورې پوښتی (Costa 1-3) د مړوند يا ټول لاس پارسوب د Venae/Lymph بندښ له کبله .
- احتمالاً د Symptom of paraneoplastic (خرنگه چې په پاسنی برخه کې ونومول شول).

Diag.

1. Anamnesis او کلينيکي پلټنې .
2. Radiography : مخه يې (هدف) يې د طبقاتو د عکس اخستل دي، (معمولاً، د وړوکو تومورونو، هغه چې د Clavicula تر شاه پټ وي) همدارنگه destruction په costa 1-3 ممکن ده چې واقع شوي وي. Thorax CT د دقيق محل يا سيمې (Localisotion) لپاره.

Therapy:

- يو شمير bronchial-Ca. ته بايد چې مخکې له مخکې شعاع ورکړل شي، نو په دې توگه (نادراً د لمفاوي عقدااتو ته (Metastase) ورکوي).
- Radical-OP=بيخچنه(جذري) جراحي عمليات (تر دې لاندې دلاس amputation) په curative تدابيرو سره وينه ورکونه(خونريزي)، له tumor څخه او ياد carcinom شکل په آبسې بدلیدل يعنې په آسبۀ لرونکې Ca. کې Palliative جراحي عمليات صورت مومي.
- Palliative: دغه درملنه په Poststenotic -complication همدارنگه Atelectasis ، Pain(درد)، (Thorax wall alteration) چې بايد له Radiatio(شعاع څخه استفاده وشي).

پايلي = Progn.

سره له دې Radical operation څخه يوازې 30% ناروغان صرف پينځه (5) کال د عمر يا ژوند کولو چانس لري.

BRONCHIAL CARCINOM

مشابه نومونه: Pulmonal-Ca. ، دعوامو په ژبه دسپرو سرطان (سرطان شش).

لاملونه:

1. Nicotinabusens (85-90%) واقعات تشکیل کوي چې دا ديوې مخفي يا پتې دورې (Latens) او د اعراضو او علايمو تر څرگنديدنې په وخت پورې تقريباً 15-30 کالو پورې رسېږي (هغه نارينه چې د خانيات څکوي) څښوي 28 برابره خطر لري ، او په ښځو کې 8 برابره خطر راپور ورکړل شوي دي. په faif او سگرت څکونکو کې په غير مستقيم توگه (Passive) باندې (له 15 کالو زياد) د خطراتو شمير دوه برابره ده نسبت يوازې سگرت څکونکو ته.

2. د چاپيريال يا محيط آب و هوا زهري کيدل، کيماوي توکسيک (5-10%) ، صنعتي مواد (نادر) د مسلکي يا حرفوي ناروغي:

د بېلگې په توگه ionisation شعاعې = وړانگې (لکه يورانيم، Radom، Arsen, Nickel، Chrom او داسې نور.

3. Scar-Ca. ويوې نډبې کارسي نوم (وروسته له Pulmonalscar، Cavern-Ca. (وروسته له توبرکلوز).

4. HIV-Infection.

5. د راديون طبيعي وړانگې = Alpha د وړانگې چې په (مستقيم) توگه په Mucose (مخاطي غشا) باندې اثر اچوي.

6. نورې مساعدې زمينې د داخلي برخې ته مراجعه وشي يا وکتل شي.

Pathal.

• تقريباً تل دغه Ca. د برانش له Epithel څخه پيل يا سرچينه اخلي (98% د سپرو تومورونه Bronchial-Ca. دي، يوازې 2-5% Alveolar منشه لري).

• دغه Carcinom د Bronchialarteria په واسطه اروا کېږي، زياد خطر د تومور Abscedition دی، کله چې تومور ډير لوی يا غټ شي، او اروا کوونکی شريانونه ورته پوره تعذي ورنکړای شي، نو پدې صورت کې (دا تومور له يوه مرکزي نکروز سره مخامخ کېږي).

• Histology: 95% په دغو دوه لويو گروپو ويشل کېږي.

1. NSCLC (concer) = non small cell lung carcinom = د وړو حجرونه لرونکي برانشيل کارسي نوم چې 75% پيښې تشکيلوي.

(a) Squamous epithelial carcinoma (45%)

2/3 برخه په مرکز کې وده (نمو) کوي، هغه وده (نشوونما) چې په Intraluminal کې کوي نو د lumen د بنديدلو سبب گرځي، Atelectasis کيدای شي، چې په Peribronchial (د برانش شاوخوا) کې وده وکړي، چې په دې توگه دا امکان لري، چې په Bronchoscopy کې مخاطي غشا روغه معلومه شي).

- چې په دې توگه برانش له بهر څخه په compression-stenos باندې اخته شوی وي.

(b) Adeno-carcinom (20%)، ډیره یې بنځې مصاب کوي، 3/4 برخه یې په سږو کې د peripher د ساحې پراښیم تشکیل وي، په عمومي توګه ورو ورو وده کوي Vascular-invasion ډیر مخکې یا له وخته مخکې Heamatogen-metast ورکوي (نادراً Lymphogen میتاستاز).
 (c) مخصوص یا ځانګړي ډولونه:

Broncho alveolar-

(Pulmonalis-Blastoma) Fetal-adenocarcinom -

Undifferential- (10%) big cells Bronchial-carcinoma - ډیر ژر او په تندی سره د وینې او لمفاوي سیستم له لارې میتاستاز ورکوي.

Small cell- lung- cancer 20% = SCLS II

زیاتره مرکزي موقعیت لري، ډېر تهاجمي (لوړ خباثت لرونکی) او ډېر ژر وده کوي، ډیر پخوا یا له وخته مخکې لېږدونه یا میتاستاز ورکوي.

Paraneoplastic symptom ممکن وي (Cell-Ca. Typ3 = Neuroendocrins. Ca.) له KULCHITZKY- هورمون جوړولو سره، ډېر مخکې یا په مقدم ډول هډوکي مصاب کوي، نادراً د جراحي عملیات وړ وي.

localisatio - بنې=راسته خوا زیاته نسبت کینې = چپه خواته Medial = منځنی Segment >

لاندینی Segment > پاسنی Dextra > Cinistoa Segment

Central (hilus 80% > Peripher 20% > diffus

Metastasis (لېږدېدنه):

I. Continuous -:

1. په pulmonal paranchym کې - د segment او د segment سرحد څخه تېرېږي.

2- وده او نمویې له سږو د باندې انساجو کې (Tissue):

-a Pleura (د درد درلودل هغه وخت چې جداري پلورا په ناروغۍ اخته شوی وي).

-b Pericarderguss ⇐ Pericard ⇐ جراحي عملیات نه ترسره کېږي (OP Ø)

-c Stenose ⇐ Oesophagus ، د اوبو یا نورو مایعاتو او غذائي موادو د تیرولو ستونزه.

-d V.Cava. Sup = د پاسني برخې دوینی د دوران بندېښ.

-e Dysphonie ⇐ N.recurrens Alteration

-f N.Phrenicus-Alteration - په پیل یا ابتدا کې اعراض او علایم نه ښکاره کوي ، احتمالاً یو

Singultus (هکک).

-g Plexus Brachialis ⇐ Pancost-Tumor (په تیره بیا N.-Ulnaris = C8 سیمه) کې.

-h HORNER-syndrome ⇐ ganglion stellatum

II -Lymphogen د سږو د Hilus شاوخوا:

a. Para-oesophageal , paratracheal, paraaortal

b. Contralateral lymphogen د ليردونه (ميتاستاز) ممکن وي، معمولاً له کينې خوا = بڼې (راسته) خواته او يا هم برعکس (سرچپه).

III- Haematogen

-a Lever=Hepato (چې هستولوژي پورې اړه نه لري).
-b Skelett (د هډوکو Osteolytic Metastas): شکل، ډېره يې په Vertebral-column يا columna-vertebralis.

-c لاتين Reno=يوناني Nephro=انگریزي Kidney او Glandula supra renalis=(غداوت فوق الكلیه).

d CNS تر ټولو ډیر د وړو حجرو لرونکي برانشیل کارسینوم (SCIC) او (Central-Nerv-CNS) system = د اعصابو مرکزي سیستم ته.

ويشنه=تقسيمات:

کلينيکي ويشنه د HOLOYE په طريقه:

A. "Limited disease"

يوازې (Ipsilateral) سيمه اخته کېږي، هيڅکله ډير لوی بندښ (Obstruction) مينځ ته نه راځي، نه V.Cava په کې برخه اخلي او نه هم Recurrens.

B. "Extensive disease"

دواړه خواوې په ناروغي اخته کېږي، Atelectasis, pleura erguss infiltration په V.cava او Recurrens .

C. Extrathoracal spread

د Supracclavicular لمفاوي عقدي اخته کېږي، ډير لرې ميتاستاز ورکوي.

د TNM د درجو په اساس د سپرو د تومورونو ويشنه:

Tx مثبت سايتولوژي: څرنگه چې د خبيثو حجرو شتوالی په خراشکه کې (Sputum) بې له برانکوسکوپي او د Bronchoscopy سره او هم په Radiology کې دليدنې وړ تومور.

T1 Tumor >3cm يعنې تومور له 3 سانتی متر څخه وړو کې، حشوي پلورا (Pleura-visceral) او اصلي برانش د تومور له شتوالي څخه پاک وي.

T2 Tumor <3cm (لوی له درې سانتی متر څخه) او يا هم اصلي برانش په تومور اخته شوی وی (اما له 2cm څخه زياد له Carina څخه لرې قرار لري) او يا خو هم تومور Infiltration په حشوي پلورا او يا يوځای له Parital-atelectasis سره وي.

T3 تومور په هره اندازه چې وي Infiltration د Thorax په جدار کې او يا حجاب حاجز = (Phrenicus-Parital) pericard mediastina pleura، او يا اصلي برانش اخته کېږي، (له 2cm لږ فاصله کې له carina څخه لرې والی لري اما خپله له carina تومور څخه خپلواکه ده يعنې نده مصاب شوي) او يا خو هم تومور سبب total atelecasis او يا obstructive-pneumonea د سپرو په ټولو برخو کې کېږي.

T4 تومور په هره اندازه چې وي په دي وخت کې Infiltration په لاندنيو سيمو :
 - Heart ، Mediastinum (cord) ، لويو شريانو او وريدونو کې يا لويو د وينې رگونو کې (V.Cava ،
 Carpus-vertebra, Trachrea ,oesophaugs, A./V.Pumonalis, (Aorta او يا carina او يا malignes
 pleuraerguss او يا خو هم له لومړني تومور څخه بيل شوي دويم تومور دسپري په هماغه برخه کې = په عين
 Lungssegments.

N1 ميتاستاز په Ipsilateral-intrapulmonal-peribroncheal او يا د Hilus په لمفاوي عقداتو کې.
 N2 ميتاستاز په Ipsilateral mediastinal او يا په هغو لمفاوي عقداتو کې چې په Subcarina کې قرار لري.
 N3 ميتاستاز د contralateral په ډول په Hilus کې او يا د mediastinum په لمفاوي عقداتو کې او يا خو
 هم د ipsi يا Contralateral په توگه په scalenus او يا supraclavicular لمفاوي عقداتو کې .
 M1 لري ليردونه (ميتاستاز) چې په دې کې د غاړې د Jugular لمفاوي عقدي مصابيت هم د شميرنې وړ ده.
: Staging group

- I. T1 No Mo ⇒ T2 No Mo
- II. T1 N1 MO ⇒ T2 N1 Mo or T3 No Mo
- III. All T4 , all N2 ⇒ N3
- IV. All M1

:Histologic- gradin

- G1 ټوله بڼه پيژاندل کېږي يا بڼه تفریق کېږي.
- G2 ډيره برخه يې د پيژاندنې وړ ده.
- G3 په روښانه توگه د پيژاندنې وړ نه ده.
- G4 Undiffeerencial = هيڅ نه پيژاندل کېږي

اپيدومي:

- Incidence : شميرنه بڼې چې په کال 55/100.000.
- په نارينه و کې دويم سرطاني ناروغي چې زياد پرې اخته کېږي، ده البته (لومړي = Prostat-carcinom .
 په ښځو کې پينځمه ناروغي ده چې پرې معمولاً اخته کېږي، په نړۍ کې ډيره د تومور له کبله مړينه (Tumor
 mortalitat) په نارينو کې ده.
- په ښځو کې دريمه برخه جوړوي (وروسته له Mamma-Ca. او Colon-/Rectum-Ca.).
- د سن يا عمر کچه : 55-75 کالو.
- نارينه << ښځينه (=1:4 ، استثنات:-) Adeno carcinom په نارينه >> ښځينه (=1:6).
- Mortalitat : په اروپا کې اوس نارينه کال/50/100.000 او ښځې کال /10/10000 .
- Historie =تاريخچه:- لومړنی Pneumectomie په کال 1932 کې په USA=د امريکا په متحده ايالا
 تو کې ترسره شوه.

Clinic

1. 95% هغه وخت روښانه Symptome لري کله چې ډېر پرمختللی او پراخه پرمختګ يې کړی وي، نو په دې صورت کې يولوی يا ډير واټن يا وخت پکار دي، ترڅو چې د تومور Symptome پرمختګ وکړی او وپيژندل شي.

معمولاً هغه وخت د تومور پيژاندنه (Diagnosis) صورت مومي چې Metastase يې ورکړی وي.
5% هغه ناروغان چې asymptomatic دي (تصادفي پيژاندل کېږي، د بېلګې په توګه په Thorax- Radiographie کې) چې بڼې پایلې لري، ځکه چې تومور تر اوسه کوچنی وي.

2. عمومي Symptome: توخي (سرفه) 79%، Sputum 64% او Heamoptasis (وینه لرونکې Sputum) 37%، د وزن له لاسه ورکول 48%، Thorax-dolent (صدری قفس درد) 44%، د شپې له خوا خولې (عرق) کول، تبه (fever).

3. خاص (special) symptom: دا د تومور سيمې او د تومور خپریدلو پورې اړه لري.

- pulmonary: د يوه Bronchus د بندیدلو پایلې:

a. cough = توخي: هر تخریشي توخي چې له درې (3) هفتو (اونۍ) څخه زیات په هغو ناروغانو کې چې عمر يې له 40 کالو زیاد وي، حتماً باید وڅیړل شي.

b. Dyspnoe = انگلیسي dyspnea = ساه لنډی = عسرت تنفس.

c. sputum (احتمالاً وینې شتوالی او یا وینه لرونکې ریني).

- هغه symptom چې د تومور له سيمه ايزې خپریدني څخه مینځ ته راځي:

a. Thorax=dolar=pain = تورکس درد د تنفس یا ساه اخستلو په وخت کې (هغه وخت چې تومور په جداري پلورا کې خپور شوی وي) (infiltration) ورکړي وي.

b. N.recurerns-paresis (Dysphnoea).

c. diaphragma فلج (Paralysis) کله چې N.Phrenicus په يوه Arrosion مبتلا شي، يعنې کله چې د حجاب حاجز عصب په Arrosion اخته شي نو له کبله يې د حجاب حاجز فلج مینځ ته راځي.

d. HORNER-syndrom (Enophthalmus, Miosis, ptosis).

e. د تنې په پورتنۍ برخه کې د وینې د بهير بندیدل (په روښانه توګه د V.Jugularis)، لیدل (coller of stokes) (غټ ورمیر = گردن)

د Metastasis له کبله شکایات:-

a. OS = هډوکي: Pathologic Fractur (د ناروغۍ له کبله ماتیدني) بې له دې چې کومه ژوبلیدنه (Trauma) واقع شوی وي.

b. Icterus -: hepato

c. Encephalon: د شخصیت بدلون، د سرخوږ (سر دردي)، Cramp یا شخ پاتېکیدل، فلج.

d. Ascites -: peritoneum

4- په يوه Chronic pneumonea کې تل باید په يوه Bronchial -carcinom فکر (سوچ) وشي!!

5. هغه Symptom چې دې هورمونو د افرازاتو له کبله د یوه Paraneoplastic-syndrom په چوکاټ کې مینځ ته راځي:-

a- I. CUSHING-syndrom (د تومور له کبله د ACTH لوړیدل ، اما په ډیره کچه د عمومي وضعیت ضعیفیت برعکس د ACTH نورمال حالت په یوه ناروغ کې چې Cushing سندروم لري وي.

b- د ADH مقدار لوړیږي \Leftarrow H₂O-Intoxication.

c- Carcinoid – syndrom (Vaso-active Amin) د تولید له کبله):

Migrene, Flush-syndrom, Diarrhea, Asthma پینې (واقعات)، Tachycardie، Cardiopathie، Teleangectasis، Bulimea، Abdominal colic، Tachypnoe.

d- Parathormon-production د Tumor له کبله (يعني Pseudohyper-parathyroidismus)-Hypercalcemia سندروم له لاندنیو کلینیکي علایم او نښوونو سره.

الف: ناروغ تنده لري، د چې د کلسیم د osmatic عملیې له کبله پېښېږي).

ب:- Obstipation = قبضیت.

پ:- Rhythmus-disorder:cardial = د زړه د حرکتونو غیر منظم والی.

ت:- Osteopathy د جلد بدلون.

ټ:- Vascular-symptome:- تکراري DD Thromboophlebitis=تفریقي تشخیص یې له Pancrease Ca. سره باید وشي).

e- Myasthenea:Myopathic (LAMBERT-EATON-syndrom)، همدارنگه Neuropathie.

f- Phlebathrombosis، Thromboembolic complication.

g- Gynacomastie.

h- Arthritic د شکایتونه.

Diagnosis:

1. Anamnesis او کلینیکي پلټنې:

2. Radiographie:- د Thorax البته په ولاړې (قدامي، خلفي او په څنگ):-

په 98% پېښو کې یو پتالوژیکه موندنه په لاس راځي.

څومره چې دناروغ سن لوړ وي، اوڅومره چې تومور لوی وي په همغه اندازه (کچه) د خباثت پروسه زیاته وي.

نښه پېژاندنه نن ورځ په CT معایناتو کې کېږي.

د رادیو لوژي نښې د یوه گرد خیال ترڅنگه: Atelectasis، Obstructions-emphysem، پراخوالی، Erguss د

جوړېدنه، Carcinom cavern، poststenotic-pneumonea.

CT-Thorax (له Contrast media)، نن ورځ Standard معاینات دي او یا هم د دقیق Localisation (سیمې د

پېژاندنې) لپاره NMR پلټنې دي چې تومور یا دغه گرد خیال دقیق وڅیړي او همدارنگه ناروغه یا

پتالوژیکي لمفاوي عقدي چې له Icm (یو ساتي متر) څخه لوی وي، وڅیړي.

3. د تومور Morphologic بنوونه د sputum دمعايناتو له کبله بنې پايلې لري، په تيره بيا مرکزي تومور (90% پېښ کېږي)، Periphère لږ تطابق لري، په ټوليزه توگه 3 واری بايد Cytologie تکرار شي.

4. Broncoscopie:

په (Local anesthesie) د برانکوسکوپ په حرکت سره هڅه وشي، تر څو Biopsy واخستله شي، او هستولوژيک معاينات چې په 70% پېښو کې د ښه تشخيص امکان موجود وي ترسره شي.

5. Mediastinoscopie: نن ورځ نادراً استعمالېږي، ځکه چې CT او NMR بنې لاسته راوړنې لري.

6. Transthoracic-lungfineneedle-puncntion: دراديوگرافي تر کنټرول لاندې CT اخستل 90% اثابت کوي.

اختلاطات يې: Pneumo-thorax، د سرطاني حجرو ليردونه په دغه سوري شوي کانال (مجرا) کې ممکن وي.

7. Inhalation او (Perfussions scintigraphie) او همدارنگه د سرو نورمال دنده (Lungs function)

يعني Vitalcapacitat، FE.V1، که ترڅو وښودله شي، چې دواړه سږي خپله دنده په ښه توگه سرته رسوي.

8. Metastasis پلټنه/ Staging (تل مخکې له عمليات څخه ضروري وي):

حد اقل پروگرام: CT-Thorax لکه څنگه چې پاس وليکل شوه.

- Abdominal- sonographie

ميتاستاز په يڼه (جگر) د بډوډو (کليه) او د فوق الکليه غداوتو کې؟ (متاساز ورکړ شوی او که نه؟).

- Skeleh scintigraphie

- Osteolytic-metastasis؟

- Tumor Mark (نښه)

(الف) SCA او SYFRA 21-1 (په Carcinom of squamous epithelium)

(ب) NSE او NCAM (په neuronal-celladhasionsmalicul)

د ورکيو حجرو لرونکي لپاره.

(پ) CEA (Adeno=Crcinom) او لويو حجرو لپاره.

(ت) TPA (په مجموع کې د ټولو لپاره).

سر بېره پر دې د امکان په صورت کې دغه لاندې معاينات ضرور دي:-

- HNO = د غوږ، پزی او ستونې Consultation د Dysphonca په صورت کې چې د N.recurrens-

pareisis له کبله مينځ ته راځي.

- که چيرې Pleura erguss شتوالی ولري ⇐ Punction او cytology.

- Mediastinoscopie او Biospy د لمفاوي د عقداو د معلومولو په خاطر.

- Lymph. Nods – Biopsy (هغه وخت چې د غاړې يا ورمېر لمفاوي عقدي پرسيدلی دي).

- Cranial CT /NMR (په SCLC) کې د تل سرته ورسېږي، يا اجرا شي.

- احتمالاً = Bone-marrow-biopsie په تيره بيا په کوچنی حجرو لرونکي کارسينوم کې (SCLC).

9. احتمالاً Diagnostic-exploratory-thoracoscopy (همزمان د درملنې سره) او د تکرار په شکل یې لاندې لیکم:

(همزمان درملنه+) Diagnostic-exploratory-thoracoscopy او همدارنگه "Open" Lung Biopsy (هغه وخت چې دغه گرد خیال روښانه نه وي) او یا هم د Thoracopie په مرسته Open Lungbiopsie اجرا شي.

Therapie:

- لاتین Operabilis یا انګلیسي Operabilitie څیرنه:-

1- Vitalcapacitie : Pulmonal function

هغه وخت چې Vitalcapacity له 50% لږ (ټیټ) وي، نو په دې وخت کې Thoracotomy مضاد استطباب دی. (Containdication)

Secondary capacitat = TIFFENEAU-Test

که چیرې $FEV1 > 2.5$ li = Good Operation = د عملیات لپاره ښې او که چیرې $FEV1 < 1$ = Operation = li هیڅکله باید عملیات نشي، په مناسب وخت باید سپری خپله پریکړه وکړي (د ناروغ عمر او ځنې نور حالات). مخکې له جراحي عملیات څخه (preoperation) د ناروغ آماده کیدلو ته باید دغه لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي.

د سږو د تنفسي تمرین (Exercise) لکه تنفسي جمناسټک، ماشینی تمرینات، ساده تمرینات د بېلګې په توګه Voldyne، کېدای شي، چې حالت یې ښه شي.

سر بېره پر دې د Blood gas analysis = (د وینې د ګاز معاینات) وشي.

2. Heart function یا Cordfunction

هغه وخت مضاد استطباب (C.I=contra - indication) ده چې:

Myocardinfarct تر حد اقل 6 اونۍ (هفتو) وروسته له infarct (احتشا) څخه، Pulmonal- hyperotny، non-recompenasation، د ښې Insufficiencia-of-the- decompensition-heart هیڅکله Thoracotomy ممکن نه ده.

3. (Curative-intention) OP (contra-indication of the radical surgery

a- دلرې میتاستاز ثبوت د وینې یا لمفاوي سیستم معایناتوله طریقه (M1).

b- (N3) Contralateral Lymphnodus metastase

c.I Ipsilateral is = یو خوا کې مضاد استطباب نه لري.

c- (heart او Oesophagus , V.cava , T4)

d- N. Phrenicus- paresis (دلته د pericard اخته کېدل احتمال لري).

e- N.recurrans paresis (د کینې خوا Bronchus N.recurrans سره ډیر نژدې قرار لري)، نو په دې اساس یو ډیر وړو کې تومور هم کېدای شي، اما د ښې خوا ډیر لري موقعیت لري نو ځکه ډیر لوی تومور دغه سیمه اخته کوي).

-f Invasion (تهاجم) په پلورا او د تورکس په جدار یوازې یو Relative مضاد استطباب دی (چې دلته د Lobus) پراخ پریکول (Lobectomy) او یا Pneumectomie لازمي وي.
9. SCLS = دوو حجرو لرونکي کارسینوم (بې له مطمئن درجې څخه No Mo).

Operative

- Anesthesie: په یوه څنگ بیل شوی Intubation چې د یوه مخصوص (لاتین Tubus) (انگلیسي Tube) قطع کول د اخته شوي سږي خوا ممکن ده چې تنفس (respiration) په دغه بل خوا سږي په یا مقابلي خوا باندې صورت مومي.

- د جراحي عملیات د مداخلې لاره :-

Postero-or antero lateral thora cotomie.

-a Lobectomy

-b Segment resection: کله چې د سږي دنده محدوده وي، نن ورځ ډیره بېرته په Extra anatomic lung parcial resection کوي.

-c Wedge resection) Atypic segment resection-Extraanatomic-lungs-parcial-resection.

Indication: T1 No Mo ، نن ورځ دغه عملیات د Thoracoscop په ذریعه مخ په زیاتیدونکي ډول تر سره کېږي.

-d Broncho angioplastic/bronchoplastic)cuff resection پروسه، د پراښیم کتنه او دهغه ساتنه په هغه وخت کې چې د سږو فعالیت محدود وي.

په هغه وخت کې چې تمور یوه مرکزي (موقعیت) د Lobus bronchus په شاوخوا کې وي نو بیا دغه سیمه لري کېږي او د carina/اصلي Broncus له پاتې شوي شاوخوا (اطراف) د مصاب شوي سږي پراښیم سره Anastomosis کېږي.

-e Total-Pneumectomie

-f Lobus پراخوالی/ Pneumectomy

دلته د سږي مکمله پریکول + د شاوخوا گاونډیو شیانو سره دا دومره لکه د Lobectomy په مقایسه ، ښکېلې نه لري خو د مجبورتیت له مخې باید سرته ورسېږي. ددې په گاونډ کې د بېلگې په توگه دغه لاندې غړي قرار لري:

Parital pleura , pericard ، د تورکس جدار، Diaphragma او یا هم defect ← Complett Parital-Therax wall resection

د پټولو یا ډکولو له پاره باید gore – tex موادو او ښه نرمو موادو Implantation صورت ومومي.

- علاوه پر دې = سر بېرته پر دې.

Locoregional (= Intrapulmonal او hilus) د همغې خوا یعنی Ipsilateral-Lymphnodus-dissection او د Mediastinal L.N لري کول په Curative- operation.

تل :

د یوه Bulau-Drainage په صورت کې باید Peri operativ-antibiotic-propheloxis (د بېلگې په توګه Mezlocillin 4,ogr وریدي (I.V.) لکه Baypen).

- Post operative -

جدي مراقبت اطاق کې د قیق او جدي کتنې او infusiontherapy د تقریباً 2-3/d ورځو لپاره Bulour- drainage لري کول په 3-5 ورځ وروسته له عملیات (البته لري کول یې هغه وخت چې ورځینې افرازات یا ټول شوي مایعات یې له 100ml څخه لږ وي) وروسته د تنفسي جدي مراقبت تمرینونه ، د کونولري کول په 10d (لسمه ورځ) د عملیات .

• وروسته له عملیات څخه د سرو د عملیات د روغیدلو پروسه :

-a Lobectomie : پاتې شوي سږي ځان پراخوي ← او defect څو وخته وروسته د لیدلو وړ نه وي ،

Pneumectomie : په لومړۍ سر (په پیل کې) Pluraeguss (Serothorax) Serofibrothorax ← Fibrothorax وروستي مرحله .

• (Palliativ) Conservative -:

-a Radiatio (40-70Gy د شپږو (6) هفتو په جریان کې) د ، Mega-Volttechinc په Inoperal-Tumor

-b Polychemotherapie :

د وړو (کوچنیو ژوانکولرونکې برانشیل کارسینوم کې 4-6 دورې د CEV-Shema (= Vincristin, Etoposid, Carboplatin له Radiatio سره) .

په NSCLC کې د Cytostatic درملنه د Paclitaxel+cisplatin (Taxol) او یا Do-cetaxel (Taxotere) او Palliativ یا Fractional-Radiatio د ژوند د اوږدیدلو سبب ګرځي .

په III دریمه درجه کې یوه Neoadjuvant (Pre-operative) رادیو تراپي شیمو تراپي د Down-Staging لپاره پکارول کېږي .

Prognose

انزار یا پایلې یې ډیرې خرابې دي یوازې 30% په تکراري ډول کیدای شي .

56% کله چې مونده (تشخیص) شي نو بیا Inoperabel دي ، 10% نور صرف تحقیقاتي (پلټنیزه) Thoracotomy وي .

د عملیات خطرات :

د مړینې کچه په Lobectomy کې تقریباً 2.5% او په Pneumectomy کې 7-15% پورې رسېږي .

منځنۍ حد د ژوند کولو دغه ناروغانو 1year (یو کال) بنودل شوي ، دې 5 (پینځو) کالو عمر په دغه ناروغانو کې صرف 10% (ښځې ښې نسبت نارینه ته) .

Squamous-Epithel-Ca: 5 T1 No Mo کاله د ژوندي پاتې کېدلو حدس وهل یا چانس په 65% ناروغانو کې ده 5 کاله حدس وهل کېږي .

T1	No	Mo	5 year	65%
T2	No	Mo	⇒	50%
T1-2	N1	Mo	⇒	40%
T3	N1	Mo	⇒	30%
T3	N2	Mo	⇒	10%
T4	N1 - 2	Mo	⇒	5%
M1			⇒	1%

Op. Complication = د جراحي عمليات اختلاطات:

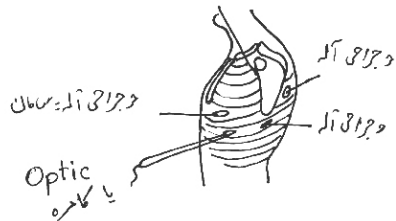
- a- Acute-pulmonal-insufficiency وروسته له عمليات څخه، cardio respiratorie insufficiency
- b- Bronchial-stump-insufficiency، د Bronchial-fistula جوړیدنه (په تیره بیا په Bronchoplastie Pneumothorax کې، همدارنگه عدم کفایه (Insufficiens) په Vasculor anastomosis کې، کي Secondary-hemorrhage = Postoperative-hemorrhagic pneumonia یا په انگلیسي =
- c- د خوځښت کم الی او داسې نور.

Prophelaxe = مخ نیوي :

1. د دخانیاتو څکول قطع شي، (د خطر واقعات په هر سن کې چې وي کموي).
 2. هغه مهم تدابیر د ښه والي مینځ ته راوړي، درملنه او پایلې یې پدې پورې اړه لري چې خومره ژر او په لومړي سر کې وپېژانده شي.
 3. د تازه میوه جاتو او د سابو (سبزیجاتو) خوړل ډیر ښه اثر لري.
 4. وروسته پالنه = د ناروغي تعقیب کول:
- د 3 (دری) میاشتو په واک کې ټول کلینیکي معاینات لکه هغه معاینات چې مخکې له عمليات څخه کېږي، Thorax-radiography, Tumormarker, Abdominal-sonographic، احتمالاً OS-Scintigraphy، او Bronchoscopy.

DD

1. په یوه Chronic-pneumonia او Chronic cough د لرلو په صورت کې تل یوه bronchial-carcinoma ته هم پاملرنه وشي!!
 2. په سرې کې دیوه دایروي (مدور) خیال شتوالی د Metastasis نښه کیدای شي:
- Ca.Prostata-Ca.Thyroid-Ca.، Mamma-Ca.، (Hypernephrom) Nephro-cell-Ca./=carcinoma، Rectum-Ca، Testes-Ca. Gaster-Ossar-Ca، او یا هم د نورو نرمو سیمو کارسینوم.
3. Echinococcus cysts، Pulmonal Tuberculosis
 4. Pulmonale abscess، coccidiod-mycosis
 5. Vascular malformation
- نور هغه شیان (ډیر سلیم = benign)، تومورونه چې په سرې کې دي (چې په مجموع کې 2% تشکیلیوي): Hamartoma، Bronchialadenoma، Fibroma، neurinoma، chondroma



(Carcinoid) Neuro endocrine Tumor, cylindrom, angiom, granulom, osteom Histoplasmom
Sacrom,

درملنه: د جراحي عمليات په مرسته د تومورونو لري کول دي.
د Thoracoscop په واسطه عمليات:

Pulmonal – Metastasis

لاملونه:

a- ، Testes-Ca. ، Gaster-Ca. ، Prostata-Ca. ، Thyriod-Ca. ، Ca.-Mamma ، Hypernephrom
Osteo-sarcom ، Maligns-melanoma ، Chorion-Carcinoma ، Ovarial-ca.
کارسينوم، کارسينوم په غوږ، پوزه او ستونی کې.
b- د Bronchial-Ca. ميتاستاز د contralateral په شکل .

Pathol.

ميتاستاز يا د وينې له لارې = Heamogen او يا هم Lymphogen وي ، په درت سره per-continuation
سره وي.

Clinic

1. هيشکله په لومړي وخت کې Symptom نه ورکوي.
2. وروسته حالت کې :- (Dyspnoe) Dyspnea ، (Haemoptysis) (وينه لرونکي Sputum) تر haemoptoe
<50ml وينه ، د بېلگې په توگه کله چې د Vascular erosion شتوالی ولري).
3. Primaer Tumor له اعراضو او علايمو سره.

Diag.

1. Anamnesis : (آيا لومړنی تومور پيژاندل شوي ؟؟ ، Curable? درملنه شوي ؟ ، Recidere = تکراري
دی ؟) او کلينيکي معاینات.
2. Staging : پرته له Thorax څخه نورو برخو کې د تومور شتوالی ؟
Scintigramm ← د هډوکو ؟؟ Cranium-CT? Abdomen-sonographie?
3. Radiographie : Thorax په دوه 2 حالتونو کې ، CT په تيره بيا Spiral/CT بڼې لارښوونې يا پيژاندنې
لري.
4. د احتمال په صورت کې Biopsie هغه وخت چې لاسته راوړنې بڼې روښانه نه وي البته د Histologie
لپاره اخستله کېږي.
5. Pre-operative-Pulmonal-function : بايد $Vital-capacity > 2.000ml$ زياد وي ، همدارنگه
perfusion سنتي گرام د دقيق پيژاندنې لپاره .

Therap

1. د جراحي عمليات حدس ، يعنې د جراحي عمليات لپاره يو شرط:-
a- Primary-tumor بايد د درملنې وړ (Curable) وي او يا خو هم د پراخي درملنې وړ وي.

-b خطرات (Risk) باید په موقتي ډول وي (patientsfactor) = هیڅکله یا په عمومي ډول مضاد استتباب د جراحي عملیات په مقابل کې نه وي.

-c د نورو میتاستازو پټ پاتې کېدل یا ور کېدل (Extrathoracal).

-d هغه وخت چې درملنه بڼې پایلې (Alternative) ونه لري (radiation او chemotherapy).

Operative . 2

-a د پرانیشیم د ساتي په نظر کې نیولو سره د میتاستاز لري کول.

Extraanatomic-Pulmonal-part-resection او یا د periphere Wedge resection په نام هم یادېږي.

نن ورځ په تیره د Thoracoscope په واسطه هم ترسره کېږي.

-b په پراخه توګه د سرو میتاستاز نادراً مضاد استتباب (C.I) لري، کیدای شي، چې په دوه مرحلو کې

جراحي عملیات صورت ومومي، او یا خو هم په عین وخت کې د Trans sternal-thoracotomie له لارې

لري شي، (هغه وخت که چیرې یو شمیر میتاستاز د پریکولو وړ وي).

-c د احتمال په صورت کې کیدای شي Lobectomy , Segment- resection او یا هم Pneumectomy

صورت ونیسي.

Conservative . 3

Palliative-Radiatio-or-chemotherapie (چې دا په لومړنی تومور = Primary-Tumor د بېلګې په توګه په

Testis=orchis-chorion-Tumor او Osteosarcom کې).

Prog.

5 کاله عمر وروسته له Metastasis-resection څخه تقریباً 25% معلومداره چې دا په لومړنی تومور پورې

اړه لري.

DD

له Tuberculosis-primary-pulmonal-tumor او Pulmenal- abscess سره.

Complic.

1. infection (Pulmonal یا systemic)، ترټولو ډیر cytomegalie-pneumonea.

2. Acut-Knock off Transplantations insfficiency.

3. Broncho-anostomosis-insufficiencia (Sutura-insuffic)، Ischemia مزاحمتونه.

MEDIASTINUM

:Anatomy

جوړښت:- مخکې یې: Sternum، شاته یې د صدري مریو ستون (ستون فقرات صدر)، په دواړو څنګو کې:

Pleura-parital، لاندې خوا Centrum tendineum of diaphragma، په پورتنی برخه کې یې Trachea،

N. Phrenicus، N. Laryngeus-recurrens، N. Vagus، V. Oesophagus او همدارنګه Resignation

.of the supra aortal-vascular

محتوي :

- a N.Phrenicus او Cord, Thymus -: Mediastinum-anterior
- b V.Cava-sup. ، Aa.And Vv Pulmonales ، Arcus aorta، Cord -: Mediastinum Medianus
- Essencial Bronchus او Bifruction ، Trachea ، and info.
- c Nn.-، Truncus-Sympathicus، N.Vagus، Aorta Oesophagus -: Mediastinum-posterior
- Ductus Thoracicus ، Hemiazzygos او Vv.Azygos ، Splanchnici

Mediastinalempysema

Synonymous-syn مشابه نوم = ورته نوم -: Pneumomediastinum

لاهلونه: - Aetheologie

- 1. Traumatic -: Oesophagus rupture ، Bronchial-Ruptur ، Thorax-trauma
- 2. Iatrogen -: په Endoscopy کې د Perforation (سوري کيدل)، د پرديو اجسامو لري کول ، bougie فرانسوي لغت [Bougienage انگليسي].
- 3. Spontaneous -: Tumor-arrosion له Bronchus او Oesophag ، Alveolar-Interstitial-
- Pulmonals leck (په موضعي Respiration، bronchian obstructial، atelectasis) کې ، Pneumothorax .
- 4. Infection -: هغه باکټري چې گاز جوړونکي يا توليد کوونکي دي (لکه Clostridium-perfringens) د Mediastinum په سيمه کې .

Clinic

- a د جس وړ (Palpations وړ) Emphysema-subcutaneum په غاړه او مخ کې يعنې د چوڼښې (بقه) د مخ شکل جوړوي چې ورته په انگليسي کې Subcutaneous-emphysema ويل کېږي.
- b Dolentia (درد) ، لاتين = Dyspnoe = عسرت تنفس = انگريزي Dyspnea او د وينې د جريان بنديدل.

Diag.

- 1. Anamnesis او کلينيکي پلټنه :-
- 2. Radiographie : په تورکس کې Pneumomediastinum ، يو دوچنده خيال په امتداد د کينې خوا زړه په سرحد کې ليدل کېږي.
- د احتمال په صورت کې د Contrast-media=CM تيرونه له (Oesophogus) څخه او په اوبو کې حل کيدونکي Contrast media=CM (هيڅکله Barium تطبيق نه شي ، ځکه چې کيدای شي ، کوم سوري يا Perforation شتوالی ولري).
- 3. Endoscopie -: Oesophogoscopie او Bronchoscopie ..
- 4. Mediastinoscopie

Therapie

- a Operative هغه وخت چې يو Perforation تشخيص شي ، Antibiotic

b- د جراحي دريناژ په واسطه دهغه فشار لري كول چې د Mediastinal emphysema له كبله مينځ ته راغلي وي.

:Complica.

(pexicard tomponad-extrapericardial) Cava-compression, mediastinitis.

:Mediastinitis

لاملونه:

a- كله چې mediastinal-emphysem د oesophagus ruptur له كبله مينځ ته راشي (د يوه كار سينوم چاوديدنه ، پردې اجسام = Chmical-burn = سوځيدل د كيمياوي مواد په واسطه لكه تيزاب ، قلوي ، BOERHAAVE-syndrome) او يا د Infectoin Trocheabronchial syst.

b- Iatrogen - Bronchus-stamp-insufficiencia وروسته له lung-resection - nastomos- ، Oesophagus-operation څخه ، - Mediastinoscopy-Instrumental ، sufficiencia وروسته له يوه Oesophagus-operation څخه ، - perforation په جراحي عمليات كې سوريكيدل د جراحي الوپه واسطه په اندوسكوپي كې ، د غاړې په سيمه كې جراحي عمليات (cervical operation).

c- د pulmonary-abscess, pleuraempyem او التهاب د lymphndus له حده زياد وي.

d- په cervial سيمه كې د infection ډير پرمختگ.

: سيمه = Localistion

زياتره په پاسني mediastinum كې پيل كېږي. وروسته بيا ټول Mediastinum د ناروغي په منگولو كې پريوزي.

:Clinic

1. د ناروغي پرمختللي څيره يا پرمختللي حالت له يوه septic-fever يا سپتيكه لوړ درجه دحرارت (تبه) سره پيل چې ورسره Tachypnoe tachycardie لرزش او شاك هم وي.
2. Retrosternal-dolent (دستر نوم شاته درد)، دستوني درد ، paravertebrale-dolent.
3. cough (ټوخي) ، dysphagy ، singultus.
4. احتمال لري چې د پوستكي امفيم، د jugulum التهاب او د پورتي سيمي د جريان بندښ.

:Diagnosis

1. Anamnesis (پوښتنې) او كلينيكي پلټنې.
2. Radiographie: thorax پراخ ښكارېږي، د Mediastinum سرحدات روښانه نه برېښي ، paracardial يوه دوه چنده رسم ښي همدارنگه د CT-Thorax.
3. د احتمال په صورت كې bronchoscopy ، oesophagscopy ، endoscopy.

:Thearapy

a) د بنسټيزه ناروغيو درملنه (لوی perforation بايد د جراحي عمليات په واسطه ترميم يا و رغول شي).

b) په لوړه کچه antibiotic ورکړل شي.

c) **Operative**

Jugular يا paravertebrale او يا ، Parasternale-Mediastinotomy، او په Mediastinum کې د drainage
اينمودل ضروري دي .

Progn.

Letalitat 10-40% (مړينه)، دناروغي په حالت پورې اړه لري.

Complication

a) Pericarditis, pleuritis, د V.cava ترمبوز.

b) Bacteremia+sepsis او خپریدل يې په هډوکو ، دماغ ، ينه =Hepato او نور غړوته.

c) مزمن التهابات (اوږد مهاله التهابات) ← Mediastinal-fibrosis

DD

Chronic mediastinitis وروسته له Radiatio

{{Mediastinal Tumors}}

لاملونه=ايتولوژي:

- benigne =سلیم: - thymom ، Neurinom ، Lipom ، X-anthom ، Heamangiom، fibrom، cysts ، Teratom،

، BOECK ، -sarcoidosis Morbus- (Sta. I, II)، له Hilar د لمفاوي عقداو له اخته کيدلو سره).

- Maligne =خبيث: -Oesophagus-Ca.، bronchial-Ca. يا Neuro-Sarcom ،

Retothel sarcom

- morbus Hodgkin (lymphog ranolomatosis)، leukemia، Reticulo-sarcum

Patho.

a) Thymom او Teratom: کيدای شي سلیم او يا خبيث وي.

b) Teratom: دغه تومور له درې (3) germ-layers څخه جوړیږي، کيدای شي، Epithelcyst، وينبته

(Hair)، غابڼونه، هډوکي، غضروف او داسې نور په خپل مينځ کې ولري.

Epid.

مساعد عمر (سن) د thymom لپاره: د 45 کالو عمر وي او دې Teratom لپاره 30-50 کلنی.

Clinic

a) کم تر کمه 50% تومورونه تصادفي کشف کېږي، (symptom نه لري) او ډيره يې سلیم دي.

b) په پرمختللي حالت کې: -thorax dolent د پورتنی برخې د جريان موانع ، Dysphonia stridor، تخريشي

توخي ، Dyspnoe، Dysphagie، کانگي Singultus (هکک، هکک) د ديا فراگم (Diaphragma paresis)

، د زړه د حرکاتو تشوشات، (Enophthalmus Ptoxis -Miosis) Horner syndrome،

c) Myasthenea-symptom د thymom په شتوالي کې (Myasthenia gravis-pseudoparalytica).

Diag:

1- پوښتنې او کلینیکي پلټنې :- cervicalvaine, carotispuls پارېسوب دغورې، ستوني او پزې (پوزې) دمعايناتو موندنې :- Vocal ligament (دغږ تارونه) ؟ (N.laryngeus recurrencia).

Neurology موندنې:

HORNER- syndrom او د خولو(عرق) د افرازاتو (Secretion) ستونزې.

2- Thorax radiography : د mediastinum پراخوالي د احتمال په صورت کې د oesophagus په واسطه د نرمو موادو تیرونه، هدف د Trachea عکس اخستل دي، د شعاع لاندې یا د شعاع د جریان په وخت کې (Aneurysma pulsation).

CT د دقیق موقعیت (ځای) د ښودنې لپاره، د امکا په صورت کې د parasternal Biopsie د CT د شعاع د خپریدلو په وخت کې واخستله شي.

همدارنگه احتمالاً د Thyroid-scintigraphy په تیره بیا په retrosternal struma کې.

3- Sonographie : Endosonographie او cardioechographie د oesophagus له لارې (TEE).

4- لابراتوار : Differential blood count (lymphom ?).

همدارنگه تومور مارک یا توموري ښې لکه AFP (embryonal teratom) کارسینوم (Chorion carcinom) .HCG ,TPA, SCA, NSE , CEA.


5- Mediastionoscopy

(د Cervical یا Parasternal له لارې) صورت مومي او Biopsy (دهستو لوژي او باکټریالوژي د پلټنې لپاره) اخستل کېږي.

6- Diagnostic (او درملنه) د تورکس له لارې د تومور پریکول

= thoracoscopic diagnostic (and-therapie) Transthoracal-tumor-exstirpation د پرانستي او یا هم

په تېره د

Posterior mediastinum	په پاسني قدامي ميدياستينوم کې
Neurinom, shwannom Neuro fibrom, neurosarcom Ganglioneurom Paragangliom chondrom Neuroblastom/ sympathoblastom Meningeom/ cyst Fibro sarcom Aorta aneurysma Oesophagus= diverticle Bronchial cysts Gastro intestinal جوړښت	Retrosternal struma Thymom lymphon Lipom, sarcom Teratom, embryonal – ca. Seminom, chorio carcinoma
	:-Centra mediastinam
	Lymphom, gronulom Teratom dermoidcysts Oesophagus cysts Bronchial cysts
	په لاندیني قدامي :-Mediastinum

Mediastinum posterior (لپاره) Histologie

Lipom , Pericardcysts , hiatushernia

3 2 1

درملنه:

Operative 1: استطباب:

هر يو Mediastinal تومور بايد لري کرل شي، ځکه له يوې خوا دشخصي دليل له مخې او که سلیم وی یا خبیث کېدای شي چې هر سلیم تومور په خباثت واوړي.

a. Thymom: Sternotomie (د Transsternal له لارې). وروسته tumore-xstirpation.

b. Retrosternal struma

کېدای شي، چې زیاتره دې Kochers-collar incision په واسطه تومور لري شي.

c. Bronchogencysts او Oesophagusdiverticle

d. Transpleura له لارې تومور لري شي.

d. Neurogen tumor

d. Exstirpation له لارې مکمل

2. Malignen thymom وروسته له عملیات څخه Chemotherapy+Radiatio یعنی وروسته له عملیات یا تومور له ویستلو څخه شعاعي او کیمیاوي درملنه کېږي.

اختلاطات:

a. Bronchogen-cysts او oesophagus-diverticle زیاتره هغه وخت اعراض ښي چې التهابات مینځ ته راغلی وي، او مخ په آسسه تمایل پیدا شوی وي، Empyem, mediastinitis هم له امکانه لري نه ده.

b. Thymom: مرکزي نکروز او یا وینه ورکول، شاه خوا ته (Posterior) خپریدل، بدلون په symptom کې.

سلیم تومورونه کیدای چې دخیشه تومور جوړښت په خپل جوړښت کې ولري.

c. Teratom - Maligna degeneration په پلورا کې خپریدل، لري لېږدیدنه (Metastasis) په خپل سر چاودیدنه Spontaneou= perforation.

d. Lymphom: Bronchus break یا Bronchus invasion.

e. Neuro fibrom او Neuroinom.

د دې دواړو تحول یا Degeneration یې neurosarcom ته ممکن وي.

f. OP، Pneumothorax، د جراحي عملیات له امله یا له سببه.

g. د N.Vagus، N.laryngeus Recurrens، N.Phrenicus او Ductus Tharacicus ژوبلیدنه.

وقایه یا مخنیوی preventive=Prophylaxis:-

په خبیث تومور کې د تومور څخه وروسته ساتنه = Tumor aftercare یا څارنه وروسته له 3، 6 او 12 میاشتو، او بیا وروسته کلني څارنه.

DD

-a Endothoracal- Struma (Morbus) (چې زیاتره له Mediastenal fibrosa, (Retrosternal stru.)
extramedullar وینه ورکونکي د Thymus-hyperplasia ،ORMOND=Retro- peritoneal-fibrose
سیمه، د لمفاوي عقداتو نه پیژاندله شوي لوئیدنه بې له کومې ناروغي څخه.

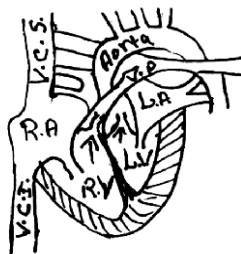
-b Infectios-Lymphom/granulom : Histoplasmose-Tuberculose HIV, Mononucleose او
داسې نور.

-c Pseudotumor : Herneadiaphragmatica, aorta-neurysma : Gastrointestinal-
Meningocele. thing

{{ Cardio – Chirurgie }}

د زړه جراحي

اناتومي:



زړه په مخکني Mediastinum کې موقعیت لري او د Pericard په واسطه
راچارپير (احاطه) شوی دی، د یو تقریباً مخروطي شکل او یا دې بولینگ
دلوبي د یوې مهري ته ورته شکل لري، چې قاعده یې (Basis-Cord's) بڼی
خواته مخ پورته او شاته (R.Sup.Posterior) او څوکه یې (Apex Cordis)
کیني خوا په کښته او مخکې قرار لري، (L. Inf. anterior)

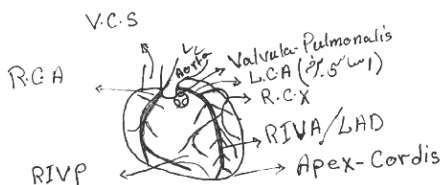
پاسني برخه یې د یوې نازکې سیروزي طبقې څخه، چې Epicord =
(Lamina-Visceralis pericardii) ورته ویل کېږي، پوښلی شوي دی، له دې

څخه د بدن لوی او عیه (لکه V.Cava sup., Truncus pulmonalis, Aorta او (peri card) Peritalis-
Lamina - paricordii خواته په حرکت کې دې او له هغه څخه تیرېږي.

Sulcus interventricularis anterior چې یوسرحد د کیني خوادبطين (Ventriculus sinister = په انګلیسي
Left ventricle=L.V.) په مقابل د بڼي خوا بطين (R.V.=Ventriculus, dexter) تشکیل کوي او حرکت یې
مخ په Incisura apicis cordis دی.

اذینات = Atrium dextrum او Atrium-sinistrum له بطيناتو یا Ventriculus څخه د Sulcus-
coronarius په واسطه بیل شوي دي.

کیني خواته اذین = Vv.Pulmonalis, L.A. = Vena vulvus, Vv = بڼي خواته اذین, V. Cava superior
او RA او V. cava inferior په برکې نیسي.



Coronary arteries = coronar arterae

1. (Left coronary artery) LCA.=A. Coronaria sinistra

دغه اصلي برخه کې بیا ځان په دوو برخو ویشي:-

- Ramus Circum Flexus = RCX
- Ramus Interventricularis Anterior = RIVA

Left anterior descending = LAD 2.9-4.5 mm او د زړه په مخکنی برخه (Anterior) برخه کې پیل او په sulcus-inter Ventricularis anterior روان او د زړه تر څوکې (Apex cordis) ځان رسوي، دنده یې د کین زړه (L.Heart) او Septum- Interventricularis anterior اروا کول دي.

2. Right-coronary=RCA=A. Coronaria dextra :-

په Sulcus-interventricularis posterior کې جریان لري، چې د زړه د شاه برخه او -Ramus Interventricularis Posterior=RIVP په بر کې نیسي او دنده یې (وظیفه) د بنې خوا زړه، د شاه دیوال یا جدار او د Left.Ventricle او د Septum interventricular post اروا کول دي.

Heamodynamic parameter :-

Stroke volume (SV1)	60-70 ml
Cardiac out put (Perminute)=Co	5-6 l / min / m ²
Cardiac index (CI)	2.4-4.2 L / min / m ²
Right atrium pressur (RAP/CVP)	2-8 mmhg/min/ m ²
Right ventricle pressur (RVP)	15-30 mmhg
Pulmonal arteria pressur (PAP)	15-30/4-2/9-18 mmhg (syst./dias./med.Pressur)
Pulmonal capillar pressur (PCWP)	5-12 mmhg
Left ventrical pressur (LVP)	100-140/3-12 mmhg (sys./end diastolic)
Left atrium pressur (LAP)	2-12 mmhg
Ejection fraction (EF)	60-75 %
Aorta pressur	100-140/60 -90/ یا 70-105 mmHg (sys. dias. Med.Pressur)

[[Congenital cord and thoracal vascular anomalie]]

لاملونه:

ډیره یا زیاتره ناپېژاندل شوي پاتې دي، خو د چار پیریال (محیطی بدلونو او یارثیت ترمینځه اعمالو باندې فکر کېږي.

مساعده فکتورونه یې په لاندې ډول بنودل شوي دي.

- a- (TURNER-Syndrom) congenital chromosomes- aberration (Trisomy 21, Trisomies 18)
- b- د بار داری حاملگی = (Pregnancia) په وخت کې د اتاناتو مداخله لکه Rubela, Coxaackie ,cytomegolea ,herpes- simplex
- c- دارو یا درمل: - Folic acid ، (Contergan) Thalidomid Lithium ,Cumarine, phenotoin ، antagonists
- d- (Embryo fetopathia diabetica) هغه وخت چې د مور دیابت د بارداری په وخت کې نه وي درملنه شوي

e- Alkoholabusus in the Graviditaet=Alkohol-embryopathia - دالکولو استعمال د حاملگي په

وخت کې.

وېشنه = بېلونه:-

I د 85% ټول هغه ولادي ناروغيو څخه دغه لاندې 8 معمولاً پېښېږي.

• ventriclseptumde fect (VSD)	28%	25%
• Ariumseptumdefect (ASD)	12%	12%
• Pulmonal stenose (Pst)	10%	10%
• Persistence of ductus arteriosus Botalli (PDA)	10%	10%
• Fallot tetralogie (FT)	9%	9%
• Aorta stenose (Aost)	7%	7%
• Aorta isthmus stenose (CoA)	5%	5%
• Transposition of great Arteria (TGA)	4%	4%

II یو شان یا متحده الشکله وېشنه د زړه په انومالي یا سو شکل کې نه تائید کېږي، صرف یو ممکنه یو شانوالي = اعراضو په نسبت لکه cyanose کیدای شي، چې د زړه دغه سو شکل primary cyanose او primarie acynose باندې ویشل شي.

notic cardiac defect -a

Acyanotic cardiac defecta + په نورماله توګه د سبز د وینې د دوران سره یا:

Acyanotic heart defect with normale lungs circulation: Pulmonal stenoseAortenstenose

- Aorten is thmus stenose (Coaretatio aortae)
- Acyanotic cardiac defect .b د سرو د دوران له زیاتوالي سره!
- Atrium septum defect typ II (ASDII)
- LUTEMBACHER-syndrome (ASDII+Mitralstenose)
- Defect of AV-canal (Endocardial cushions-defect)
- Ventrical septum defect.
- Persistence of ductus arteriosus botalli.

Cyanotic cardiac defect

a, cyanotic cardiac defect د سرو د دوران له کم والي سره :-

- Fallot – Tetralogie
- Tricuspidal valves atresae
- EBSTEIN-Anomalie
- Truncus arteriosus communis:

همدارنگه کیدای شي، چې له دواړو بطنین څخه یو شریان یا د وینې رګ ووځي، او یا خو هم Pulmonalarteria له Truncus څخه سرچینه ونیسی.

b. cyanotic-cardiac-defect د سرو د دوران له ډیریدلو سره یوځای وي:-

- Transposition of great arteria
 - Total lungs vena defect
- په مکمله توګه د سرو د دوریدونو غیر نورمال یوځای کېدل یا یو د بل پر ځای سره نښتل.

پتالوژي:

الف: - Acyanotic cardiac defect with normal lungs circulation د زړه ناروغي چې سيا نوز نه لري د

سږو د وينې نورمال د جريان سره!

سيمه = Local:

تنګي = Stenose د دواړو بطيناتو د وينې د جريان په لاره کې او يا خو هم د زړه په لويو رګونو (vascular) کې دې چې دلته د جراحي عمليات هدف او مقصد ددغه تنګوالي لري کول په سيمه کې او ياد اناتومي ساختمان يا جوړښت څخه بهر (extra-anatomic) اصلاح کول دي، ترڅو چې بطينات يا بطين له يوه مزمن کاري فشار څخه وساتل شي يا په بل عبارت له يوه مزمن دروند بار څخه وژغورل شي.

ب: - Primaer acyanotic cardiac defect with increase lung blood flow: دلته shunt vitien له يوه لنډ مهاله اړيکه د تپت او لوړ فشار سيستم تر مينځ پېښېږي.

- left-right-shunt = د پاګې وينې بهير (recirculation) بېرته د سږو خواته وي.

- Volum load of pulmonal circulation - د ديوې دوران د حجم بار، احتمالاً همزمان د pressur load پورې اړه لري.

د دغه بار يا فشار دوران کيدای شي، چې په ثانيوي توګه بدلون پيدا کړي، البته په Pulmonal vascular او په pulmonal vascular- sclerosis او يو ثابت pulmonal-hypertonie او وروسته له هغه په ريوي جريان کې کم والی راشي.

- د خط السيره يا مسير بدلون: - کېدای شي چې دغه د مسير بدلون له Left-right-shunt څخه په يوه Right-left-shunt اوږي (يا چې ورته EISENMENGER-Reaction وايي) چې وروسته late-cyanosis = cyanosis (البته دلته ناروغي هغه وخت تشبیت کيږي، کله چې د 80% Pulmonal pressur د ټول System pressure تشکيل کړي)، چې دا وخت د جراحي عمليات پريکړه منطقي نده، دا وخت د زړه او سږو transplantation (پيوند) صرف د Ultimatio په سبب وي.

هغه وخت که چيرې د فشار اړيکې 40% (خلوښت) وي د عمليات خطرات ډير لوړ وي.

ت: - Cyanotic cardiac defect:

Primary-right-left-shunt-or-Rotation's-anomalie: د وريدي وينې جريان په لوی دوران کې = مرکزي مخلوط (ګډه) cyanose (په کلينیک کې روښانه دليدلو وړ شين رنگه Conjunctive، شونډې، مخاطي غشا او ژبه) همدارنگه د يوې Polyglobulea شتوالی (چې په کلينیک کې Anaemea عرض دليدلو وړ ده په تيره يو پرمختللی cyanose د Haemoglobin د desoxygenisation نشتوالی له کبله مينځ ته راځي).

اختلاطات:

د وجود يا بدن د نشوونما ښه نه پرمختګ، د ماشوم د فعاليت کم والی، د Syncop پېښې چې د دماغ د ischemia له کبله پېښېږي.

همدارنگه septic اختلاطات او د abscesse جوړيدل (د دماغ آبه).

په ماشومانو کې هغه سیانوز چې د زړه د defect (نیمګړتیا) له کبله مینځ ته راځي، هڅه کوي ترڅو د squatting حالت ځان ته غوره کړي، ترڅو چې د periphère او عیو مقاومت لوړ کړي، او په پای کې د enddiastolic فشار په کین بطن کې لوړېږي، او د بطني بطن د وریدي وینې جریان په عمومي سیستم کې لوړېږي (کم کېږي) ترڅو د سیانوز درجې څخه لږ کم والی وشي یعنې د سیانوز درجه لږ څه کمه شي.

Diag.

1. Anamnesis او کلینیکي معاینات:

په ماشومانو کې د زړه ولادي نیمګړتیا تقریباً 80% مستقیماً وروسته له ولادت څخه په هغه لومړنی کتنه (معایناتو) کې د پیژاندنې وړ دي او یا خو هم وروسته له 2 (دویم) تر 8 (اتم) واري معایناتو کې پیژاندل کېږي.

امانن ورځ د پرمختللي تخنیک په واسطه یعنې Sonographie-fine-diagnosis (یعنې-Organ-sonographie او Echocardiographie د حاملګی په 20-22 هفتو کې) د تشخیص وړ وي.
2. Echocardiographie له رنگه Dopplersonography سره چې د وینې د جریان اړیکې او مسیر (همدارنگه علاوه پر دې له sono.contrast media په واسطه هم ممکن ده).
NMR د اناتومي اړیکو حالت ښه روښانه کوي.

3. Radiographie :

Heart catheter examination د بطناتو، اذیناتو او د وینې د جریان او فشار اندازه کول په مختلفو یا بیلا بیلو سیمو کې لکه: مخکې له زړه، د زړه په مینځ کې او وروسته له زړه وښوول شي.

درملنه:

- لومړنی هدف د هغه زړه رغول چې ولادي انومالي لري په لومړنی مرحله کې، ترڅو چې د جراحي عملیات زمینه مساعد کېږي، هڅه باید وشي، چې د دارو یا درملو په واسطه د زړه د عدم کفایه (Heart-insufficiens) درملنه وشي لکه Digoxin، Diuretica او Propronolol.
- د زړه د ولادي نیمګړتیا د رغولو په خاطر Valvus او Vascular پروتیز (Prothese) ضرور ده، دغه جراحي عملیات باید وروسته له 6 (شپږ) کلني تعقیب کړي.
- د زړه په دغه عملیات کې زیاتره باید د زړه او سږو ماشین په کار واچول شي.

پایلي:

په مجموعي توګه ډیری لږ پېښې چې ولادي defect ولري په خپل سر (Sponteous) روغ کېږي (ځینې پېښې لکه د PDA او VSD).

د مړینې کچه په ماشومانو کې وروسته له ولادت څخه ډیره وي اما د عمر په زیاتیدو دغه کچه لږ کېږي (په لومړیو شپږو میاشتو کې د مړینې کچه ډیره لوړه ده نسبت وروسته شپږو کلنو کې).

Congenital pulmonal stenosis

پتالوژي:

په 90% پېښو کې valvular-stenose د نښې بطين د فعاليت د مزمن فشار سبب گرځي، ترڅو چې په متمرکز شکل يو Hypertropie مينځ ته راوړل شي. نادراً: - Subvalvulare (10%) Supra- valvulare او periphere- stenase.

کلينیک:

داد stenose (تنګوالي) اندازې پورې اړه لري، ماشوم ترهغې پورې کوم شکايت نه لري، ترڅو چې ناروغي ډيره زياته نه شي، احتمالاً د Right-ventricular pulsation او Vousseure-cardiaque فرانسوي (د زړه کوپېدل يا خم کېدل).

تشخيص:

Auscultation (اوريدل): د کينې خوا په ICR 2/3 کې د lateral holosystolic murmur 4/6-6/6 چې خواته انتشار يا خپرېږي اوريدل کېږي.

درملنه:

Valvulare stenosis:

Conservativ: په نښې طبابت کې هغه ميتود چې لومړيتوب لري او د خونبولو وړ ده هغه Pulmonalvulvuloplastie دي:-

Trans cutane transluminale bollondilatation تگ لاره ده.

د عمليات استطباب:

هرکله چې valvus کې د آرامي د فشار درجه له 50-60 mm Hg پورې وي او يا right heart-insufficiens شتوالي ولري.

جراحی عمليات: - pulmonalarteria-wall بېلول او incision له commissure څخه (operativevulvulotomie).

Subvalvulare-supravolvulare-or-periphere-stenose: د infund-bulom دسيمې Resection-

(پريکول) او يا د وينې د جريان د مسير پراخونکي plastic او يا د periphere د جريان لاره.

که چيري د foromen oval پرانستې وي (معمولاً) همزمان د هغه بندول.

پاييلې: pulmonal-volvus خوځښت يا خيزو هل ډير ښه وي د عمليات له کبله مړينه له 5% تر 50% ده (البته که چيري د زړه نښې خوا د عدم کفايه نښې وښودل شي).

د ابحر د شريان ولادي تنګوالي Congenital Aorta stenose

سيمه:

زياتره (ديوه يا ډيرو commissura سره يوځای کېدل يا سرينس کېدل) د Bicuspid مهم valvus له يوه تمايل چې مخکې له وخته وي يعنې له يوه مخکې له وخت څخه تمايل Degeneration او Arteriosclerosis خواته.

ندرتاً :- Subvalvular-fibrotic-ring او يا د Muscular-canal- hypertrophie، پتالوژي: چې په پای کې سبب د بندښ (Obstruction) ، او په کين بطين کې سبب د high grade pressure load کېږي (يعنې دغه تنگوالی او بندوالی په کين بطين کې دهغه د فعاليت د زياتوالي په لور په کچه سره کېږي) چې دا په Intensive=concentric توگه د عضلاتو د Hypertrophie سبب گرځيدلای شي.

Clinic: په Symptomatic ډول سره (Pectus=Angina) په انگريزي anginose هدف له angina pectoris او د syncop پېښې ډېرې کمې او يا خو هم د جس وړ نه وي).

ماشومان:- preductal شکل يې له يوه پرانستي Ductus botalli چې د وينې بهير له بني زړه (بطين) defect څخه (Ductus-bottali) د دغه

Aorta descendens ته ننوځي چې په پای کې د اکسيجن لرونکي وينې لږ والی په لاتدیني تنه کې احساس کېږي.

= Ri-Le-shunt (بني او کينې خوا اړيکې) له Cyanosis سره د تنې په لاتدیني برخو کې. **تشخيص: Thorax Radiographie:** انگريزي (usure)=Costal-arteria-hypertrophy د intercostal-arteria-hypertrophy

په اوږد مهاله شتوالی کې.

درملنه:

OP – Ind. :-

Praeductal-form: د دغې ناروغی د غير معاوضوي يا (decompensation) معمولاً د ژوندانه په لومړيو مياشتو کې کوي له همدې کبله ډېر مخکې بايد جراحي عمليات صورت ونيسي، يا ضروري ده.

Post ductal form: معمولاً اوږد محالي کلينيکي اعراض او علايم پت پاتې کېږي، جراحي عمليات هغه وخت چې د زړه د کيې خوا عدم کفایه او يا له حده زياد د وينې د فشار لوړوالی د تنې په پورتنی نيمايي کې وي.

OP:

د لنډ واټن لرونکې (لنډه فاصله) تنگوالی يا stenose د تنگي سيمې لري کول.

resection = او وروسته څوکه په څوکه گڼډل = End-To-End Anastomosis.

b: د اوږده واټن لرونکي ستينوز د Patch Plastic (د رگونو د لومن يا قطر د پراخولو طريقه) په دې طريقه کې له Dacron څخه په گټه اخستلو (Voss.SCHULTE) په طريقه) او يا د A.subclavia په Distal کې د يوه پراخونکي Plastic (Subclavian-Flap-Technie).

پايلې = Prog.

د جراحي عمليات له مداخله څخه پرته د متوسط عمر انتظار 35 کالو ده!

د عمليات له کبله مړينه په پالغ عمر کې 2% او په شيرخوره ماشومانو کې تر 30% راپور ورکړل شوی وروسته له patch-plastic (په تيره بيا په لوی عمره ناروغانو کې) وروسته له ډير کلونو څخه د aneurysma احتمال ممکن ده.

[[Atrium Septum defect Typ II = ASD II]]

Syn. = مشابه نومونه Secundum-atrium-defect ، secundum-ostium -defect ، Sinus-venosus- Defect .

سیمه :

د اذین د دیوال دیفکت د دغه دیوال په منځنی (مرکزي) برخه کې قرار لري ، High-Ostium-defect=in
central area of the Atrium Septum د 10-20% پورې له بنې Pumonال Venus څخه په Ri-Atrium
کې یو غیر نورمال یو ځایوالی بنې = یعنی په یوه غیر نورمال ډول له هغه بنې ریوی ورید سره یوځای کېږي
چې هغه په غیر نورماله توګه له بنې اذین سره اړیکې لري.
په واقعیت کې Fossa-Ovalis defect (دې septum په منځنی برخه کې وي) = Persistence-formen-Ovale ،
تقریباً 25% د انسانو تشکیل کوي، چې په دې کې 5% Haemodynamic relevant دي.

پتالوژي:

80% د پېښو معمولاً Atrium septum defect جوړوي.

ماشومان: دلته د نیمګړتیا کچه (defect) 2-17mm پورې وي.

بالغ: د دیفکت اندازه 1-4 cm پورې رسیږي.

کلینیک:

Bronchitis, Dyspnea مکرري پېښې ، د جسمي فعالیت نیمګړتیاوې ، Paradoxal Emboly (وریدی
ترمبوز کیدای شي، چې له دغه Septum defect څخه شریاني جریان ته ننوځي او هلته ځای ونیسي).

درملنه:

جراحی استطباب: - هغه وخت چې دغه shunt د زړه لحظوي حجم څخه له 30% لوړ وي، جراحی عملیات
زیاتره elective (انتخابي) دي او د 5 کلني څخه مخکې د هغه عملیات یو مکلفیت ده.

OP: د defect ګڼډول په مستقیماً (سیخه) توګه او یا هم د یوه مصنوعي patch په واسطه.

پایلي: - د عملیات له کبله مړینه په ساده (Un compliciert) د اذیناتو تر مینځ جدار دیفکت کې له 1% څخه
کمه ده، او څومره چې د دیفکت کچه لوړېږي، هغومره دغه اندازه هم لوړېږي، حتی تر 10% زیاته بنودله
شوي ده.

Lutembacher Syndrom

پتالوژي:

د یوه ASD II له یوه ولادي او یا کسبې Mitral-stenosis سره د یوځایوالي له کبله مینځ ته راځي، په کین
(چپه) بطین کې د وینې د جریان د بندښ سبب کېږي، لوی کین - بنې - سوري = GreatLe- Ri-shunt +
دیر مخکې له وخته Pulmonal hypertonic او Pulmonal vascularsclerosis پیل کېږي.

درملنه:

په پرانستې توګه commissurotomie او یا ASD II + Mitral-valvus-prothesis بندول.

پایلی:

Op – Letalitat په بالغو ناروغانو کې له $>5\%$ لږده او په ماشومانو کې له ولادي ستینوز او Pulmonol- hypertonie سره ډیره لوړه ده.

د AV د کانال نیمګړتیاوې یا په بل عبارت:

Atrioventricular-Canaldefect=AVCD په انګریزي کې ورته endocardial-Cushions defect هم وايي. **سیمه:** دې ته باید سړی پاملرنه وکړي چې د total (مکمل) او PartialAV-Conal (چې له Atrial-septum-defect) له ASDI Primum. Typ سره لوی بدلون شته او باید پیژانده یې وشي. ASDI (Ostium-primum defect) او partial-AV-canal پېښېدل د atrial septum په لاندیني (عمیقه) یوه برخه کې یعنې له یوه ساده انومالي د AV-vulvus (cleft) په قدامي میترال (anterior Mitral) او یا هم په Tricuspid valve septal کې.

په عمومي ډول = دا Total-AV-conal تشکیل شوي له یوې ټیټې (عمیق) ناستي د atrial septum defect څخه یعنې دغه نیمګړتیا د اذین یا اذیناتو د جدار په عمق کې شتون لري، دیوه شتوالی د بطین یا بطیناتو د جدار په پورتنی برخه کې او د دغه جدار د والو د شتوالی له کبله یو AV-Valvus defect مینځ ته راځي.

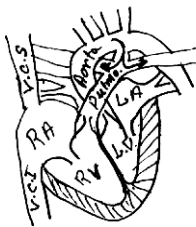
Persistent - ductus - Arteriosus Botalli

مشابه نمونه: - Ductus-arteriosus Botalli, PDA (Persistens Opertus)

سیمه:

Ductus arteriosus (Botalli)

دا په جنین دوران (Fetal ciculation) کې نورمال یا فریولوژیک ده او دا په اصل کې هغه اړیکې دي چې ده A.pulmonalis sinistra له Aorta descendens او distal د هغه سیمې کې چې A.subclavia- sinistra بهر (خارج) کېږي.



په نورماله یا طبعي ډول وروسته له ولادت (Post-partum) څخه 10-15h د ساعتونو کې ځان تړي او وروسته له درې (3) میاشتو د جوړښت په لحاظ په Lig. Arteriosum بدلیږي.

پتالوژي:

لنډمهاله بندښ: - Pulmonal circulation او system ترمینځ د left-right-shunt کېږي، د ریوي دوران د حجم بار زیاتېږي، او په پای کې د مقاومت د لوړوالي او د ښې زړه بار یا فشار زیاتېږي.

تشخیص:

Auscultation: - د ماشین غوندي غرونه د اوریدلو وړ وي.

درملنه:

د عملیات استطباب: تل هغه وخت ورکول کېږي، چې د یو باکتریايي اندوکارډیت خطر متوجه وي.

جراحی عملیات:- دیپل (Dupple)، لیگاتو (= Ligatur)، دکتوس (Ductus) (یادغه لار یا مجرا)، او یا خو هم دغه شریانونه (Aorta او Pulmonal) سره بیل شی اوهر یو بیلا بیلا گنډل شی.

پایلی:

Op letalitat > 2% څخه لږ دي.

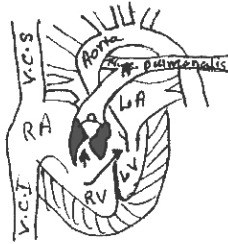
[[Fallot-Tetralogy]]

Vitium cordis=cardia-defect, combination from له لاندې ناروغيو یا عواملو څخه تشکیل شوی یا جوړ شوي.

1. دکین بطین د وینې د جریان بندښ (Pulmonal stenosis).
2. VSD =Ventricle Septum defect
3. Riding-Aorta د ابحر شریان د بڼې خوا ته پورې وهل شوي، یا مایل شوي وي، (کور شوي) البته د VSD خواته.

4. cord hypertrophy dextra =د ا بڼې خوا زړه hypertrophy

- که چیرې د اذیناتو د جدار نیمگړتیا وي (ASD) هم ورسره یوځای وي البته د secundum typ نو بیا هغه ته FALLOT-Pentalogie وايي.



- د Right-heart- او Atrialesptum-defect, pulmonal-stenosis

hyperthrophie یوځای والي (combination) ته Fallot Trilogie ویل کېږي.

- د تقریباً 50% واقعاتو کې د Crita supraventricularis د hypertrophy له کبله یو د Infundibular-pulmonalstenosis مینځ ته راځي، چې د Myocard یوه برخه تشکیل کوي.

- د stenose درجه دلته د زړه تقلصاتو (contraction) پورې اړه لري او کېدای شي، چې د Betablocker او يا sedative په مرسته بڼې پایلې ولري.

په تقریباً 25-40% پیښو کې برسیره پر دې یو Valvular pulmonal stenose شتوالی لري.

که چیرې ددغه بندښ (obstruction) درجه لوړه وي یا په بل عبارت د یوه قوي بندښ له کبله د ریوي دوران مقاومت په لومړي وخت کې لوړه وي نسبت عمومي مقاومت = Ri-Le-shunt ته .

- یو VSD زیاتره دیوې لوی Aortarings لرونکي وي.

- که چیرې د Aorta میلان یا تیریدنه بڼې خوا ته زیاته وي نو کېدای شي، چې د بڼې بطین وینه په سیخه (مستقیمه توگه) د VSD له لارې په ابحر شریان کې ولوړي او عمومي دوران ته ننوځي.

درملنه:

د OP.- Ind. :

بې له جراحی عملیات څخه یوازې 10% ماشومان د بلوغ سن ته رسېږي.

هڅه باید وشي، چې تر هر څه مخکې یو Palliative عملیات صورت ونیسي:-

چې د A.Subclavia او Ipsilateral A.Pulmonalis =BLALOCK-TAUSSIG-shunt (Aorta Pulmonal-)window، ترمینځ اړیکې ټینګول دي صورت مومي، چې په دې توګه د وینې جریان په ریوی سیستم کې لوړېږي او د وینې د Oxygenei کېدل ښه کېږي. په نني طبابت کې ډیره د رغونې عملیات ضرور ده، چې بې له کوم ځنډه مخکې له یو کلنی څخه باید سرته ورسېږي:-

د VSD رغونه د Patch بندولو په توګه د Infundibulum-muscle- obstruction د resection په واسطه او همدارنګه د امکان په صورت کې Pulmonale vulvulotomie.

پایلي:

د عملیات له کبله د مړینې کچه: 5-10 %.

وروسته له رغونې څخه له 80% زیاتې پېښې ښې پایلې لري.

اغلباً وروستي اختلاط یې Cardial arrhythmia ده.

[[Ebstein – Anomoly]]

پتالوژي:

د Tricuspidal valvus انومالي د ښې بطن یوه برخه Atrialisation کېدل او Tricuspidal valvus insufficiency.

د ښې بطن د کوچني کېدلو له کبله او د Atrial-Contraction د کموالي له کبله د یوه ASD جوړښت له امله کله نا کله یو central cyanosis+Ri-Le- Shunt مینځ ته راځي.

درملنه: د عملیات استطاب:

په قوي سیا نوز کې Persistence-rhythmus-disorder او مخ په زیاتیدونکې توګه د Tricuspidal-valvus insufficiens.

OP:

د Patch-plastic په ذریعه یا مرسته دي ASD او Reconstruction او یا خو هم د Tricuspidal vulva replacement.

پایلي:

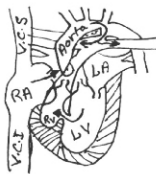
د OP letalitate: 5-20% له ښو اوږد محاله نتیجو سره.

[[Tricuspidal Vulvus atresie]]

پتالوژي:

د Tricuspidal valvus په اصل کې هیڅ نصب شوي نه وي، یعنې شتوالی نه لوی او یا خو هم ولادي ترلي پاتې شوی وي چې دلته ښې بطن د rudimentary شکل باندې وده (نمو) کاندې، د لوي ASD له کبله د وینې بدلیدل په عمومي دوران (Systemicirculation) کې صورت مومي.

د یوه یا ډیرو VSD او یا هم د یوه لوی PDA = Persistenz ductus-artuosus له کبله



وینه بیرته په بڼې بطن کې توپړې، یا ځای په ځای کېږي او همدارنگه واضح ده چې دغه وینه د Pulmonal-tract (ریوي دوران) ته هم جریان پیدا کوي.

کلینیک:

Central cyanosis: د جسماني فعالیت نیمگړتیاوي، د اتانتاتو مداخله، د Syncopal پېښوونه (میلان).

درملنه:

د عملیات استطباب: تل (دایم) د عملیات استطباب ایښودل کېږي.

جراحی عملیات:

وظیفوي (کاري) رغونه (Fontan د Operation په طریقه) په مستقیمه توگه د پاسنی او لاندنی مجوفو وریدو (V.cava) اړیکې (ارتباط) = پیوستون له بڼې Pulmonalarteria سره او یا له Truncus-pulmonalis سره د Ventricalseptum پرانستلي حالت او د Pulmonalarteria پرانستلتوب په بڼې Ventricle کې د مصنوعي Patch په مرسته تړل کېږي.

پایلي:

بې له جراحي عملیات څخه %90 ماشومان د ژوندانه پر لومړي کال کې مړه کېږي. د عملیات له کبله د مړینې کچه %20-5 ده.

-Transposition of the great Arteria-TGA-

پتالوژي:

Rotations anomalie د لویو شریانو چې دلته د ابحر شریان له بڼې بطین څخه او ریوي شریان له کین بطین څخه منشه نیسي.

نو په دې صورت کې د وینې دی بیرته راگرځیدلو دوران نسبت نورمال دوران ته توپیر (فرق) لري یعنې د شریاني وینې Recirculation ریوي دوران ته ننوځي او وریدي جریان بیا عمومي دوران (System) ته لوېږي.

وایې چې د TGA له ASD, VSD او PDA سره ملگري وي.

کلینیک:

په دغه ناروغی کې د قوي مرکزي سیانوز (Central-cyanosis) دریوي جریان له زیاتوالي سره (هدف د ریوي دوران له حده زیاته د وینې پاکوالي او زیاتوالي دي) په یوه ښه او لنډ محاله تړل کېدلو (لکه، PDA, ASD, VSD) اړیکو سره کېدای شي، چې Cyanosis ځان ونه بڼي یا پت پاتې شي.

درملنه:

د امکان په صورت کې یو Palliative عملیات د ژوندانه په لومړیو ورځو کې:

Bollon-Atrio-septostomy د (RASHKIND) په طریقه په هغه وخت کې چې لومړنی Heart-catheter examination (د زړه کتیتري پلټنې) پیل کېږي، او یا خو هم جراحي Septostomy د (BLALOCK-HANLON) په طریقه د Atrialseptum صورت مومي.

OP:

تر هر څه لومړی یا ډیر مخکې د زړه دغه ناخوالې یا نیمګړتیاوې باید د ژوندانه په لومړي اونۍ (هفته) کې ورغوله شي، د درملنې مختلفې طریقې شتوالی لري (ډیر سخته جراحي ده):-

a- اناتومي رگونه = Anatomic correction (Switch operation د JATENE په طریقه):- دلته د لویو شریانو ځای په ځای کول په اصلي او اناتوميک سیمو یا ځایونو کې له یوې خوا او له بله خوا د coronar Ostium ځای په ځای کېدل د نوي Aorta په جدار کې.

b- همدارنگه د اذین (Atrium) د دندې (وظیفې) رگونه یا اصلاح کېدل د MUSTARD او یا SENNING طریقه، مصنوعي پیوند یا مصنوعي Patch (MUSTARD) او یا هم د خپل د بدن څخه پیوند د (SENNING) په میتود ګنډل کېږي.

پایلي:

که چیرې ماشوم عملیات نشي نو د مړینې کچه 90% د ژوندانه په لومړي کال وي د عملیات له کبله مړینه 20% - 10 پورې وي، نن ورځ 5 کاله د ژوند کولو توقع زیاد تر له 90% څخه ده.

اختلاطات:-

هغه اختلاطات چې وروسته پېښېږي هغه:- Myocard-ischemia، Stenose، Insufficencia او cardial arhythmia دي.

Pulmonal venen transposition انګریزي Anamalous pulmonary venous drainage

پنالوژي:

دلته ریوي وریدونه په کین اذین (Left Atrium) کې پیوستون نه لري بلکې د ښي اذین سره خپل اړیکې ټینګوي چې خو له یې ښي اذین کې پرانستله کېږي یعنی دوران دلته له طبیعي حالت څخه غیر طبیعي یا غیر اناتوميک شکل در بر نیسي.

د ښي زړه یوه قوی بار (Strong-Right-cord-load) زیاتېدل د ریوي دوران د زیاتوالي او د Pulmonal-venous د نسبي بندېن له کبله د ژوندانه په لومړي اونۍ کې پېښېږي.

درملنه:

د عملیات استطباب:

د جراحي عملیات استطباب ثابت ده، د امکان په صورت کې Polliative عملیات: Ballo-Atrio- septostomie د RASHKIND په طریقه څرنگه چې په پورته کې ذکر شول.

OP:

وظیفوي اړیکې (Direct anastomose) او دیوه Patch په مرسته، د ریوي وریدونو په هغو برخو یا سیمو کې چې یوځای کېږي او کین اذین (left Atrium) سره اړیکې نیسي.

پایلی:

بی له جراحي عملیات څخه دمړینې کچه 70% د ماشوم د ژوند په لومړني کال کې ده Op-Letalitay لوړه (د 30% په شاوخوا کې)، او ژوندی ماشوم یعنې هغه ماشوم چې له عملیات څخه ژوندی پاتې شي، دیوه بڼه او اوږده عمر خاوند کېدای شي.

[[Cardial Vulvus Vitium]]

يا انگریزي: Vitium Cordis Vulvus heart Valve defect

تعریف: دا د زړه د والونو یا پردو هغه ناروغي ده، چې د ولادي او کسبي ډولونو توپیر یې کېږي، چې په دې کې د زړه څلورو Valve یا د زړه پردې پکې شامل کېدای شي.

چې په دې کې Stenose یا Insufficiency او یا خو هم دواړه یوځای (Combination) کېدای شي پېښ شي.

لاملونه=اسباب:

1. ولادي = Congenitat: دغه ولادي ناخوالې یا ناروغي په جنین (Fetus) کې په لومړنيو 3 (درې میاشتو) د حاملګۍ یا بارداری په وخت مینځ ته راځي.

- جراحي عملیات باید هر څه لومړي په ماشومتوب کې ترسره شي.

2. کسبي: Rheumatoid endocarditis:

په باکتریايي یا انتاني حساسیت کې د زړه د Valve مصاب کېدل وروسته له منتن کېدلو څخه د Streptococc groupe A (همدارنگه د C او G ګروپ په واسطه هم ممکن دی) یعنې په غیر مستقیمه توګه یا په بل عبارت دریمه برخه وي چې دغه باکتریا له کبله ناروغي کېږي.

په مستقیمه توګه هم اندوکارډیتیز (endocarditis) چې د Endocarditis-septica په نامه یادېږي، دا د (Candida، EnteroCoccus، Streptococc group D، Staphylococcus) د بېلګې په توګه په هغه خلکو کې چې د معافیت اندازه یا کچه ټیټه وي هغه Endocarditis چې د وړیدي مخدره موادو د تطبیق له امله مینځ ته راځي، تر ډیره حده د بڼې زړه د سامونه یا Valvs په تیره بیا Triuspidal-valvus په ناروغي اخته کېږي.

3. LIBMAN-SACKS-Syndrom (هغه اخیښتی درجه یا Stage، د Systemic-Erythematodes له Lupus سره Verrucosus، endo- carditis سره).

Verrucosus: لاینه کلمه ده چې دې زخو یا زخ معنی ورکوي.

4. Endocarditis-fibroplastica (LOFFLER-Syndrom II)، د اندوکارډ-د بل والي د نامعلومو یا ناپېژاندل شوو عواملو له کبله،

5. Endomyocard fibrosis (د autoimmunologic عمل له کبله د اندوکارډ پلنوالي یا ډبل ضخیم) والی + فیبروتیک میوکارډ (Myocard)، تر ټولو زیاده په افریقا او هندوستان کې.

6. وروسته له Myocard infaret څخه چې Papillar muscles هم برخه اخستی وي.

7. د degenerative په شکل Fibrosis او Sclerosis.

وېشنه يا بېلونه:

د کلينيکي علايمو له کبله Cardial-insuffic. د Valvus vitien له امله وروسته د (NYHA) New york heart Association د وېشنې په اساس په لاندې ډول دي:-
NYHA I:- ناروغ کوم ظاهري شکايت نه لري، او جسماني فعاليت يې محدود نه دي.
NYHA II:- ناروغ په شاقه يا له توانه وتلي جسماني فعاليت کې شاکې وي.
NYHA III:- ناروغ په لږ جسماني فعاليت سره شاکې دي.
NYHA IV:- د استراحت په وخت هم شکايت لري Cardial- decompensation

کلينیک:

کلينیک د والونو يا د زړه د پردو د ناروغي درجې پورې اړه لري.

تشخيص:

1. Anamnesis او کلينيکي طبي پلټنې:

مخصوص يا ټيپيک موندنې د اوريدلو (Auscultation) له کبله د احتمال په صورت کې د Phonocardiogram په واسطه ليکل کېږي.

Aorta Vitium (د ابحر د شريان ناروغيو کې):-

ناروغ د ناستې په حالت کې يو لږ څه مخ په وړاندې کوپ (ميلان) ورکول شي او د Expiration په وخت کې بايد غږونه اوريدل شي او په دې حالت کې ښه اوريدل کېږي.

a- **Aorta-stenosis**: غږ لوړ (Loud holosystol)، فنر مانند (Spindel form systolic)، د غږونو خپریدل Aorta Punctum-Maximum د Aorta په سيمه او همدارنگه مخ په وړاندې د Carots خواته دغه غږونه ډير ژور فريکونس لرونکي وي.

b- **Aorten insufficiens** - Decrescendo form چې دفعته بيا Diastolicum پيل کېږي، غږونه غلي (آرامه) او لوړ فريکونس لرونکي وي.

c- **Mitralvitium**:-

Diastolic-decrescendo-murmur , mitral-opening-snap

d- **Mitral insufficiens**

Systolic-decrescendo- murmur

3. heart snap

2. ECG:

a- **Aortastenosis** Left hypertrophy sign, left typ- positive

s = sokolow-index په $V1+R$ په $V5 \leq 3.5$ mv.

همدارنگه په 4-6 V کې T-Negative (Ischemia نښه نشته، بلکې Hypertrophy-sign يا نښې ښودونکي دي).



-a **Aorta Insufficiency**

د left hypertrophy sign او rhythmus distruption د کین بطنین د پراخیدلو (Dilatation) له کبله پېښېږي.

-b **Mitralstenosis**

دلته سپری دوه څوکې (P) یا دوه قلعي (P) وینې، تر ښي ټيپ (Right typ) پورې د ښي بطنین بار right heart load= او د right ventricular hypertrophy ښي بلل کېږي.

-c **Mitral Insufficiency**

دلته هم د (P) شکل دوه څوکې ښي او همدارنگه دي کینې خوا د پلنوالي ښي= left hypertrophy- sign.

1. **Radiography**

د Thorax رادیوگرافي له دواړو خواو څخه ترڅو د زړه لوی والی، د بندښ (د مه کیدلو) ښي په سپرو (Pulmo) کې ولټول شي، لکه د بېلگې په توگه د کیرلي لاین (Kerly line).

4. **Echocardiography**

نن ورځ د رنگه Doppler په واسطه، CW-Doppler او همدارنگه Oesophageal-technic=TEE د وینې د جریان اړیکې په ښه توگه د لیدنې وړ دي، همدارنگه د فشار درجې (Pressure-grading)، مخکې او وروسته د Valvus څخه اندازه کېږي او د دغو پردو (Vulvus) د پرانستلي کیدلو مساحت ښه د شمیرنې وړ دي.

Cardial catheter-examination (ضروري ده):

5. د فشار اندازه کول د زړه په ټولو برخو یا سیمو کې، د جریان د اړیکو ښوونه او د Vulvus د پرانستلو د مساحت (Vulvus opening-area) اندازه کول څیرل کېږي.

6. مخکې له جراحي عملیات څخه د ناروغ عمر، د سپرو دنده، نوري ناروغي لکه خباث او داسې نور او د اوعیه یا رگونو حالت په ناروغ کې همدارنگه د خطر شتوالی باید وڅیرل شي.

درملنه: لاتین Therapie = انگلیسي Treatment

A: Cordial valves prothese

1. extra corporeal circulation: د OP لپاره اهمیت لري: د V.Cava او Aorta-ascendens اوعیه باید cannulisation شي او همدارنگه د پمپ کولو دنده په غاړه واخلي، او د وینې Oxygenisation دهغه ماشین چې د زړه اوسپرو (heart-lungs-machine) په نامه نومېږي، په واسطه سرته رسېږي.

2. د لویو اوعیو (V.cava او Aorta-ascendens) د ټپلو څخه وروسته د زړه درول (توقف) د Cardioplegia په واسطه صورت مومي.

Cardioplegia هغه مواد دي چې د هغه په مرسته په مصنوعي ډول د زړه دریدل په reversible (بیا رغېدل) شکل صورت مومي.

3. په دې مرحله کې زړه پرانستل کېږي او د زړه زړې پردې یا old-valves لري کېږي او نوې ورپیوند یا گڼول کېږي.

د Vulvues ډولونه:

a. Mechanic vulvus يا مصنوعي والوونه:

بنسنگني: - ډير وخت پاتې كيدونكي دي (< 25 كاله) هغه چاته استعمال كېږي چې عمر كې له 25 كالو لوړ وي.

منفي اثر يا نيمگړتياوي: - يو خويي غږ لوړ وي، ټول عمر بايد Anti coagulation له Marcumar) cumarin وروسته له Quick په تيره (INR) څخه ضروري او نه پريښودونكي ډول واخلي.

b. Biologic Valvus:

چې د غويو او سرکوزي (خوگ) له والوو څخه دي او يا خو هم مړه شوي انسان د زړه له والوو څخه گټه اخستله كېږي، چې دا ډير بنه پيوند كېږي او لوړ غږونه هم نه اوريدل كېږي. بنسنگني: - بنه فزيولوژيک د وينې دوران صورت مومي، همدارنگه Anti-coagulation ته ضرورت نه پېښېږي.

بدي يا منفي اثري: - وروسته له پينځو کالو (5) څخه په كې تخريب يا Degeneration عمل يې بيره (سرعت) مومي، Perforation او يا هم د Ruptur of the Valvus امکان لري، چې پيښ شي.

- د خوگ د والوو دوام 10-5 کالو او دې غويي اوږد محاله وي.

استطباب:-

په هغه زړو ناروغان كې چې عمر يې له 70 کالو څخه لوړ وي، او يا په هغو بنځو كې چې د ماشوم لرلو غوښتنه ولري (نو دلته د Anticoagulant درملو ضرورت هيڅ نه شته).

B- Reconstruction پروسه :-

1- Open commissurotomie: د Stenose-revision-Vulves په پرانستلي زړه كې صورت مومي.

2- Closed commissurotomie = متوسط Catheter، د يوه ډير لوړ Recidire توقع شتوالی لري، يعنې د بيا تکرار کېدلو احتمال لوړ ده.

3- د Vulves د حلقې نصب کول: - په Insufficiencie په تيره بيا د Mitral vulvus او Tricuspidal Vulvue كې.

C- همدارنگه شوني (ممکنه) ده:

د يوه Cardio-aortalconduitso اېښودل په Inoperabler-Aortastenose چې دلته د کين Ventrikel اړيکې له Aorta سره د يوې فرعي لارې په مرسته نورمال جوړېږي.

D- post operative:

د يوه Endocarditis وقايه په ټولو ډولونو د Vulves كې د ټول عمر په اوږدو كې لژمي او ضروري شميرل كېږي.

Prognosis:

د ننی يا مدرنه عملياتي تخنيک له کبله بڼې دي: - د عمليات په بهير كې د مړينې کچه تقريباً 2% ده.

5 کالو دژوندانه توقع وروسته له Prothesis څخه تقریباً 80-90% ، تقریباً 70% تر 10 کالو پورې وړاندوینه شوي.

لاټین Complication = : Komplikation یوناني:

الف: لاتین dehiscence suture = Sutura dehiscere دي د والوپه حلقه کې Paravulvular-lecks ،
Vulvular ruptur .

ب:- stenosis -Mechanic-dys-function او insufficiencia .

پ: Chronic heamolysis .

ت: - Thrombosis / آمبولي د Prathesis په سیمه کې .

ټ:- Prothesendocarditis .

a .Staphylococcus: ډیری بدې پایلي لري ، - عاجل عملیات .

b .Strepto-coccus: لږ څه بڼې پایلي لري =Conservative درملنه له ثابت یا استواره انتي بیوتیک سره کولای شي ، امتحان شي .

Prophylaxis = وقایه:

1. پرلپسې کنترول یا څارنه:- Echocardiographie-, ECG,Auscultation .

2. Endocarditis-prophylaxis په ټولو مهمو هیمو دینامیکو والوو دیفکت یا نیمگرتیاو کې او همدارنگه په ټولو Vulves Implants ډولونو کې ، او په Operative عملیاتو کې ضروري دي په انتانات (Infection) کې د antibioticum ورکول په یو واري ډیر یا لوړ ډوز بڼه ده نظر لږ یا تیت ډوز ته .

a - هغه جراحي عملیات چې په GIT,Respiration-tract او یا خو هم Urogenital کې سرته رسېږي .

Amoxicillin (Amoxypen) 2gr په اندازه که چیرې وزن (<70 کیلو گرامه بیا 3gr) مخکې له عملیات څخه یعنی یو ساعت مخکې او 1gr بیا 6 ساعته وروسته له عملیات څخه ، که چیرې له Penicillin سره حساسیت ولري نو بیا 1gr Vancomycin په وریدي (I.V) تطبیق یې په یوه لنډ محال infusion د 60 دقیقو په موده کې یوه گړی (1 ساعت) مخکې له عملیات او 6 ساعته وروسته له عملیات څخه ورکول شي .

b- هغه عملیات چې د پوستکي (جلد) له انتاناتو سره اړیکې لري:

Clin-domycin 600mg یو ساعت مخکې له عملیات او 300mg بیا 6 ساعته وروسته له عملیات څخه (احتمالاً د Parenteral له Vancomycin سره لکه څنګه چې پورته روښانه شول) تطبیق شي .

3- تخنیکي یا میخانیکي Valves:

په ټول عمر کې د Phenprocoumon+Anti-coagulation (Marcumar) اخیستل .

هدف:- Quick 15-25% , INR 3.0-4.0

مخکې له جراحي عملیات څخه باید Phenprocoumon بند شي (>50% Quick) او په ځای یې Heparin تطبیق شي .

[[aortic Vulve stenosis = Vulvular Aorta stenose]]

لاملونه:

په ډیره کچه یا غالباً Congenital-bicuspid-Aorta-vulve او یا هم Sclerosis, Degenerativ په هغه ناروغانو کې چې عمر یې زیاد وي یعنې په زاړه (سن) عمر کې.

پتالوژي:

- Commissure سره سرینس (سرش) کېږي، Fibrose مینځ ته راځي او ثانوي منگ (Sclerosis) جوړوي.
- د فشار زیاتوالی په کین بطن کې = د زړه په بڼې خوا کې د بندښ (دمه) کیدلو سبب ګرځي.
- داستراحت یا آرامی په وخت کې ساه لنډی (Dyspnoe) د یوه Decompensation د حالت څرنگوالی یا نښه ده.

کلینیک:

Syncope د ناروغي یوه اخطاریه نښه ده، چې د (Vitium) یا د ناروغي د پرمختګ یا سختي څرګندوی، RR یا د وینې فشار ټیټوالی، د سر تاویدل (سرچرخي) Angina-pectoris، د کار کولو یا فعالیت په وخت کې Dyspnoe، په جس = Palpation سره د زړه په سر یا د زړه په سیمه کې د Fremitus (لاتین) = Fremissement (فرانسوي) = Thrill (انګلیسي) جس کولو وړ وي.

تشخیص:

Auscultation: - د زړه دویم غږ څښتن، لوړمتناظر د ټیټ فریکونسي لرونکی، فنرمانند (Spindel form systolicum) اوریدل کېږي. رادیولوژي: - left stressed heart، د ریوی او عیو بندښ، heart-echo (Systolic-pressurgraden) او د زړه کتیتر پریکړه کوونکی وي.

درملنه:

Diuretica او After load lower د ژغورنې ډېره نښه (همدارنگه په ډیره سخته Decompensation کې هم) درملنه ده او په کار وړل کېږي. د عملیات اساسي علت: - هر Symptomatic ناروغ باید جراحي عملیات شي. پایلي: - د عملیات سره بڼې دي، 5 کال د ژوندانه توقع 90% او مخکې له عملیات څخه د مړینې کچه تر 4% پورې رسېږي.

[[Aorta vulvus insufficiencia]]

پتالوژي:

د کین بطن د حجم بار لوړېږي Blood pressure amplitud pulse-pressure یعنې ډیر لوی تفاوت د systolic او diastolic فشار ترمینځ eccentric hypertrophy (eccentric) او Dilatation = چې دلته کین بطن د diastol په پای کې د لوی قطر لرونکی وي.

کلینیک:

د لیدلو وړ capillary pulse (د گوتو نوکانو کې)، Angina pectoris او فعالیت یا جسماني کار له کبله NYHA III, Dyspnoe د خطر علامه یوه decompensation (بیانه اعاده کېدل) ښي.

تشخیص:

.Decrescendo from immediate diastolicum: Auscultation

درملنه:

Conservative د ACE-Inhibitor (په تیره ACE-Inhibitor) په Decompensation حالت کې بیا Operation .

[[Mitral- Valvulus Stenosis]]

لاملونه:

تر اوسه هم زیاتره کسبي defec یا نیمگړتیا وې د Vulvulus (والوونو)، تر ډېره شمیره هغه روماتیزمل ناروغي چې 10-20 کالو پورې پټ (بدون له اعراضو او علایمو) پاتې کېږي، د یوه Rheumatic fever له کبله مینځ ته راځي.

پتالوژي:

د HCV (د زړه مرکزي حجم) کموالی په تیره بیا په لوړ فریکونسي کې diastol د لنډوالی له کبله - د درملو له کبله د زړه د فریکونسي تیتوالی (Sotalol ، β - Blocker ، Digitalis) د کین اذین (Atrium) د فشار د بار زیاتوالی = ریوی بندښ ترڅو چې د ښي بطن یا ښي زړه بار لوړ شي ، د left-Atrium پراخوالی (Dilatation). د ترمبوز جوړیدنه په زړه کې ممکن ده، چې د Arterialle emboly خطر پیدا شي.

کلینیک:

• Dyspnoe هغه نښه ده چې د ناروغي له سختوالي یا درجې سره ډېرې ښي اړیکې لري (په پیل کې یوازې له جسماني فعالیت سره او وروسته بیا د استراحت په حال کې لیدل کېږي).
تشخیص: Auscultation: - Diastolic-Decrescendo-murmur، د میترال د پرانستلو کېدلو غږ، د زړه لومړی غږ ډېر لوړ وي (Tympanic).

درملنه:

د عملیات استطباب: - NYHA (II)- III ، Pulmonal hypertonie د Atrial fibrillation مینځ ته راتگ. Operation: - په تړلي (بسته) او پرانستلي (باز) Vulvulus Implantation, ، Commissurotomy .

[[Mitral - Valvulus- insufficiencia]]

لاملونه:

Rheumatic Endocarditis, bacterial-Endo-carditis، وروسته له Heart infarct لکه چې Papillar-muscle هم په کې برخه اخیستې وي.

پتالوژي:

په كين اډين كې د فشار او حجم د بار زياتيدل Pulmonal Dom – Le.Atrium-dilatation تر دې چې په نښي زړه كې بار زيات شي، او د atrial fibrillation او Thromboembolia خطر مينځ ته راشي.

كلينيك:

Dyspnoe تر هر څه لومړی د ناروغۍ د ډيروالي يا سخت والي ښكارندويه ده.

Diagnos:

Auscultation: Systolic-decrescendo-Murmur او د زړه دريم غږ.

درملنه:

د جراحي عمليات استطباب: NYHA-III، Pulmonal hypertonie، او د Atrial fibrillation مينځ ته راتگ خطر.

Tricuspidal vulvus defect

په يوازې توگه ډير نادر وي، زياد تر د نورو والوو له نيمگړتياو سره يوځای وي.

II د زړه د Coronar د شريانو جراحي II

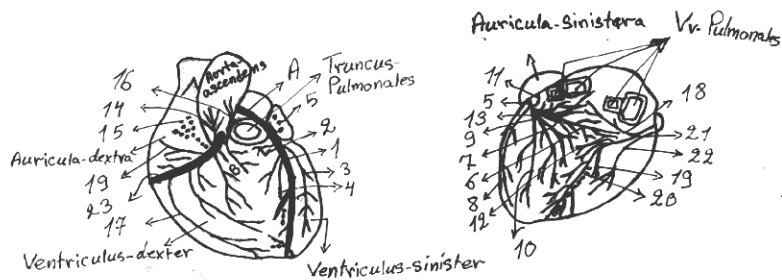
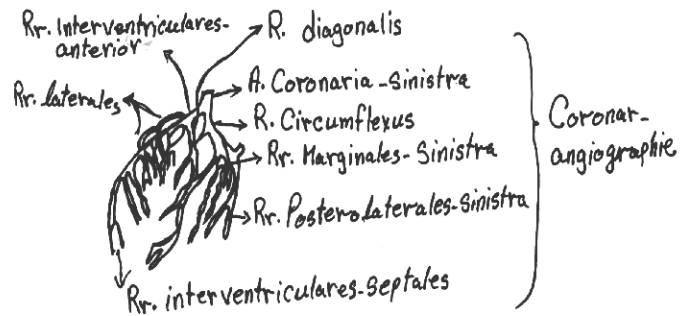
مشابه نومونه يې = coronar-chirurgie د زړه په coronar ناروغيو کې، Angina- pectoris، coronar-myocard infarct، Ischaemic-disease، coronar insufficiens، coronarstenose، sclerosis.

لاملونه:

د Coronarscleros د هغه degenerative بدلون له كبله چې د Intima او يوه برخه دې Media طبقي د Atherosclerosis په چوكاټ كې مينځ ته راځي ليدل كېږي، همدارنگه ډير نور د خطر فكتورونه (risk-factor) پېژاندل شوي دي چې دغه ناروغي مينځ ته راوړي، دوه يا ډيرو دغو ناخوالو فكتورونو يوځای والی دي چې ددغه ناروغي د خطر كچه لوړه او مخ په خرابوالي بيايي لكه:

- 1- Nicotinabusus (همدارنگه په غير مستقيمه توگه = passive هم د risk خطر كچه تقريباً 25% لوړېږي).
- 2- Arterial hypertonie.
- 3- Diabetes mellitus.
- 4- lipid يا شحم د ميتابوليزم ناروغي لكه Hypercholesterinaemia: (6.5mmol/li)، 250mg/dl، HDL<35mg/dl، LDL>160mg/dl، T.ch>6.5mmol/lit= totale cholesterol> Heperlipidaemia.
- 5- Lipoprotein-a-result (Lpca>30mg/dl) لوړ والی (د مقدار لوړ والی).
- 6- دي Homocystemin result>9 micg چې له 9m Mol/lit لوړ وي.
- 7- Adipositas (Metabolic-syndrom) په انگرېزي، Diabetes-I، syandrom x، Adipositas+mellitus او يا خو هم + [Insulin resistance، Pathologic Oral glucose -Tolerance test، (Arterial hypertonie + /hypercholesterinemy Hypertriglycerid.
- 8- د خوځښت كموالی يعنې د بدني روزنې كموالی، Disstress.

- 9- د کورني Disposition يا حالت، Vasculitis يا Angitis .
- 10- بحثونه يا جروبحث په دوامداره توگه روان دي، په دې باره کې چې آیا انتاني فکتورونه هم د خطر له لاملونه وبلل شي، او که نه لکه د بېلگې په توگه chlamydein او يا ډير اتاناتو گډون چې د ناروغي په مينځ ته راوړلو کې رول يا برخه ولري.



Coronar-arteria

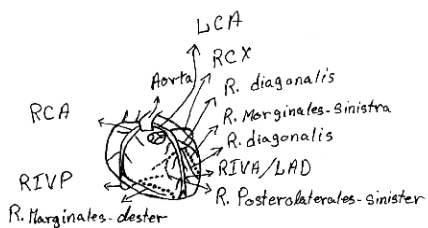
1. R. interventricularis anterior (ant.)
2. R. coniarteriosi
3. R. lateralis
4. Rr. Interventricularis septales (Rr. Septales ant.)
5. R. circumflexus (R. circum flexus sinistra)
6. R. Arterialis anastomoticus
7. Rr. Aterioventriculares.
8. R. marginalis sin.
9. R. atrialis sin.
10. R. posterior ventriculi-sin.
11. R. Nodi sinuatrialis.
12. R. atrioventricularis sin.
13. Rr. Atriales B. Arteria coronaria dextra.
14. R. Coni arteriosi.
15. R. Nodi sinuatrialis (R. Nodi sinuatrialis dexter).
16. Rr. Atriales.

17. R. marginalis dexter.
18. R. atrialis intermedius (R. atrialis dexter).
19. R. interventricularis posterior (Post.)
20. Rr. Interventriculares septales (Rr. Septales post.)
21. R. nodi atrioventricularis.
22. R. postero lateralis dexter.
23. Arteria coronaria dextra (R. ventricularis dexter) د

ادامه یالری ده.

پتالوژي:

1. سیمه: Rcx/R.marginali-sin./R.Posterolateralis-، R.diagonalis/LCA/RiVA sin.RCA/R.marginalisdexter.
2. stenose هغه وخت سریري اعراض مینځ ته راوړي کله چې د بندښ درجه په حدود دې % 70-75 ورسېږي، یا په بل عبارت د کلینیکي اعراض او علایم په دې پورې اړه لري چې د بندښ درجه % 70-75 پورې ورسېږي.



او همدارنگه چې کوم شریان په آفت یا ناروغي اخته ده؟ کین خوا او که ښي خوا؟ د بېلگې په توگه که چېرې RIVA په ناروغي اخته وي نو بیا Symtome یې ډیر قوي یا زیاد دي نسبت نورو خواو ته.

اپیدیمي:

نارینه << ښځینه

بېلونه: دغه بېلونه دې (CCS) Canada-cordial-vascular society په اساس شوي ده:-

- CCS I :- جسمي فعالیت په نورمال ډول د کوم خاص عضلي اسکمي حساسیت ، نه ښي یعنی کوم خاص Myocardial-ischaemia- reaction نه رهبري کوي، یو د صدري درد (angina pectoris) یوازې هغه وخت پیدا کیږي، چې جسمي فعالیت زیاد یا قوي وي.
- CCS II :- په نورمال جسمي فعالیت کې محدودیتونه (تنگستیا وي) وضع کېږي، څرنگه چې په بېره تگ او یا په زینه ختل دغه وخت یوه Angina pectoris پېښېږي.
- CCS III :- دلته جسمي فعالیت ډیر محدود کیږي، حتی په ډیر لږ شاتنه فعالیت سره Ischaemia reaction مینځ ته راځي.
- CCS IV :- Angina pectoris شتوالی دې استراحت په وخت کې.

کلینیک:

a- د angina pectoralis=pectus-angina پېښېدل د ناروغي درجي یا سختوالي پورې اړه لري ، داچې د استراحت په وخت کې او یا د جسمي فعالیت له کبله او څه وخت پېښېږي ناروغ په خپله په دې ښه پوهیږي، د

درد انتشار یا خپریدل کین مت/لاس خوا ، غاړې یا ورمېره خوا د ولي (شانه) شاوخوا ، Mandi bular- inferior خواته ممکن وي.

b- یو بل ډیر تیپیک یا خورا روښانه حالت چې د درد ورکېدل دي د Nitrat medicins (لکه Nitrolingual spray) په واسطه.

تشخيص:

1. Anamnesis او کلینیکي پلټنه ، که چیرې سیمه او دقیقه مشاهده یا پوښتنې وشي نو بیا دې CHD (coronar-heart-disease) د پېژاندنې په هکله آساتیاوې مینځ ته راځي.

2. په Exercise ECG (horizontal) او یا Descendence په شکل د ST-descent یعنی د ST لویدل ، همدارنگه اوږد محاله ECG کې د زړه د ریتم بدلون یا غیر منظم والي چې نوی وي ، پیدا کېږي ، همدارنگه کوم خاص بدلونونه که په نورماله ECG کې پیدا شي ، نو ډیری بڼې لاسته راوړنې وي. Echocardiography (hypokinesia او Akinesia د avital myocard په شاو خوا کې).

3. رادیو لوژیک/Nuclearmedicins پلټنې یا معاینات: Myocard- scintigraphie له تمریني یا exercise-ergometry سره د Myocard-function کموالی د ناروغي د سیمې او پیلې دقیق ښودونکي وي ، یعنی د پیل او هغه سیمه چې په ناروغي اخته ده او زړه د عضلي د فعالیت کم والی (Ischaemia) په ښه وجه یا توگه خرگنده وي.

نوي شیان اوس د PET (Positron-Emissions-tromography) او یا NMR په واسطه دا امکانات شته چې روغي عضلي او ناروغي عضلي ترمینځ سرحد واضح شي
Electron-radiation-computer-tomographie چې دلته منگ یا sclerosis معلومېږي.

4. Coronarangiographie:

Left-heart-catheter-examination = د کین زړه پلټنه (معاینات) د کتیتر په مرسته چې دا د cardiolog د زړه متخصص ډاکتر) له خوا تر سره کېږي، او ددې معاینې په مرسته په دقیقه توگه هغه کورو نار شریان یا شریانونه او هغه سیمه په دقیقه توگه معلوموي چې په ناروغي اخته وي ، د بندښ یا stenose اندازه کول چې خومره ده + د بطین ښوونه (Ventriculography) د بطین د دندې تر سره کولو د ښوونې لپاره تر سره کېږي. البته باید وویل شي چې د کتیتر د تطبیق لپاره کومه ساحه چې ډیر ښه او زیاته استعمالېږي هغه د ښې خوا (right-A.femoralis) له لارې څخه کار اخیستل ده.

5. Radiography:

مخکې له جراحي عملیات څخه Thorax-X-Ray ، د امکان په صورت کې همدارنگه Thorax-CT په ټولیزه توگه د زړه او سږو د فعالیت کچه ، د زړه لوی والی او د Aorta-ascendens منگ (Sclerosis).

6. preoperation duplex sonography of Carotes

درملنه:

Acut by myocard infarct – = بېرني مرستې په میورکارډ انفارکت کې :-

کنترول لاندې څارنه، Sedative او Analgesic دې استطباب په حالت دې Morphine سره (1-10mg) + Diazepam (Paspertin) البته وریدي (I.V.) تر هغه چې خوږ (درد) له مینځه لاړ شي [او یا Metoprolol I.V. (Beloc)، (Valium)، (Dormicum)، Medazolam، (Tramal) Tramadol، (Aspisol) Ass= Acetylsalicylic acid، (Liquemin) Heparin + 500mg I.V. په اندازه د 5000 I.E. په اندازه، د HF 60/min، د O2 ورکول د Nasal sound له لارې = په بیړني توګه یوه روغتون ته ولیږدول شي هغه وخت کې چې د زړه کنتیتر وچوي = (Ruptur).

Thrombolysis: دې Streptokinase او گنتیکنولوجیک-پلازمینوژن-اکتیواتر-رت- (INN), Reteplase, actilyse PA/Humanismus (Rapilysin) د امکان په صورت کې همدارنګه د ژغورنې په موټر (یاد لیږدونې وسایل) کې د Prehospital lysis، که چیرې په یوه حاده مرحله کې دې PTCA امکانات په حدود د 60 دقیقو کې موجود نه وي. Intra-aortal-balloon-counter-pulsation کله چې د زړه پمپ فعالیت ونه کړي البته چې دغه د بالون پمپ د یوه مخصوص کنتیتر په مرسته د یوه PTCA په چوکاټ کې یا شتوالی کې او یا هم نادراً جراحی عمل په واسطه نصب = (Implantat) کېږي.

Interventional procedur -:B

- PTCA=percutanetrans-luminale-coronare-angioplasty=Balloon- catheterdilatation:-

استطباب:

دغه نوع عملیات په یوه لنډ واټن لرونکي وخت کې (فاصله کوتاه) مهمه، مستقیمه موقعیت لرونکې او یوازې توګه مرکزي سټینوز (البته نه په یوه سټینوز کې چې اصلي یا بنسټیز موقعیت لري) تر سره کېږي، همدارنګه بیړني PTCA ممکنه ده چې په لومړي ساعت کې وروسته له Infarct (احتشا) څخه صورت ومومي.

دغه PTCA کیدای شي چې د یوه Stent-implantation په واسطه چې د یوه مخصوص کنتیتر او (Reopro, Thrombocysts-Glycoprotein-Block) سره یوځای پکار وړل شي.

- Rotations angioplastie=Rotablation

دلته د Arteriosclerosis ټوټه یا Plaque د یوه تاویدونکي Caput په شکل لري کړل شي.

- **Leserangioplasty**

دې arteriosclerosis plaque یا ټوټه (پارچه) د Excimer-Laser په مرسته لري کړل شي.

Conservative .C

هغه دارو یا درمل چې په CHD = Coronar-heart-diseas کې پکار یوړل کېږي په لاندې ډول دي.

1. Nitrate، Isosorbiddinitrat لکه Isoket.

2. Molsidomin (Corvaton)، 3. β . receptor blocker (Beloc-Zok, Metoprolol).

4. Coronar spasm په مقابل کې (Calciumantagonist).

Operative D

استطاب:

Head-trunk-stenose (بنستيز بندن يا نيمگړتياوي) ، د Coronar د دري رگونو ناروغي له Bypass-capable distal د کورو نارشريانو همدارنگه د coronar د دوه شريانو ناروغي چې ورسره RIVA برخه ولري (لکه په left heart insufficiencia کې).

بيړني استطاب:

نابيره د يوه dilation پيښه ، cordiogen-shock ، د پړنو يا تازه Infarct د عمليات تگ لاره:-

منځني اوږد واټن لرونکي Sternotomy (Mediane-long's- sternotomy) .

- کوم څه چې په عمليات کې ضروري (اړين) دي:-

Extra-corporall-circulation+heart-lungs-machine پيوستون يې له Aorta-ascendens او V.cava (په پاڼې کې يا دن ورځ (Alternative) يې له Port-access-system سره چې د femoral-vascular له لارې د يوه Bolloncatheter په واسطه تر Aorta-ascen. پورې سرته رسېږي) ، د زړه cardioplegy ، (28-32C°) hypothermy په نني طبابت کې د يوه رگ د Bypass عمليات يې د زړه اوسرو د ماشين څخه سرته رسېږي، چې ورته MIDCAB=minimally-invasive-direct-coronary-artery-bypass وايي چې همدارنگه عمل د le.Anterolateral. Minithoractomie

comtomie عمل تر سره کېږي، چې په دې توگه د زړه په تيره د کورونار رگونو کې په سيمه ايزه توگه د يوه Vacuum extraction (suction cup) او يا خودې Octopus په مرسته Bypass ايښودل کېږي.

- Aorta coronare-Bypass operation

-a A. mammaria-interna-Bypass

-b ACVB=Aorta coronarer vene-Bypass

اختلاطات:

1. د زړه (حرکاتو) غير منظم والی :- Arhythmia ، Myocard infarct او نابيره (دفعتم) د زړه دريدل يا مړينه.

2. heart in ، Pericarditis ، fever) (DRESSLER-Syndrom) = Postmyo-card-infarct-syndrom sufficiens ، درملنه کې د (Glucocorticoid therapie) .

3. د عمليات له کبله :- Cerebral perioperative apoplexia .

4. د Arteriosclerotic-bypass بدلون د Bypass بنديدل ، د بيا بنديدلو سبب Re Stenosis .

5. د Peri card erguss ، pericarditis ، bypass-infection bypass-thrombose .

6. د ننوتلو يا د جراحي د عمل د ننوتلو د ليارې اختلاطات:-

د پرهار (تپ) د رغيدلو ستونزې په sternum کې (2-5%) ، Sternum-osteomyelitis ، Mdeiastrinitis او همدارنگه د thorax نا ثابت والی = Unstable .

7. د پرهار د رغيدلو ستونزې په لاندنيو Extermitat کې وروسته د وريد لري کولو څخه.

وقايه (ژغورنه):

-a Primary prophylaxia

له هغو ټولو شیانو یا فکتورونو څخه ډډه کول چې خطر لري، څرنگه چې پاس یې یا دونه وشوه، لکه د الکولي مشروباتو له حده زیات څښل، 3-4 واري په هفته (اونۍ) کې له 10gr په بنځو کې او 20gr/day په نارینه و کې هره ورځ د (د نورو مایعاتو څښل لکه 1/8 په تیره 1/4li د لیتر wein) د اوسني ریسرچ یا پلټنو له امله څه ستونزې نه پیدا کوي.

په بنځو کې وروسته له Menopaus څخه د Osterogen ورکول کوم اثر نه لري.

-b Postinterventional prophy / post-operative

چې ثانوي وقایه هم ورته ویل کېږي.

د شحمي موادو یا د شحم د میتابولیزم عمل یا په بل عبارت د شحم د اندازې تیتیدلو د ثبات لپاره هڅه (هدف $LDL < 100 \text{mg/dl}$).

د لوړ فشار د arterial hypertonus درملنه (هدف $RR=140/90 \text{mmHg}$)، دیوه diabetes-mellitus دقیق ساتنه (هدف $HbA_{1c} < 6.5\%$)، ASA 100 mg / day د عمر تر پای.

تفریقي تشخیص:

- Prinzmetal's-angina=coronar-spasmus (یو امریکایي ډاکتر) نوم

درملنه: - Calcium antagonist

- TIETZE-Syndrom , Vertebral-Thorax-Dolent

(د درد شتوالی د پوښتیو په سیمو کې چې له Sternum سره اړیکې لري) ، Pancarditis ، Pulmonal embolie ، Refluxoesophagitis

- DACOSTA-Syndrom ، Psychosomatic=functional-thorax-dolent ، د زړه ناروغي د ډاریدلو له کبله عصبي ناروغي.

- Exclusion diagnosis

[[Vagus stimulare pacer , defibrillator = cardioveter

اناتومي:

د conducting-system-of-heart = د زړه د تحریک یا هیجان انتقالی یا لیږدونې سیستم له لاندنیو برخو جوړ شوي دي:-

(His-bundel) Fasciculus-atrioventricularis, AV-Knots(Nodus), او دواړه Towara-thigh په

بطیناتو (Ventricls) او په Ventricks کې د Purkinje fibres کې.

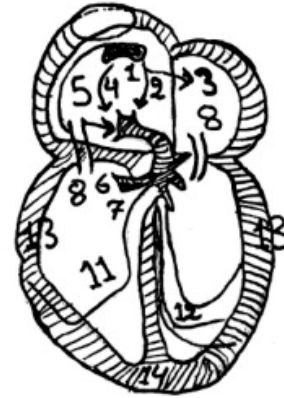
استطباب:

د دیوه Cardioveter د ایښودلو (نصب کولو) استطباب په cardiologe او دهغه آلي په نوعیت پورې چې ضروري وي اړه لري.

a- Cardioverter - په (Typ-II°/Mobitz,III°) AV-Block+Frequence<50/min+ او يا د Syncope پيښې ،

همدارنگه

- 1- Sinus-nodus.
- 2- anterior internodal bundle.
- 3- Bachmann-bundle.
- 4- Medial inter nodal bundel. (Wenckebach)
- 5- Posterior internodal bundle.(Thorel)
- 6- James- Bundel.
- 7- Mahaim- bundle.
- 8- Kent- bundle.
- 9- AV- Nodus.
- 10- His-Bundle (Fasciculus- atrioventricularis)>
- 11- Right Tawara-thigh.
- 12- Left- Tawara-Thigh.
- 13- Purkinje-fiber.
- 14-Septum-interventriculare,Atrium-fibrillation+Brady



همدارنگه: Sick-sinus-syndrom د سينوز د غدې دريدل (توقف) دريدل Asystoly د Carotis-

sinussyndrom له كبله.

:Cardioverter .b

(dilatation) Dilitative او يا Maligne- ventrical-Tachycardie+ hypertrophic-cardiomyopathie
 V.Fibrillation او tochy-cardie-V.arrhythmie-Recidive چې د زړه د دوران د ذريدلو (نايبره د مړينې يا د زړه دمړينې) سبب گرځي، اصلي لاملونه بلل کېږي، چې د دارو يا درملو په درملنه او يا د Anti-arrhythmic-OP. او يا Catheterablation خواب ورنه کړي، يا روغ نشي، کوم شی چې اوس نوي پکار وړل کېږي. هغه atrial-Defibrillator ده ، چې دغه په refractor درملنې کې په paroxysmal atrial fibrillation حالت کې ايښودل کېږي.

يادونه: - دغه آله په لومړي ځل په کال 1958 کې Implantat شوه ، په لومړي ځل Cardioverter په USA په کال 1980 کېښودل شو.

:Diag.

1. Anamnesis او کلييکي پلټنې، استطباب په واقعي توگه د Internst يا cardiolog له خوا ايښودل کېږي، البته د ECG د گراف په لاس کې لرلو په بنياد.
2. Radiographie : د Thorax ليدنه د OP-Plan لپاره او وروسته د Cardioverter د ځای په ځای کولو څخه د کنټرول په خاطر .

درملنه:

-a Conservative

په arrhythmia کې مختلفې anti arrhythmie درملو څخه گټه واخيستل شي يا امتحان شي + په Ventricular-fibrillation کې له ماشيني تطبيقاتو څخه گټه پورته شي (-Electrophysiologic examination)، (Medication) ممکن وي. Anti arrhythmica (د داخلي کتاب کې دې وکتل شي).

-b Operative

- په Peri operative وخت کې پروقاويوي ډول د انټي بيوتیک (وقايه لپاره) د بېلگې په توگه -Claforan Cefotaxim 2.0g تطبيق شي.

- Cardioveter

د Local anasthesy په مرسته د يوه (په تيره بيا دوه).

Trans venose-endocardial-Electrode اينسودل V.Cephalica له مينځه تر بني بطين پورې پرمخ يو وړل (ټيل وهل) شي (په دوهم Electrode باندې كيداى شي، چې په بني ادين کې هم چنگك واچول شي). د دغه Electrode كنترول د راديو سکوپي (Radiotio) په واسطه Electrode اړېکې له Cardioveter-generator سره په Subcutan د M.Pectoralis باندې سيمه کې غرس = Implantat (ډيره په بني خوا کې) کېږي، وروسته بيا نو دغه آله يا Cardioveter ته پروگرام ورکول کېږي (البته د Internist له خوا).

- Cardioveter

Anterior/Lateral-thoracotomie او Median-sternotomie او نـــــــصــــب کـــــــول د دوه epicardial-Difibrillationselector، دغه د خپولو آله د بطن په جدار کې البته د بطن په پورتنې (علوي) برخه کې تشبيـت کېږي، Post-operative-Anti-biotic-prophylaxis، همدارنگه -BULAU Thoraxdrainage نوي طريقه يا ميتود هم له Transvenose implantat - Electrode (په دې ميتود کې Thoracotomie نه اجرا کېږي، يا په بل عبارت بې له دې چې Thoracotomie) اجرا شي، د Electrode نصب کول په Right Atrium او Right ventricle کې، او يو هواره (پلن) الکتروود تر جلد لاندې = (Subcutan) او په Ventricle sinister کې په دغه سيمه کې اينسودل کېږي.

اختلاطات:

1. په نابيره يا دفعتاً د زړه مړينه د عوامو په اصطلاح د زړه دريدل.
2. Hemato-/pneumothorax، heamatom-OP د Plexus-brachialis-lesion، Arterial-falsfunction.
3. د پرهار يا ټپ د رغيدو ستونزې، د ماشين يا آله مکروبي کېدل.
4. Phlebothrombosis په V.Subclavia.
5. په زړه کې د Electrode-dislocation.
6. د الکتروود د مزې (لاين = Line) ماتيدل يا قاتيدل.
7. داخلي Decubitus تر دې چې د نرمو اعضاو چاود بدل يا سوري کېدل.

8. مخکې له وخته د بطري چارج کم کيدل يا له فعاليت څخه لويدل ، نورمال وخت يې 7-10 کاله .
9. cardioverter - لنډ محاله ، قوي دردونه دى ، defibrillation / Cardioversion په وخت کې وي .

Prog - انزار = پايلې:

د Cardioverter-implantation د عمليات له کبله خطر نژدې 0% دې په Cardioverter-Implantation + Thoracotomy کې معلوم دار چې لږ څه لوړ وي ، (Perioperative Mortalitat 1-9% ده) .

وقايه = ژغورنه:

1. د cardioverter د دندې (وظيفي) کنترول په 6 مياشتو کې البته د cardiolog له خوا.
2. دغه ناروغان بايد له برقي شيانو څخه ځان وساتي ، هيڅکله NMR معاینات ونشي ، او دې Mobile telephone هم اجازه نه لري.

{{ Cardio myoplastie }}

مشابه نومونه (ورته نومونه) : dynamic-cardiomyoplastic

تعريف: - پيوند کول يا پيوند ايسودل دې M.latissimus-dorsi cricular - په زړه باندې (يا په زړه پورې) ترڅو چې د زړه له عدم د کفایه (cord insufficiens) څخه مخنيوي وشي .

Indication

په (dilatative cardiomyopathie) decompensator-cord insufficiens ، په لوړه درجه د I.V.function د کين بطن دنده محدودیتونه، او (NYHA III, IV) ، کله چې د زړه Transplantation ممکن نه وي .
درملنه:

الف: - جراحي عمليات:

Indic. - alternative د زړه Transplantation په decompensator-cordial insufficiens هغه وخت چې د زړه ورکونکې اورگان شتوالی ونه لري ، يا بعباره کله چې د مړي ژوندی زړه شتوالی ونه لري ، يعنې اجنبي يا پردی زړه په لاس کې يا اختيار کې نه وي .

ب: - alternative کولای شي ، چې يوه برخه (هغه برخه چې نور نشي کولای ، عضلي تقلص = muscle-contraction وکړي/ ندبه وجود لري ، يا خو aneurysma) د I.V (يا کين بطين) Reseciart شي .

(LV- Reduction, يا BATISTA – OP or modification – DOR – Ventricle reconstruction).

{{ Pericard – disseas }}

بېلونه:

الف: - acut infection's pericarditis

ب: - Pericard-Tamponade

ج: - Constrictio pericardii ← chronic pericarditis

لاملونه:

جاده: - acut

pericarditis, mephrotie-syndrom, urimie pericarderguss, bacterial viral
کبله (-Heamopericord).

Anti coagulance therapie, Cord operation, Thorax trouma.

Chronic = مزمن :

Constrictive-pericarditis د حاد بریکادیسز (باکتریایی یا ویروسی، او یا یوریمی چې له 3 میاشتو څخه
زیاد وخت په بر کې ونیسي، په پای یا تعقیب کې مینځ ته راځي، ناپیژاندل شوي + (Idiopathic)،
Rheumatic، neoplastic او یا Tuberculous د فعالیت له امله تر څو چې Pericarditis calcarea (چې د
Armored heart هم ورته وایي) باندې بدل شي یا وا وړي.

پتالوژي:

Pericard tamponad په انگریزي = heart-tamponage (< 200ml) او یا Constrictiv-peri-carditis - چې د
زړه د خلطي (Peri card) د فشار د لوړوالي سبب ګرځي، د بطيناتو د diastolic ډکیدلو کمښت یا لږوالي +
بندښ یا موانع د زړه څخه مخکې جریان کې صورت مومي سبب د hypoperfusion د قلبي عضلي
(Myocard) کېږي چې پایلې یې Myocardial atrophie ده.

کلینیک:

الف: - Venous-congestion (Vena-Jugular-congest)، Tachycardie + Circulatorie-disorders او
Tachypnoe، hypotonie او Retrosternal dolor، dyspnoe کله چې استراحت کوي د درد کچه ډیرېږي،
تبه .

ب: - hepatomegalie، د کبد Congestion cirrhose (Cirrhos cardiogy، Must-catnusslever)، د بطن
پاړسوب Ascites.

ج: - په حاده مرحله کې Cardiogenic shock او Asystoly ممکن ده، Paradoic Puls (د Inspiration په وخت کې
نبض) یا لږ کېږي او یا هم وړک کېږي.

ناروغي پیزاندنه = Diagnose:

1. Anomnesis او کلینیکي پلټنې: - د زړه د غړونو آرامه کېدل - Venouscongestion
pericordialattrition - murmur پراخیدل رادیوګرافي: - په (thorax) کې د زړه لوبدل یا پراخیدل ښکاري
او تر شعاع لاندې د Pulsation = د نبض حرکات وړکېدل څرګندېږي.

همدارنگه په pericarditis-calcarea کې د زړه شاوخوا کې د Sclerosis (منګ) خیال څرګندونه کوي.

3. Sonographie او Echocardiographie:

د مایع شتوالی د پریکارډ په جوف یا خلطي کې، او همدارنگه د بطيناتو د پمپ کولو د دندې کموالی یا
محدودیت ښوونه کوي.

4. ECG:

تیب و لتاژ ښوونه: - نظر په دې چې ناروغي څومره پرمختللی ده، نو د ST لوړوالي، T پلنوالی، د T منفي
کېدل.

5. CVP:

د مرکزي وریدونو فشار لوړېږي یا لوړوالي ښي.

6. Cordcatheter:

Dip-pleau-phenomen (مخکې له وخته د دیستوال لویدل) په R.Ventricle د فشار جریان، یعنی مخکې له وخته د دیاستول لویدل د ښې بطني فشار له کبله.

درملنه:

الف: - محافظوي:

په حاده مرحله کې Pericard puncture، د sonographie په مرسته د Xiphoid له سیمې څخه ویستل او د اصلي یا رسالتي ناروغیو درملنه جدي مراقبت.

ب: - جراحي عملیات:

استطباب: - Thorax-trauma + د زړه ژوبلیدنه، د پریکارت مزمن ناروغي هغه وخت چې د زړه د دندې (وظیفې) د کمښت لامل وگرځي.

- Thoracotomie - Trauma: د وینې درول او د ژوبلي ساحې یا دیفکت ګڼدل.

- Chronic: په recidiv Erguss کې Peri-card-fenestration (همدارنگه د Thoracoscope په مرسته هم ممکن ده).

په Constrictive pericarditis کې بیا نو د Decortication عملیه پکار وړل کېږي، څرنگه چې Pericard-resection د L.V او RV د پاسه صورت نیسي.

Prognosis: ښې پایلې: کله چې Decortication او یا Pericard-fenestration صورت ومومي نو 80% په پېښو کې د زړه فعالیت ښه وي.

OP-Letaliteat 2% =

: DD

- Traumatic: heart-contusion (د زړه څپل) بې له دې چې Tomponad او Aorta Ruptur ولري.

- Pericard Tumor, Pericard cyst

- Perimycarditis د Pastmyocard infarct syndrom له کبله (DRESSLER-Syndrom) وروسته له

cordial ischemia او یا Past-cardiotomy-syndrom (مشابه نوم، -Post-commissurotomy- Syndrom وروسته د زړه له عملیات څخه - احتال لري چې په دغه حالت دې Autoimmunologic فعالیت

له کبله وي، درملنه: Glucacorticoid.

[[Cardial Tumors]]

لاملونه:

الف: - د زړه ابتدائي تومورونه: - له Myocard, pericard او یا Endo-card څخه منشه یا سرچینه نیسي.

Benigne = سليم : - Papillaris-Fibroelastom Lipom ، Myxom (L.atrialis) Cardialis ، چې د زړه په
Volvus پورې اړه لري) ، Fibrom ، Rhabdomyom ، Heamongion ، Teratom ، mesotheliom-،
hamartom.

Maligne = خبيث: - (Haem) Angiosacom) Rhabdomyosarcom ، Fibrosarcom ،
ب: - د زړه شانوي تومورونه: - د ليرديدنې = Mastestase په ډول (په تيره بيا Mommacarcinom او
Pulmonal Tumors).

پتالوژي:

- Incidence: د احصايه له مخې: - ډير نادر دي، په انسانانو کې د ټولو تومورونو 0.05% جوړ وي.
- 75% يې سليم تومورونه دي، چې له هغې ډلې څخه 50% يې Myxom تشکيل کوي، او تقريباً 25%
خبيث تومورونه دي.
- په ماشومانو کې ډيره Rhobdomyom او په لويانو کې ډيره Myxom دي په مناسب عمر له 50 کلنۍ
څخه لوړه ده.

کلينک:

- الف: - په ټوليزه يا مجموعي ډول: - د زړه د حرکاتو يا ريتم ستونزې يا غير منظم والی د زړه د Volvus
تنگوالی Stenose، کله چې د زړه والونه تيل ووهل شي.
- د ميوکارد اسکمي د Coronar arteria ostum تر فشار لاندې راشي يا له بلې خوا تيل ووهل شي (Aorta-
Vulvus fibroblastom).
- Syncope , pulmonal oedema (کله چې دميترال والو تر فشار لاندې راشي)، د وينې د دوران عدم کفايه په
آني يا حاده توگه تر دې حده چې نابيره زړه مړي يا په تپه ودرېږي.
- ب: - V.congestion. R.heart insufficiens. کله چې بني زړه هم برخه واخلي.
- ج: - Myxom: -75% په LA (Fossa-ovalis) کې هميشه وي، چې د Arterialenboly خطر موجود وي،
Pulmonal-congestion او Dyspnoe د اذین (atrium) د تيل وهلو يا بې ځاي کېدلو له کبله.
- د: - کورني Myxom complex (د out-dom او ارثيت له کبله)، له Cutan-Myxom ، Testes، Mamma-،
Fibro-adenams او Hypophys Tumor سره.

Diag.

1. (Emboly) anamnesis او کلينيکي پلټنې: -
د زړه د والونو د دندو کتنه -Heart murmur ، Tumor-Plop وروسته د زړه له دويم غږ څخه.
2. Echocardiography ، په تيره بيا (TEE) يا Transoesophagea.
3. راديوگرافي: CT يا NMR ، Coronarangiography او Ventriculo graphy (په خباثت کې د رگونو
جوړښت يا ساختمان ، همزمان يا په عين وخت کې د والونو عدم کفايه يا CHD ؟).

درملنه:

جراحي عمليات:-

استطباب:- کله چې ناروغي تشخیص یا وپېژاندل شوه، بې له ځنډه څخه OP ځکه ډیر وخت بې اختیاره یا سریع ډول وده کوي او د آمبولي خطر مینځ ته راوړي.

[[Mamma Chirurgie]] د ټډي جراحي

:Anatomie

سیمه: Mamma (ورته نومونه ټډیه، تیء Milk-glandula breast) له 2-3 څخه تر 6-7 پونښتو (Costa) تر مینځ قرار لري، او د Axilla ant. تر Parasternal خط (لیکې) کش شوي دي او د M.Pectoralis Moj. له Fascia سره اړیکې لري.

احتمالاً همدارنگه د M.serratus ant. شحمي عداوات له Fascia سره اړیکې لري البته کله چې ټډیه ډیره لویه وي.

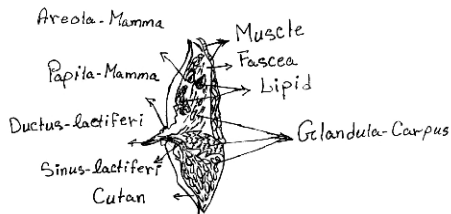
د ټډیو لوټیدل یا نمو کول تل د بلوغ په عمر کې صورت مومي او داد Ovarial hormone د زیاتوالي له کبله پېښېږي.

وزن یې (وروسته له بلوغ څخه) 150-400 g او د بار داري یا حاملگي په وخت تر 600g پورې رسېږي، د شیدو ورکولو په وخت کې تر 800gr پورې رسېږي.

جوړښت: له دوه (2) برخو جوړه شوي دي:

الف:- Glandulae carpus

ب:- Lipo-connective-tissue- corpus



الف:- Glandulae-carpus - دا د connectiv tissue په

واسطه 15-20 Lubus باندې ویشل یا تقسیم شوي دي:

اساساً هر Lubus داسې جوړ شوي یا ترتیب شوي دي، چې

هر یو یې له یوه Ductus-lactiferus (د شیدو لاره) سره

اړیکې لري، هر یو Lubus بیا په خپل وار بیا هم په 10-15 لوبولي (= 10-15 Ductuli+Lubuli) ویشل شوي دي.

Lobulus متشکل له 20-40-Alveola (چې شیدې جوړې) څخه دي Alveol او Acini د Myoepithel لرونکي دي، چې د Oxytocin-stimulation (په تېره درودلو په وخت کې) له کبله تحریک او تقلص کاندې.

ب:- Lipo carpus - Lobulus د دغه شحمي جسم په واسطه پوښل شوي دي او شمیر یا مقدار یې د عمر په زیاتیدلو ډیرېږي.

ج:- Connective-Tissue:- Lubus او Lobulus تر شاو خوا عصبي ریښې (اعصاب) او اوعیه تیر شوي دي.

:Papilla mammae = Mamilla

چې له glandula sudoriferae, (Montgomery-glands, Glandula areolaresy, Areola- Mammae = Sweat glands او Sebaceous-glands.

ښویې عضلي (عضلات لشم) د Mamillae په جوړونه (تاسیس) کې د رودلو (مکیدن) لپاره لویه ونډه لري.

مخکې له Mamilla څخه Ductus lactiferus ځان خپروي تر څو چې ځان Sinus lactiferus ته ورسوي، وروسته ځان بیرته یا خپل قطر بیرته تنگه کوي او خپله خوله د Mamilla څوکې کې خلاصوي یا ورسره وصل کېږي.

:Arteria

- Medial: (په اصل کې ICR 3 او 2) څخه Rami mammarii mediales (یعنې په اصل کې د پوښتی-یعنې دې دویمې یا دریمې پوښتیو له مینځ څخه سرچینه نیسي) چې له A.Thoracica-interna (ورته نومونه A.Mammaria-int او له A.subclavia) -Lateral -Rami mammarii Laterales دې تورکس شریان دي A.axillaris د جریان له ساحې څخه (A.Thoracica lat. او A.Thoracodorsalis) اروا کېږي.

-:Intercastal arteria -Basis

:Venein

areola mammae دې plexus-venasus-areolaris اړیکې یې دي subcutan او عمیقو وریدونو ترمینځ، جریان یې دې V.Thoracica-Interna lat. V.Vasa-Thoracica او احتمال لري چې د بطن د جدار وریدو ته (V.Thoracica-epigastrica) او د پاسني برخې په V.Jugularis-extern ته رسېږي.

:Nervus

Anteriores او یا Rami cutanei laterales چې له Intercostal nervs (چې اصلاً له 2-6) او د غاړې (Cervical) څخه له Nn.Supraclavicular د Plexus Cervicalis څخه سرچینه نیسي جوړېږي.

لمفاوي جريان يا بهير:

1. د Axilla په لور (Level I-III):
NII.Pectorales-interpectores-axillares-centrales او (Infraclaviculares)Apicales او همدارنگه په پرله پسې توگه د supraclaviculare او cervical خواته.
2. په امتداد د A.Mammaria-int. د Parasternale او Mediastinal لمفاوي عقداو تو لور ته (او ادامه یې د پوښتیو خواته تر Ductus-Thorcicus) پورې مخکې له Vertebral-column (Spinal-column) څخه.
3. د ټیږې Contra Lateral خواته (د NII. Pectorales له لارې).
د Axillar سیمه ډیره مهمه ده، د Mamma-ca. لپاره هغه سیمه چې ډیره اخته کېږي، د جراحي عملیات په وخت په آسانتیا یا ساده توگه لاره ورکوي، دا جوړ شوي دي، (متشکل دي) له تقریباً 30-60 عقدو څخه. مهم گروپ یې Level I= چې د M.pectores د څنډې په lat. کې قرار لري په متوسطه = اوسطه توگه LN.12 (دولس عقدي) دي، دا هغه عقدي دي چې په لومړي توگه او تر ټولو ډیره د میتاستاز سیمه یا پټین ځای ده، چې په میتاستاز اخته کېږي، (لومړني لمفاوي عقدي = Sentinel-LN=L.N).
ددغه عقداو لري کول په عملیات کې په تېره بیا د پایلو (Prognose) د دلایلو له کبله او د راتلونکي درملنې د ټاکلو لپاره صورت مومي.

Physiology

Lactation: د شیدو جوړیدنه اودهغه افراز (secretion) د Acini/Alveole په حجراتو کې او د نهایی (Terminal) لارو څرنګه چې د Myo epithel cells د هورمونو پورې اړه لري، په دې معنی چې د شیدو جوړیدنه مستقیماً هورموني اغیزې تاثیر لاندې وي.

له ولادت څخه وروسته کله چې د پلاسنټا (Placenta) د هورمونو په لویدلو +Prolactin په لوریدلو د شیدو په جوړیدلو یا بهیر باندې ضربه وارد کېږي، تر څو شیدې جریان پیدا کړي، 2-3 ورځو وروسته له ولادت (زېږونې) څخه (Post partum) له شیدو څخه مخکني مواد چې colostrum ورته وايي جوړېږي یا شتوالی لري، چې ورته په لاتین Colostrum secernere ویل کېږي.

- Prolactin (له Adeno hypophyse څخه) :- مخکې تیاري نیول = Lactogenesis او Galacto- genesis او Galactopoesis دنده لري، Oxytocin (Secretion = تر شحي دنده له Neurohypophysis څخه او Production د hypothalamus- Nucleus سیمه کې).

- په mamilla کې د tactus عوامل (بڼورونې) د تقسیم کولو یا د ویشني دنده چې سبب د تقلص (contraction) د Myoepithel- cells د mamma په اصلي لارو کې کېږي، چې دا بیا د شیدو د خالي کېدلو یا Galacto kinesis سبب ګرځي.

- HPL, oestrogen (Human placental lactogen) :- چې د Epithel-nodus-proliferation لپاره د stimulation دنده په غاړه لري.

- (Progesteron)=gestagen :- د تر شحاتو د آماده کولو یا تیارولو د پرمختګ او ښه والي دنده لري.

په عمومي ډول سره د Mammae پلټنه (معاینه).

عمومیات: د تډیې پلټنې باید په څلورو مربعو کې ولټول شي، یعنې دغه سیمه په څلورو برخو ویشله شي او لاسته راوړنې یې د هرې مربعې په نامه ولیکل شي.

لیدنه=Inspection:

وضیعت، حالت، موقف = ناروغ په ولاړې قرار و لري.

الف:- لاسونه نرم یا په آرامه توګه ځوړند .

ب:- لاسونه پاس په سر یا کوپړی ایښودل.

ج: لاسونه په حوصله ایښودل په دغه درې حالاتو کې د Mammae لیدنه او دهغه طبیعي حالت له غیر طبیعي حالت څخه بېلول.

لوی والی او جوړښت یا Form:

یو نومور کولای شي هر څومره چې کوچنی یا وړوکی وي، همغومره ډېرې ناخوالې رامینځ ته کړي څومره چې یو لوی (غټ) نومور یې کولای شي، څه شی چې ډېر ډپام وړوي هغه د دواړو خواوو یو شانوالي او تناظر دی او همدارنګه anamnesه ته زیاته پاملرنه وشي.

Surface autlin = سطحي نمايي:

سيمه سره راټوله شوي ده او که نه؟ همواره (پلنه) ده که نه؟ د پوستکي رنگ بدلون موندلی او که نه؟ Nodus جوړ شوی او که نه؟ د نارنج د پوستکي په شان د mammae د mammae د پوستکي جوړښت (انگریزي Orange-peel-skin)، فرانسوي peaud-orange چې د وریدونو د زیات والی او اذیما نښې بللی کېږي.

Mamille -

سیمي (موقعیت) یې بدلون موندلی، Eczema، Protraction=protractus، او یا retraction=Retractus، secretion.

Palpation

د لاس د ورغوي (کف دست) په واسطه له باندې خوا څخه دننه خوا ته جس یا Palpation صورت مومي، په نورمال ډول قوام یا سختوالي له Lateral څخه Medial خوا ته کم کېږي، همدارنگه د پوستکي (جلد) میلان یا خوځښت د غدې (ثدییه) د جسم په سر او د LN موقف په تخرگ (Axillar سیمه کې) همدارنگه په Supraclavicular سیمه کې ولټول او تر پلټنې لاندې ونیول شي.

[Congenital – Anomaly – of – the-Mamma]

دغه غیر طبعي ډولونه یا خود زېږېدو له پیل څخه شتون لري او یا خو هم د بلوغ (=Pubertas = Puberty انگریزي) په وخت کې مینځ ته راتلای شي.

Athelia

د Mamille نشتوالی په یوه یا دواړو خواو کې = درملنه: - د امکان په صورت کې د بنسکلا یا cosmetic پیوند (د مقابلې خوا څخه او یا هم دې Labia majora et. Minora او یا ممکن چې Tattoo = خالونه پرې ووهل شي).

Amasty

د یوې خوا یا دواړو خواو د Mamma نشتوالی (= Aplasy)، = درملنه Prothese-implantation هغه وخت که چیرې د رواني مشکلاتو سره مخامخ وي اجرا کېږي.

POLAND – symptom – complex

د یوې خوا د Mamille یا Mammae هیپوپلازي او یا Aplasy همدارنگه د M.pectoralis، دهمغې خوا د Nephro یا بډوډو هیپوپلازي او یا اپلازي، د لاس h.syndactyly = homolateral-syndaktyly (چې په پتالوژیکه توګه د A.subclavia د بندښ له کبله د Embryonal په وخت کې مینځ ته راځي).

Anisomatie

د دواړو خواو د Mamma لویوالي (غت والي) په مختلفو اندازو یعنی یو غیرمتناظر بدلون د حجم له نظر څخه په دواړو خواو کې.

Cave = خالي، تر مینځه نیم شوی او یا هم هواره Verruca (زخو په شکل) وي چې نادر دي او ممکن د ماشوم ته د رودلو (مکیدن) ستونځې مینځ ته راوړي.

Polythelia

د ډیر شمیر verruca شتوالی چې له Axilla څخه پیل حتی تر Vulva پورې رسېږي، چې البته دغه شمیر له 1-5% بنځو کې لیدل کېږي.



ډولونه: الف: Polythelia-areolaris = سر بیړه پر دې چې یوه Areola mammae لري، د Mamilla او غدواتو شتوالی په کې موجود وي.

ب: Polythelia-Mamillaris = سر بیړه پر دې

Polythelia-completa, mamilla سر بیړه پر دې. Mamilla او Areola (دې

ثديي د غدواتو جوړښت) نه لیدل کېږي.

سیمه: - ډیر په Axilla او پاسنی/لاندنی سرحد د Mammae کې شتون لري.

درملنه: - د بنکلا په خاطر د دوی لري کول.

Polymastie

زیاتره له یوې سیمې څخه (د Milk line له سیمې) پیدا کېږي.

Polymastia-glandularis: - سر بیړه پر دې heterotopes glands- tissue چې Mamillia نه لري.

Polymastia-completa: - سر بیړه پر Mammae د Mamille او Gland tissue+Areola لرونکي وي.

درملنه: - جراحي عملیات د لري کولو په خاطر.

[[دې ودې (نشوونما) غلط جوړښت]]

په ډیره کچه دواړه خواوې اخته (مصاب) کېږي.

الف: - micromastie (= mammahy perplasia).

په ډیره کچه دواړه خواوې اخته (مصاب) کېږي.

ب: - Macromastie (Gigantomastie):-

د یوې خوا یا دواړو خواوې ثدیو له حده زیات غتیدل چې د هریو وزن یا حجم تر 800ml لوړ یا زیات وي.

[[Mastitis]]

ورته نومونه = syno: Mastadenitis, Mamma-inflammation د ثدی التهاب.

Thelitis: یوازې د Mamilla (Nipple) ساحه التهابي کېږي.

Aetheologie (لاملونه):

الف: - Puerperium او یا د شیدو ورکولو (Breast feedin) په وخت کې د شیدو تولیدنه (دمه کېدل)، د

Areala/Mamilla چاودونه= درزونه=Rhagada د شیدو ورکولو په وخت کې په پوره توګه نه پاملرنه پاکي او

نظافت ته د ماشوم له پزې اوستوني (= Naso-pharynx) څخه د مکروب یا اتاناتو لېږدونه چې (-Mastitis

puerperalis) هم ورته ویل کېږي، چې تقریباً 70% فیصده د ثدي التهاب جوړوي، د پاسني لاملونه هغه

زمینې دي چې د Mastitis په جوړېدو یا مینځ ته راتلو کې لوی رول لوبوي.

ب: - د Secretus بندیدل یا دمه کېدل په hyperprolactinemia کې.

ج: - د Mammae يا Mamilla ژوبلبدنه، د ثديې په څوکه کې د حلقې يا زيوراتو بندول (چې البته په غربي هيوادو کې رواج لري) د Mamilla د شاوخوا Mastitis non puerperalis = Eczem. د - مساعده زمينه: - له دخانياتو څخه استفاده.

پتالوژي:

1. د Infection يا مکروب ننوتل مخ په پورته توگه يا Ascendence توگه د شيدو د قناتو له لارې او ياد Mamilla د کوم چاود يا درز له لارې د شيدو رودلو په وخت کې سبب د التهاب په Mamilla کې کېږي، چې Thelitis ورته وايي چې: وروسته په Paranchym کې د لمفاوي سيستم له لارې خپرېږي.
2. Germ يا مکروب: - په ډيره کچه Staph-aureus، نادراً Bacteroids، proteus، E.Coli، Pyocyanus، او يا گډانتانات، Mycose، Tuberculose، او parasits هم کېدای شي لامل وگرځي.

اپيديمي:

الف: - مساعد عمر: 20-30 کلني او 50-60 کلني.
ب: - يو Mastitis puerperalis تقريباً 1% د Pregnancy په وخت کې پرمختگ کوي او وروسته له ولادت څخه له ډيرو اختلاطاتو څخه ده چې 1-2 اونۍ وروسته له ولادت څخه هم دوام پيدا کوي.
- Tumors: ټول هغه تومورونه چې د ثديې په غده کې مينځ ته راځي.
- Eczematose) Marbus-PAGET بدلونونه په Mamilla چې له Carcinoma-in-situ د شيدو په قنات يا لارو کې وي، Inflammatory mammae Ca.

Gynecomastia

تعريف: (Dinflation):

غير طبعي لوئيدل (غټيدل) د يوې يا دواړو خواو د نارينه Mamma د غدواتو او يا د شحمي tissue د hypertrophy له کبله په نارينه جنس کې.

Aetheology = لاملونه:

1. Idiopathic = نامعلومه يا ناڅرگنده.
2. Hormonal (دې Oestrogen له حده زياتدافراز کيدل او دې Androgen کم والی):
KLINEFELTER-Syndrom-(XXY)، د Testicle (خصيه) بنځينه کيدل (د دغه Orang (غري) مقاومت د Testosterone په مقابل کې)، REIFESTEIN-syndrom (pseudo-hermer-aphroditismus)، Testis-orchis atrophy، costration، hypothyreosis د Testis هورموني بڼه لرونکي تومورونه (Chorion Carcinom، SERTOLI-cell-Tumor، LEYDIG-Cell-Tumor)، د هپيروفيز تومورونه چې د Prolactin او Gonadotropin دمخ په زياتېدونکي افرازاتو سره، Acromegalie، د فوق الکليه غدواتو تومورونه، د Androgen receptor defect.
3. hepato-Cirrhosis (چې د Oestrogen-conversion له Testosterone / Androstendione) Chronic- haemodialysis، Hunger dystrophie.
د پروټين دانرژي د لږ والي سندروم = د پروټين د لږ والي د سيټروفي = Hunger dystrophy -

- Androsten dione =4-androsten-3, 17-dion =

= د بڼه فعاليت نه لرونکي = سست عنصره اندروجن ستيروئيد هورمون.

4. Para-neoplastic (Bronchial-carcinom) ، همدارنگه په BASEDOW ناروغي کې ، -Myotonic dystrophy.

5. Medicamentum: Glyco-corticoid, Spironolacton، لکه -Methyldopa، digitalis ، - Phenothiazin, Meprobamat, Reserpin.

Hormon therapie

Oestrogene (درملنه: - د Prostat-Carinom، Testosteron، HCG، Anabolica- په سپورت مينانو يا د سپورت په لوبغاړو کې (Body-builder، Gymnastiker).

6. -Physiologic-Gynecomastie .

Senium , pubertae , neonatal period.

بېلونه يا وشينه:

الف: - حقيقي يا رېشټيني Gyencomastia: - د Mamma د غدې د پرانښم لويوالي يا غټ والی چې هورمونونو پورې اړه لري.

ب: - غير حقيقي Gynecomastie (کاذب = Pseudogynecomastie): - د Lipid توليدنه په Adipositas (Lipomastie)، همدارنگه Tumors (لکه Lipom).

Clinic

1- د ثديو غټيدل (دواړه خواوي د هورمونو يا درملو د اثر له کبله غير له دي معمولاً په يوې خوا کې ديوي غوټي جس کول يا palpation)

2- خوږ و = درد نشتوالي .

3- احتمالاً Galactorrhoe (mamilla secretion، د بيلگي په توگه په Hyperprolactomie کې).

Diag. = پيژاندنه.

1- Anamnesis (Medicamentum، هورموني اجسام يا مواد په سپورتي لوبغاړو کې، او کلينيکي پلټني: -

Genitalis Testis او د وينتو لرونکي سيمي وکتلي او کنترول شي .

2 لابراتوار

د هورمونو شتوالي په تيره HCG, LH-Prolactin, Oestrogen, Testosteron، لکه Thyroxin او Thyroid Hormon (Triiodthyronim)، او دې کبد = يڼه = hepato لابراتواري مواد يا ارزښتونه (LFT).

3. DD: - Sonographie Glands/cysts .

4. دامکان په صورت کې د جنسيت بنوونه په Nuclear ډول = Nuclear sex بنوونه يا تسببت کول .

5 د Tumor پلټنه:

دي NMR/CCT په مرسته، Pulmonal CT يا NMR Nephral CT

در ملنه = Therapie :

الف : په نوي زېږېدلې ماشوم کې د Gynecomasty : شتوالي او همدارنگه د بلوغ (Pubertae) او په Senium (ډير لوړ عمر) کې طبعي يا فزيولوژيک وي او کومې خاصې درملنې ته ضرورت نشته .

ب : - Conservative :

لاتين Androgensubstitution ، (انگريزي Androgen-replacement) د نارينه هورمونونو په واسطه درملنه هغه وخت چې د hypogonadismus او hypotestonaemia شتوالي تثبيت شي .

ج : Operativ :

Indica : ډير وخت د عمليات انتخاب (psychologic) او د وخت د بنکلا لپاره وي (= Cosmetic-moment) ، نو په دې هکله ناروغ ته سمه بنوونه د هغه د ناروغي او د عمليات ډولونه او اختلاطات روښانه شي . په تيره بيا د Carcinom د اشتباه په صورت کې د تل لپاره .

1. Local anesthesie - : peri areolar incision چې وروسته دغه ندبه په ندرت سره د ليدلو وړ وي او يا sub-mammar- incision .

2. که چيرې يوه غوټه (= Knot) يوازې وي يعنې يوه غوټه وي نو صرف دغه غوټه (= Exstirpation) (لاتين exstirpare) شي ، غير له هغه څخه د ټولې غدې جسم يا (Corpus) ډير ژر Preparation او ectomy يا لرې شي ، د امکان په صورت کې يو Liposuction ، د يوه Drinage اېښودل دي .

تل بايد د هستولوژي معاينات صورت ومومي ! ترڅو چې د يو Carcinom د موجوديت اشتباه لري شي .

3. Redon-Drainag-Post Operativ وروسته له 2 ورځو يعنې دوه ورځې وروسته د عمليات څخه لري شي او کونونه په 5-8/d ورځ لري شي ، او هغه الاستيکي wound compression چې مستقيماً وروسته له عمليات څخه (post operation) اېښودل شوي ، د يوې اونۍ لپاره وساتل شي .

DD :

الف : - Retromammar-Angion-Lipom ,fibroadenom-Fibrom

ب : - Mamma-carcinom په نارينه کې په تيره بيا د يوې خوا په غټيدلو (هستولوژي ډيره مهمه ده) .

ج : - Pseudogynecomastie=(Lipomastie) Adipositas .

[[Mastopathy]]

ورته نومونه : - Mastopathia-Chronica-Fibrosa- ، Mastopathy-cystica fibrosa, Mammadysplasie cystica, SCHIMMELBUSCH.

Defin : - بيلا بيل (مختلف) ډوله Proliferative-hyperplastic او يا د شيدو په قنات کې پخوانی بدلون د Regressive په شکل ، د غدې د جوړښت (ژوانکو، حجرو) په يوه برخه او يا هم د غدې په Connective tissue کې .

لاملونه :

1. Endocrine Dysregulation د Cyclus function بې ثباته دنده يعنې د ژوانکو متزلزله دنده (په تيره بيا په Climacterium مرحله کې) .

2. دې Gestagens (لاتين Progesteron=gestare) لږ والي چې په واقعيت کې د Oestrogen مقدار يې په مقابل کې ډېرېږي.

3. genetic disposition: - يعنې معمولاً کورنۍ ارثيت رول لري.

بېلونه:

دې Mastopathy درجه بندي يا Grade په 1972 کال دې PRECHTEL په اساس په لاندې ډول:-

I. Grad: - ساده Mastopathie بې له دې چې Epithelproliferation صورت موندلي وي (%70 دې پېښو جوړ وي).

II. Grad: - Epithelproliferation + Mastopathy ، اما بې له دې چې cellatype وي چې (%20 د پېښو جوړ وي).

III. Gard: - Atypic-epithelhyperplasie+ Mastopathie (=Preconcerosis) ، اما بې له دې چې Carcinom in situ تعريف ورته منصوب يا وښودل شي، چې (%10 د پېښو جوړ وي).

Clinic

1. د يوه آلبالو (گيلاس) منډکې (زړې) په اندازه لويه ، شاوخوا (سرحداث) يې ښه روښانه يعنې التصاقات يا نښتې نه لرونکې سيمې، د ښوریدو وړ او کلکه (سخته) غوټه I دغدي جسم برجسته، کوهان لرونکې ، Smallcystic-Knot يا Shotty-breast په نامه هم يادېږي.

2. امکان لري چې په Palpation سره يو الاستيکي کلکوالي يا ټينگ والی د يو cyst په جوړښت سره لمس يا جس شي، همدارنگه ممکنه ده چې له Mamilla څخه د شيدو په رنگ افرازات يا مواد خارج شي.

3. Premenstrail دروند والی (سنگيني) او Mastodynia، چې امکان لري، د خوړو يا درد انتشار د Axillar سيمې ته او همدارنگه د همغې خوا لاس ته وي.

Diag.

1. Anamnesis (په Menstration) يا مياشتنۍ ښځينه وينه بهيدنه) پورې اړه لرونکې شکايات ؟ او کلينيکي معاينات (Palpation):

وروکې يا کوچنې ، بې له التصاقاتو څخه غوټه يا غوټې ، احتمالاً د Mamilla secretion د فشار له کبله.

2. Sonographie: يو جوړښت چې Solid او Cystic شکل لري.

3. Mammographie: يوه وړوکې، متراکمه بدلون لرونکې غوټه (Knot) ، په دريمه درجه = (Sta.III) کې احتمالاً د Microsclerosis سيمه يا سيمې کې وليدل شي (DD يې له Mamma-Ca. سره چې په دې صورت بايد هستولوژي معاينات تر سره شي).

4. (Jet - biopsie) Punction's cytologie.

5. بری موندونکی تشخيص يا لاسته راوړنې:- د Exstirpation غوټې (راوستل شوې غوټې څخه) يا د هستولوژي موندنې څخه.

درملنه:

الف: - Conservativ: په Grad I د Gestagen ورکړه (د بېلگې په توگه Lynestrenol ، Orgametril) پای ډول چې د Menstruations-cycle له نیمایي یا په نیمایي مرحله کې یې ورکړه پیل شي. د gestagen لرونکې پوماد یا مرحم (progestogel, pragesteron) ، (Bromocriptin) Prolactin-inhibitors ، (Winobanin, Danazol) لکه Antigonadotrops- steroid ، لرونکې Ovulation's-inhibitors ورکول، چې دا صرف اعراض له مینځه وړي اما هیڅکله د رغونې دنده نه لري یا یې نشي کولای.

ب: - Operativ:

1. Mastopathy Grad I-II: د غوتې (Knot) Exstirpation او د هستولوژي پلټنه.
2. Mastopathy Grad III: معمولاً د غوتې بیا مینځ ته راتگ یا Recidive او Therapy resistance ⇐ په ساده ډول او یا خو هم تر پوستکي لاندې (Subcutan) شکل Mastectomie چې Mamilla وساتله شي سرته ورسېږي، د امکان په صورت کې د یوه exponders ایښودل ، او په پای کې د Silicon prothesis.
3. Microsclerosis کولای شي چې د شعاع تر کنترول لاندې د Mammotom په واسطه suction شي.

Complica.:

- التهابات - Mostitis.
- د cysts جوړیدنه -punction او هستولوژي پلټنې.
- تمایل یا میلان یې مخ په خرابیدلو یا degeneration (III او II PRECHTELL) - چې د Carcinom د مینځ ته راتلو سبب کېږي.

پایلې

په پېژاندل شوي Mostopathie - Mammo graphic او sonographic کنترول د 12 میاشتو په وټن کې کلینیکي کنترول د شپږو میاشتو په وټن کې .

DD:

- Diabetic-Mastopathie (کله چې اوږد محاله Typ- I- diabet. M شتون ولري).
- Mamma سلیم تومورونه ، او د ثديي Carcinoma in situ.
- Mamma – carcinoma کې (تل باید د هستولوژي په واسطه تشخیص شي).

د ثديي سليم تومورونه
(Benigne Tumors of the Mamma)

اپيديمي: سليم پرسوبونه تقريباً 20% د Mamma تومورونه جوړوي.

Fibroadenom

(ورته نومونه: Mamma-adenoma، په انگرېزي Fibroid-adenoma)

پتالوژي:-

1. ايتولوژي:- په غلظه توگه د غدو مينځ ته راتگ په Fetal کې يا په پراگنده شکل د ثديه د غدواتو جوړيدنه چې ډېره يې له connective-tissue څخه جوړه شوي وي (Fibrom-mesenchymal) او همدارنگه د غدواتو يوې برخې (Adenom,epithelial) څخه جوړېږي، نادراً خالص يا په يوازې توگه Fibrom يا adenom وي (1-3%).
2. په ډېره کچه Solitarius (يوازې توگه)، په 10% پېښو کې همدارنگه Multipel څرگندېږي، 5-10% پېښو کې دواړه Mamma اخته کېږي، لويوالي يا غټوالي يې زياتره 1-3cm پورې رسېږي.
3. Loc - Peri-or intra canalicular + Connective-tissue-capsel.
4. Dignitus په انگرېزي Valency: په روښانه او واضيخ توگه د نمو پرمختگ يا (Progressiv)Pragredi د حامله داري او شيدو ورکولو = Lactationsperiod کې ترسترگو کېږي، همدارنگه تحركات يا Stimulation په دې ودې کولو کې د Oosterogen له اثر يا دندې تر سره کولو ده.
5. Postmenopaus: معمولاً بدلون په Regressive شکل باندې وي (Sclerosis).

Epid.

- تر ټولو زياد په ځوانو مېرمنو کې چې عمر يې د 20-35 کالو پورې او 1/3 برخه د ښځو جوړوي يا 1/3 برخه د ښځو پرې اخته کېږي.
- د Mammae سليم تومورونه معمولاً تقريباً 75% د پېښو تشکيل کوي.

Clinic.

- الف:- په روښانه توگه يوه محدود شوي، غير التصافي، کلکه يا سخته غوټه.
- ب:- درد نه لري يا درد نه درلودونکی غوټه.

Diag.

1. Anamnesis او کلينيکي پلټنې.
2. Sonographie:- يوه کلک (سخته)، echopoor، ډير سخته سرحدات يا حدود اربعه لرونکي غوټه (Knot).
3. Mammographie:- يو Homogen (متجانس) خيال يا سوري ښي.

درملنه:-

• Operative:

دغوټې يا غوټو ويستل (exstirpation) او هستولوژي پلټنې (معاینات) که چېرې ټوله ټډیه = Mammae مصاب شوي وي نو بيا Subcutane- mastectomie.

:DD

1. Lipom (چې د ټډيې له شحمي سيمي څخه وده کوي) درملنه:- Exstirpation.
2. Hamartom.
3. Solitarcyst, Mastopathie, د شحمي جوړښتونو ويلي کېدل يا نکروز باندې اخته کېدل (Oel cyst).
4. Phylloid Tumor (Cystosarcoma Phylloides) نادر دي، چې ژر يعنې گړندی او ډيره لويه نمو يا وده وکړي، چې له فيبرو ادينوم پتوجنيتيک تومور سره اړیکې لري (Fibroa-denom- pathogenetic)، تقريباً 20% يې خبيث (Sarcom) جوړ وي، درملنه:- په مکمل ډول يا complete-exstirpation او هستولوژي، که چيرې خباثت بيا وده وکړي نو بيا Mastectomie.
5. Mamma-sarcom (چې له Connective-tissue څخه منشه نيسي)، Mamma-carcinom (تل بايد وروسته د هستولوژي له معایناتو څخه تثبيت شي).

:Progn

له جراحي عمليات سره يې پايلې ښي دي، د خطرونو لوړ والی د Mamma carcinom لپاره نه ليدل کېږي.

[[Papillom]]

ورته نومونه: Dductal breast papillom، د شيدو د لارو Papillom.

:پتالوژي

الف- هستولوژي:- د شيدو د لارو يا کانالو د اپتيل پارسوب د Papillomatose په شکل.

4. -:Carcinoma in Situ

Morbus Paget, Lobulare, ductale Eczematose Mamilla د سور والی يعنې د رنگ سور والی، نمجن لرونکی اړچ يا Crust د Mamilla په طبقه باندې + Carcinom in Situ د شيدو په لويو قناتو کې، په تقريباً 30% پيښو کې وروسته ځان ته وده ورکوي ترڅو چې په تعرضي کارسينوم (-Invasive carcinom) باندې واوړي يا بدلون ومومي.

5. 3% ټول کارسينوم د حاملگي په وخت کې تبارز يا ښودنه کوي (چې انزار يا Prognose يې عيناً لکه خارج د حاملگي څخه دي).

دا رو يا درمل:-

Hormonele contraceptive:- اثر يې تر اوسه پورې دقيق نه دي ښودل شوي، ځکه چې ضد او نقیض راپورونه موجود دي، ځينې يې قبلوي په مقابل کې ځينې نور يې رد کوي، خو حدس وهل کېږي، چې تر اوسه کوم اثر نه دي ليدل شوي.

د هورمونو اخستل د Menopause په وخت کې: پدې عمر کې خطر لوړ وي په تیره بیا کله چې د ډیر وخت لپاره واخستل شي، یعنی له 5 کالونو څخه زیاد (د خطر اندازه تقریباً 1.35 ده).

6. په عمومي ډول مثبت حالت:

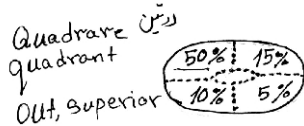
کله چې لومړی ماشوم په ډېر واره عمر کې وزېږوي (ډیر ولادتونه مخکې له 30 کلنی څخه، ډیر وخت شیدې ورکونکی میندې) همدارنگه منظم سپورت یا سپورتي فعالیت په ځوانی یا ځوانی په سن کې دغه خطرونه ډیر محدود کوي.

پتالوژي:

الف:- تر اوسه دا تریخت یا سوال لاندې موضوع ده، چې آیا استروجن په وجود یا بدن کې سبب د Carcinom (یا په انگریزي Concer) کېږي، یا نه؟

ب:- وده یا نشوونما: په تیره په زړوښځو کې ډېر ورو ورو ده، ویل کېږي، چې د 10-20 کالو پورې وخت پکار ده، تر څو چې یو تومور په اندازه د 1cm (یو سانتی متر) پورې

ورسیږي.



ج:- سیمه یا موقعیت یې:

په یوې خوا Mammae کې 5-25% multicentric په دواړو Mammae

کې 1-3% Primar

د:- هستولوژي:

Ductal = چې د شیدو له کانالو څخه سرچینه نیسي، تقریباً 65% د پینسو لاندینی ډولونه جوړوي یا تشکیل کوي.

Inflammatory or comedo, Gallert, mucoid, adenoid-cystic, medullar, papillar

Lobular = له Lobuli یا Acini څخه سرچینه اخلي، او تقریباً 15% (پینخلس فیصده) د پینسو جوړوي او مختلط ډولونه (Mixed forms) نه تعرض کوونکی (Non-invasiv) او تعرض کوونکی (invasive) په ډولونو وده کوي.

د:- Metastase: په دودیزه توګه یا په مجموع کې په تاسف سره چې ډیره یې اونسبتاً ډیر مخکې لیردونه (میتاستاز) ورکوي.

اوس داسې حدس وهل کېږي، چې هغه وخت چې تومور په لومړي وخت کې primary therapy کېږي، بیا هم حد اقل 50% ناروغانو کې لاپخوا لیردوني (یا میتاستاز) صورت موندلی وي (سره له دې چې کوم کلینیکي نښې نه ښي).

Lymphogen: په اصل کې یا اساساً Ipsi-lateral-axilla (په تیره بیا چې تومور د مربع په بهر یا د باندې واقع وي، اما همدارنگه د څلور ضلعي په دننه کې وي)، A.Mammaria = Parasternal-lymph-nods، interna-LN (په هغو تومورنو کې چې د څلور ضلعي په دننه کې قرار لري، نادراً: Supera clavicular L.N، retrosternal / یا Contralateral Mamma، Mediastinal-LN،

Haematogen: (Pelvic, Becken, Osteolytic-Osa-metastase) Skelett, (Costa) په پوښتنيو، (Pneumo=Pulmonal, Pleura, Femur, [Thoracal-Columna eretbrale=LCV] Vertebra, اعضاوي، glandula supra renal، Uterus، Ovarian، cerebra، Hepato، lumbol – columna < ډېرېنټ

بېلونه **(Classification)**:

1. TNM-Classinfication (په نارینه و کې د carcinom په شتوالي کې هم صدق کوي، په Multiple تومورونو کې T نظر دهغه په لويوالي تعين کېږي، او همدارنگه L.N - Intramammar - Axillar د classification په شکل تقسيم کېږي.

Tis : Carcinom په Situ = هغه intra ductal-Ca. يا lobulaer-Ca. په Situ کې چې infiltration يې نه وي ورکړي او يا د Mamillae، Morbus - PAGET، چې بې د Tumor له شتون څخه راپور ورکړي شي، يعنې د تومور شتوالي نه وي تثبيت شوي.

T1 - Tumor > 2cm (تومور له 2cm سانتي متره څخه وړوکی وي).

T2 - Tumor اندازه 2-5 cm سانتي متره.

T3 - Tumor < 5cm.

T4 - Tumor په هره اندازه چې وي خو د تورکس جدار کې خپور شوی وي، (Infiltration) ورکړي وي (T4a) او يا په جلد کې (T4b)، (T4c=T4a+T4b)، التهابي Carcinom (T4d).

No - دلته هيڅ لمفاوي غدې په ناروغي نه وي اخته شوي، Isolar Tumor cells (ITC)، له 0.2 mm ملي متر څخه لږ يا وړوکی په هر حال له No څخه طبقه بندي (Classification) کېږي.

LN-micrometastase

A/1mi. < 0.2mm تر 0.2cm.

N1 - ميتاستاز په 1-3 خوځيدونکی ډوله Ipsilateral-axillar لمفاوي عقدو کې (N1a)، ipsilateral- micrometastase (n) په لمفاوي عقداتو کې د A.mammaria-interna په امتداد (N1b)، (N1c=N1a+N1b).

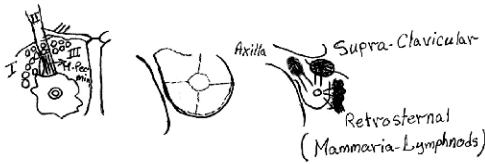
N2 - دلته ميتاستاز په 4-9 ipsilateral-axillar لمفاوي عقداتو کې د ټينگ شوي (Fixation) يعنې نه خوځېدو کېږي ډول (N2a) شتوالی لري او يا ipsilateral-Clinic پيژندونکې يعنې د هماغې خوا کلينيکي پيژاندنې په ډول ميتاستاز (n) د A.mammaria int. په امتداد په لمفاوي عقداتو کې (N2b) بې له دې چې په عين وخت يا همزمان کې د axillax L.N ميتاستاز صورت موندلی وي.

N3 - ميتاستاز په ≤ 10 د ipsilateral-axillar لمفاوي عقدي مصاب کېږي، او يا ipsilateral infraclavicular لمفاوي عقدي (N3a) له هغه لمفاوي عقدي چې د ipsilateral A.mammaria- (N3b) د ipsilateral supraclavicular لمفاوي عقدي (N3c) د int.+ axillar L.N په امتداد قرار لري، او يا ipsilateral supraclavicular لمفاوي عقدي (N3c).

M1: - د ليري لېږدونې يا ميتاستاز ثبوت: همدارنگه د contralateral-mammae يعنې ميتاستاز په مقابله خوا ثديه کې ، د لمفاوي عقداتو کې چې له Cervical سيمي څخه پيل تر interna-mammaria- A. ontrallateral په امتداد کې پرته لمفاوي عقدو پورې.
 -.Staging – group

- I. :- T1 No Mo
 II. A:- T2 No Mo يا T1 N1 Mo IIB1: T3 No Mo او T2 N1 Mo
 III. A:- T1- 2, N2 Mo يا T3 N1 -2 Mo IIB: T4 No – 2 Mo
 III. C:- N3 Mo IV:- M1 ټولې

د axillar لمفاوي عقداتو کلينيکي ویشنه يا تقسیمات:-
 د ميتاستاز لارې:-



Level I :- د Axillar لاندې غذاوات (دهغې عضلي په lateral څنډه کې چې M. pectoralis min. نومېږي).

Level II :- Axilla-Median او

Interpectoral (ROTTER) لمفاوي عقدي.

Level III :- Apical-Axilla او د Medial لمفاوي عقدي چې د M.pectoralis minor په Medial څنډه کې پرته دي، يوازې د ترقوه لاندې (subclavicular) او همدارنگه د Infraclavicular لمفاوي عقداتو بنسټونه شوي يا بنسټ شوي دي.

د لمفاوي عقداتو د (Lymph nodes) نورې سيمي:-

1. subclavicular او يا supra-clavicular ، infraclavicular ، Ipsilaterale LN ، چې له A.mammaria-interna سره اړيکې لري.

2. Jugular ، Cervical) Caput (Jugular لمفاوي عقدي - له لري لېږدېدنې ميتاستاز) له کبله M1=classification کبږي او د Duct.Thoracicus له لارې په وينه کې خپرېږي (يعنې ميتاستاز نورو Organ (غړو يا اعضاو ته ورکوي).

St. Gallener-Risk Classification (2001)

الف: - low-risk-Mamma carcinom

که د تومور اندازه يا غټ والی له يو سانتی متر څخه وړوکی (>1cm) وي، د لمفاوي عقداتو مصاب کېدل منفي وي وي oestrogen receptor مثبت، هستولوژي او سايټولوژي درجه په ټيټه کچه د S-Phase برخه ټيټه بنسټ کېږي او همدارنگه د Cathepsin-D داندازي ټيټوالی بنسټونه .

ب: - High- risk-Mamma carcinoma

د تومور اندازه له يو سانتی متر څخه لويه <1 cm ، د لمفاوي عقدي مصابيت مثبت، Hormon receptors- negative او يا لري ميتاستاز ورکول .

Clinic

1. په مستقیمه توګه د مقدمویا لومړنیو اعراضو نشتوالی په لومړی مرحله یا دنوي پیل شوي مرحله کې...
(Non - direct-early - symptoms):

له ټولو څخه لومړی یوه غده یا غوټه د جس کولو وړ وي یا سپری وکولای شي، چې هغه پیدا کړي، نادراً :-
Parasthesia ، Circumscripiter dolent ، خارښت یا لکه پوستکي لاندې یا د پوستکي په سطح باندې د وړوکو حشراتو د خوځښت احساس وینه لرونکی سیروز تیک افرازات له Mammilla څخه، د-Mammila Eczem (Morbus-PAGET).

2 وروستی علامې:

د پوستکي کش کېدل (Plateaupheanomen)، او په پلټنه یا معاینه کې همدارنگه -JACKSON= Phenomen د تومور د فشار له کبله په هغه سیمه کې د جلد کش کېدل چې په ثدیه کې قرار لري (منځ ته راځي، او همدارنگه Adhesion له کبله (سره نښتل) چې تومور حرکت یا خوځښت نشي کولای، همدارنگه دې Mamilla-retraction (احتمالاً یوه حلقوي شکله خط د Mamilla په شاو خوا کې)، Peaud-orange (د مالټې یا نارنج د پوستکي په شان) د جلد پارسوب، د جلد التهابي (Inflamatoric carcinom) Infiltrat. د پر لوی بدلون په ثدیه کې (غت والی، او کوچنی والی هم ممکن وي) د یوه وړوکي توموري غوټې شتوالی په جلد کې، د Axillar lymphnodes swelling، Lymphoedema په Ipsilateral Arm کې (د همغې خوا د لمفاوي عقداو پارسوب).

- په پرمختللي حالت کې:-

Exulceratio tumor د تومور نښتل یا تثبیت کېدل په M.pectoralis- major او یا هم په Thorax باندې (چې ورته Cancer- en-cuiross هم ویل کېږي).

3. -Ossal-Metastase:-

په پرله پسې توګه د درد شتوالی د ملا په تیر کې، اطرافو (extermiteaet) او بندونو (articulatio) کې، او همدارنگه پتالوژیکه ماتیدنه = pathlogic-fructur.

Diag.

1. Risk factor) anamnesis د نسایي ناروغیو تاریخچه، د ثدیه په غده کې بدلون، کورني تاریخچه (Familiar disposition).

2. Clinic- Examination

باید دواړه خواوې په متناظر ډول معاینه شي چې په هغو کې د مقاومت، سخت والی، لویوالی، شکل یا ساختماني جوړښت، سرحدات، خوځښت، د درد شتوالی په غوټه (Nods) کې ولټول او روښانه شي، د Infra+supra clavicular, Axillar لمفاوي سیمې باید جس یا Palpation شي، د قرع یا Percussion په واسطه د فقراتو او اطرافو دردونه ولټول شي.

یادونه:- څه شي، چې ډیره مهمه د هغه ثدیی Palpation د ناروغ له خوا کله چې ناروغ یې خپله جس کاندې ډیری ښې او مثبتې بریاوې لري، ډیر وخت یو تومور کله چې له <2cm (دوه سانتی متر څخه لوی وي) او د

کلك مقاومت لرونکی، درد نه درلودونکی د ډاکټر یا طبيب له خوا د مخ نيونې يا د وقايوي معایناتو يا پلټنو کې پېژاندل کېږي.

3. راديو لوژي:

Mammographie په دوه خواو(دواړه Mammae په Media-lateral او cranio-caudal ، که چيرې ممکن وي په لنډه فاصله وروسته له Menstruation څخه تر 85-95% پورې هغه) ← تومورونه چې د 5mm په اندازه وي د پېژاندني وړ دي: چې د ستوري په شان خيال ور بنسي (چې د چنگاښ د پېښو په نامه هم يادېږي) اوگرويي يا ډله ايز ډول Microsclerosis (95% پېژاندنه مطمئن ده).

4. Sonographie:

په يوه Solidus-Tumor کې(د تومور خيال يا سوري)، نا پېژاندل شوي سرحدات روښانه کوي، په رنگه Duplex sonographic سره کولای شي، سر بيره پر دې د مايع د بهير (جريان) د زياتوالي بدلون په ښه توگه وښيي (يعنې د هغو رگونو له کبله چې د کارسي نوم په سيمه کې نوي جوړ شوي وي).

5. NMR د CM = Contrast-media په مرسته.

6. Hyperthermia:Thermographie د تومور په سيمه کې (Mastitis:DD) يا تشخيصي تفريق د ثديي د التهاب سره).

7. fine-needle biopsy-fine needle puncture د ټولې غډې غوټې البته په دقيقه او اطميناني واپنو کې، همدارنگه Intra- operativ-rapid-section-diagnosis (د اشتباه په درلودلو سره همدارنگه له دواړو mammae څخه په يوه وخت همزمان) پارچه اخستل او د بيړني معایناتو لپاره لېږل) او د هستولوژي څيړنه.

8. Staging:

که چېرې په يوه mamma کې د عمليات په مرسته carcinom تثبيت شوی وي، د مقابل خوا mammography حتمي ده او دا هغه وخت که چيرې مخکې له جراحي عمليات څخه نه وي تر سره شوي.

(Hepato!) Abdominal-sonographie

Gynecologic-sonographie

د امکان په صورت کې Cranium CT.

9. لابراتوار:

Tumormark : CA549 , CA 19-9 , CA 15-3, MCA , CEA او همدارنگه د Prolactin لوړ والي د کنټرول په توگه ، د LH او FSH ، Oestrogen ، بنسونه يا تعين کول ددې لپاره چې آيا ښځه په Pre-or postmen-opausal دوره يا وخت کې ده؟

درملنه:

:Operative

استطباب: په قصدي توگه د Curare لاتين يا (Curative انگرېزي) او يا Palliative توگه د تومور د غټ والي د کمولو يا کوچنی کولو لپاره په Inoperabilitat (دلرې لېږدېدنې د ښوونې لپاره) . نن ورځ يا په اوسني عملياتي درملنې کې دغه لاتندي ستندرد پروسي صورت مومي:

الف: - دې Mamma د ساتني درملنه يا Therapie:-

Indication: - هغه وخت چې T1 او يا د تومور اندازه په نهايي توگه يا Max 2.5-3cm وي.

Quadrant-resection (د VERONESI په طريقه).

په تيره بيا Lumpectomy يا Tylectomy يا د تومور لري کول + 2cm په اندازه د ډيره سيمه يا روغه سيمه لري کول د اطمینان په خاطر + د Axillar-LN لري کول (او احتمالاً د Infraclavicular-LN) حد اقل 10 (لس) لمفاوي عقدي بايد لري شي (Level I-II تر V. axillaris پورې).

په نني څيړونو (تحقيقاتو) کې تر T2 او کلينيکي خپلواکه يا آزاده axilla او يواځې نښه شوي sentinel-LN پورې لري کېږي.

يواځې هغه وخت چې دغه عقدا مصاب يا اخته شوي وي، نوييا پاتې شوي Axilla-LN هم بايد لري شي، وروسته له جراحي عمليات څخه بيا ضروري يا لازمي ده چې د پاتې شوي Mamma او د لمفاوي بهير سيمه Tangentiale متعاعي درملنه په 60Gy سره وشي (د بېرته پيدا کېدلو د مخنيوي لپاره).

هغه وخت چې تومور له >2 سانتی متر څخه کوچنی وي او لمفاوي عقدي نه وي اخته شوي يعنې لمفاوي عقدا ته يې ميتاستاز نه وي ورکړي نو بيا هيڅ پرلپسې (Adjuvante) درملنه نه کېږي.

په مثبت لمفاوي عقدي يعنې که چيري LN کې مصابيت مثبت وي نو بيا هستولوژي او نور معاینات او تدابير تر سره شي.

ب:- radix-Mastectomy په محدود ډول (= د PATEY په طريقه Modification):-

Indic: ټول هغه تومورونه چې له $3\text{cm} <$ وي، او Mamilla مصاب وي،

Derm-infiltration, multicentric-Tumor او يا هم همدارنگه دناروغ هيله وي.

Ablatio Mammæ (د Mammæ پريکول (resection) له Mamilla او يو افقي

Ovale شق د جلد په سطحه) + د Regional او axillar عقدا تو لري کول

Level I+II (د 16-20 لمفاوي عقدا ته له دغه جلدي شق څخه له Mammæ څخه)،

Level III يواځې هغه وخت لري کېږي، کله چې I Level او II په Macroscopic ډول

دليدلو وړ وي (چې په سترگو وليدل شي) چې مصاب دي.

ت:- د Ultra radical-Mastectomie (د Rotter-Halsted په طريقه)، چې د مکملې ثديه لري کولو ترڅنګ

د M. Pectoralis، Maj، او Minor لري کول، د axilla-LN او Parasternal LN لري کول چې د

A. Mammaria-Int. په امتداد قرار لري.

اما نن ورځ دغه طريقه لږ پکارول کېږي (او هم هغه وخت چې د تومور چاودنه د M. pectoralis maj. د

fascia له لاري صورت ومومي).

ج:- Post operativ

Redon-Drainage لري کول يې په دويمه ورځ وروسته له عمليات څخه، د تارونو (کوکونو) لري کول په

8(اتمه) ورځ البته د Mammæ په سر او د axilla د سيمې په 10(لسمه) ورځ د عمليات بايد لري شي.



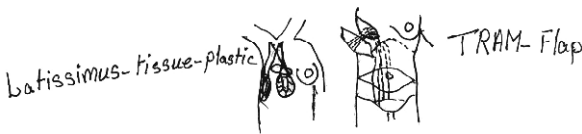
* هغه وخت چې Mastectomie صورت ومومي کيدای شي، چې په همغه وخت کې يو لومړنی يا د Primary په شکل يو Augmentums plastic لاتين = يا (augmentation plastic OP) يعنې د لويولو يا د نيمگړتيا ډکولو کړنلاره د يوه Subpectoralis-Exponder يا Subpectoralis-expensive ايښودلو په مرسته وصل شي يا وښلول شي.

وروستي يا نهايي Prothese (Silicone)، کولای شي چې وروسته له درې (3)، مياشتو د M.Pectoralis لاندې کېښودل شي.

په پای کې د يوې ثديې جوړښت له هغه Tissue سره چې د ناروغ له وجود سره مطابقت ولري، صورت نيسي لکه M.Latissimus dorsi- sweive tissue transfer (د وړوکي ثديه لپاره)، او يا خو هم د TRAM-Flap (Transversal-musculo-cutan-Tissue-plastic) چې له لاندیني برخې د M.Rectus-abdominis له Abdominis سره اړیکې لري).

په هماغه وخت کې (او يا هم وروسته د Secundar)، ممکن ده، اما دواړه خواوې ډيری elaborate دي. وروسته بيا په خپلواکه يا آزاده توگه د Mamilla reconstruction دهغه پيوند کولو يا Trans-plantation له کبله او يا خو له مقابل Mamilla څخه نيمه برخه نصب کيدل او يا خو هم دې خال وهلو له کبله ښکلا ور په برخه کېږي.

- د Adjuvante تدبيرونه (سر بيره پر دې چې وروسته له جراحي عمليات څخه Hormontherapie/ Polychemotherapie- (Radiatio) / نن ورځ ډير ضروري او لازمي ده ، چې په هر High-risk-carcinom-of- mammae کې لاندې ټکي په نظر کې ونيول شي يا ورته پاملرنه وشي.



1. په LN-Positiv - Mamma carcinom کې (پاملرنه: هغه وخت چې له <12 (دولسو) ډيری لمفاوي عقدي مصاب شوي وي نو کولای شي، چې د Chemotherapy او يا Hormontherapy په واسطه يوازې له بيا اخته کيدلو څخه مخنيوی 1 دو واری يا دوچنده وکړي اما د ټول عمر ښه والی نه تضمین کېږي.

	Praemenopausal	Postmeanopausal
Hormonreceptor +	polychemo+Hormon	Polychemo+ Hormon
Horomon receptor -	Polychemo	Polychemo (Hormon)

* د هورمون درملنه: کله چې د ناروغ عمومي وضعیت ښه نه وي ويا کله چې کيمياوي، درملنه ممکنه نه وي.

2. په Metastasioal Mamma carcinom کې:

Praemenopausal ميرمنو ته: Goserelin (Zoladex) هر څلورو اونيو (هفتو) کې S.C. تطبيق شي، او په Progredence يا پرمختللی حالت کې بيا ورسره Polychemotherapie (anthracyclin) لرونکی کيمياوي درملنه.

Postmenopausal ميرمنو ته: Tamoxifen او يا Aromataseinhibitor او يا MPA او په پرمختللي حالت کې بيا د Polychemotherapie (anthracyclin لرونکي کيمياوي درملنه، د درملنې لارې يا ميتود :-
 Polychemotherapie په 6 (شپږو) دورو کې (1 cyclus/month, 6 cycle) د CMF-shema په طريقه، اساس:
 + 5-Fluoruracil (Antimetabolit) Cyclophosphamid (Alkylans) + Methotrexat (Antimetabolit)
 په يوه R 1/2-resection او يا وروسته د Mamma د ساتنې له عمليات څخه بيا د Sandwich - methode
 په نامه نومول شوي درملنې څخه گټه اخستله کېږي، 3xCMF، وروسته Radiatio (10Gy+50Gy) په سيخه =
 direct توگه د تومور په سر) او بيا 3xCMF تکرار شي، د شعاع درملنه وروسته له هغه وخت چې کيمياوي
 درملنه د Anthracyclin درلودونکي مواد په مرسته تر سره کېږي.
 نن ورځ کومې Chemotherapie چې ډيره مروجه يا زياتوالي موندلې دي هغه د شيمو تراپي له 4-6 دوزو =
 Cyclus ده (چې هرو درې اونيو کې يعنې وروسته له درې اونۍ تطبيق کېږي) دغه cytostatica لکه
 + Cyclophosphamid او anthracyclin (چې antibiotica پورې اړه لري، Epirubicin او يا Adriamycin) چې
 مشابه نوم Doxorubicin، هغه وخت چې غبرگون ونه بڼي او همدارنگه primary په توگه هم ممکن ده، په
 تېره بيا په Hormonreceptor-neg.

Hormonal therapie

a. Tamoxifen (ورځ 20mg/d د 5 کالو لپاره، Nolvade، Tamofen، Antioestrogen له Oestrogen-
 partial effect تر اوسه پورې لومړي انتخاب کې هغه وخت چې LN-Positive وي قرار لري،
 postmenopausal ميرمنو کې له مثبت Receptorstatus سره (په Premenopausal ميرمنو کې بيا يو
 combination له GnRH-Analoga سره).

نوې څيړنې يو بڼه والی په راتلونکي کې له Aromatase inhibitor سره ويني، Toremifene (Fareston)،
 اثر لري لکه Tamoxifen، لږ څه جانبي عوارض په Endometrium لري.

b. MPA Gestagen=(Clinovir, Farlutal, methoxy progesterone- Acetat) (چې Anti oestrogen
 اثر يا فعاليت لري، لور دوز يا اندازه يې په ورځ 2x500 mg/d).

c. Androgene (چې Anti oestrogen دنده لري) او يا خو هم لاتين Cortisol substituere (انگريزي
 cortisol substitution) او يا له ablative-therapie څخه گټه پورته کېږي.

d. Aromatase inhibitor (د پينځو کالو لپاره 1mg/d [Arimidex] Letrozol 2.5mg/d،
 [Femara] او يا خو هم 25mg/d [Aromasin-] Exemestan :- چې دا د Testosteron بدلون څخه په
 Oestradiol باندې مخ نيوی کوي يا په بل عبارت چې دغه درمل له هغه څخه مخنيوی کوي، چې تيستيرون
 په اوستراډيول بدلوي، البته د Aromatase د catalysis له کبله، او دا هغه وخت د تطبيق وړ وي چې د
 Tamoxifen درملنه برياوې يا بڼې پايلې ونه لري :-

نوې پلټنې چې Aromatase inhibitor نسبت Tamoxifen ته يو بڼه تاثير لري (او له لږو جانبي عوارضو
 سره)، نو پدې اساس اوس دغه درمل په لومړي سر کې (Primarie) تطبيق يا پکار ول کېږي.

e. Supre-factor (Zoladex, Goserelin [Gonado Trophin Releasing Hormon] Gn RH-Analagon)، چې يو تحريك كوونكى تاثير په hypophyse باندې لري يعنې چې سبب د تحريك د Hypophyse کېږي، hyper stimulation د Gonadotropin د خالي كيدلو يا چپه كيدلو مانع کېږي، (LH, FSH) Sth out = Functionally- ovalectomie (استطباب: Premenopausal ميرمنو د حد اقل يا کم تر کمه د 2 دو) کالو لپاره يوځای (combination) له Tamoxifen سره ورکړل شي).

f. Oestrogen receptor-Down-Regulation -

(Faslodex) Fulvestrant كيدای شي، همدارنگه كله چې Tamoxifen درملنه برياوې ونه لري، امتحان شي.

g. احتمالاً Bromocriptin (Pravidel) هغه وخت ورکول کېږي، چې د Prolactin شمير يا اندازه لوړه وي. Operative h. - نن ورځ په ډېرو نادرو حالاتو کې صورت نيسي.

Ind. - كله چې د درملو په مرسته درملنه بنې پايلې ونه لري، Ovalectomie په تيره بيا Ovarial-Rodatio ډيره بنه يې Kastration Radiatio او يا Adrenalectomie ده.

Conservative:

Radiatio د Palliative تدابرو لپاره (Adjuvane = مرستندوی يا دساتنې) (محافظوي) تدابير، درغونې په هدف (شفايابي) د شعاعي درملنه دې ته منسوب يا اړينه ده، چې ديوه بنه والي په ټوليزه توگه د ژوندانه حدس څومره تر بحث لاندې ده.

Application: په لويه سطحه (مساحت) سره د تورکس په جدار باندې همدارنگه په Axilla او يا په لږ حجم سره د ميتاستاز باندې (لکه د فقراتو په جسم، دماغ = Cerebra).

Prognosis

په مجموعي ډول 50% ميرمنې يا بنځې چې په Mamma carcinom اخته وي د مرگ سره مخامخ وي، يا مړې کېږي، څيړنې بنې چې هر يوه بنځه چې په دغه ناروغي اخته وي خپل 6 (شپږ) کالو عمر له لاسه ورکوي.

5 کاله د ژوندې پاتې كيدلو حدس په ټولو Mamma carcinom کې سره د Optimale درملنې 79% (10 کاله د ژوندانه چانس 50%).

5 (پينځه) کاله د ژوندانه چانس په T2 75%, T1 85%.

M1 15%, T4 N1-3 40%, T3 N1 - 2 55%

Complication:

1. په هډوکو کې ميتاستاز چې هډوکي په خپل سر ماتيدلو خطر سره مخامخ کېږي (پتالوژيک Fractur)، د Vetebral metastasis په شتوالي کې د Symptomatic خطرات Transverse-lesion ⇐ د شعاع تطبيق، دامکان په صورت کې بيا د جراحي عمليات په مرسته ثبات او ټينگوالی صورت ومومي.

2. Inflammatory-carcinoma چې په لمفاوي سيستم کې خپور شوی وي، ډېرې بدې پايلې لري.

3. Op د N.Inter Cost obrachialis ژوبليدنه.

- د N.Thora co-dorsalis او احتمالاً دې N.Thoracicus longus ژوبلېدل او یا یوه برخه د Plexus-brachialis، د Vv.Thoraco-epigastricae، د Thrombophlebitis.
4. د ولیو (شانه) د خوځښت ستونځې، او یو مزن درد په لاس (Arm) کې
5. د لاس د لمفاوي عقدو پارسوب = Oedema (په تیره بیا په 20% پینو کې).
6. local-regional tumor recidive or for metastasis وروسته له کلونو ممکنه ده.
7. Leckage, capsle fibrose : Siliconprothesis او داسې نور.
8. Chemotherapie: د وینستانو تویدل، Emesis (زړه بد والی) استفراغات (Anti-Emetica) لکه Bone-marrow-depression (د Leucocyt د شمیر کنترول یو واره اونی کې).
9. Radiatio - Teleangiectasen، د پوستکي Induration.
10. Tamoxifen - اوږد محاله درمل: دا د Uterusendometrium وده یا نشوونما تحریک کوي (د oestrogen د ماشوي اثر له کبله) چې د Endometrium-hyperplasie د زیاتوالي سبب کېږي، همدارنگه دې اندومتريم پولیپ زیاتوالی، اندومتريوم کارسینوم (2 تر 4 واري د خطر شتوالی)، Thrombocytopenia، Climacteric، Thromboembolie شکایات او ستونځي.

Prophylaxis:

- د مخنیوي لپاره پلټنه (د ناروغي پېژاندنه په ښه وخت یا موقع کې):
- د 30 کلنی له پیل څخه یو واري په کال کې (1x/year) د Palpation معاینه د متخصص ډاکټر له خوا صورت ومومي،
- مهم تدابیر: هره ښځه باید یو واري په میاشت کې (1x/moun) خپله په شخصي ډول Mammae جس کړي (مناسب وخت یې: په لنډه وخت وروسته له Menstruation څخه).
- په 40 کلنی کې یو واري Mammographie (د مقایسې په ډول د راتلونکي یا وروستیو کلنو لپاره چې قاعدوي یا (Basis-Mammographie) ورته ویل کېږي) سرته ورسېږي، د 50 کلنی له پیل څخه هرو دو (2) کلنو کې یو واري Mammographie. د 60 کلنی له پیل څخه بیا د 3 (دری) کلنو په واک (فاصله) کې باید تر سره شي.
- هغه ناروغان یا میرمنې چې له خطر سره مخامخ دي (بېلگه: په کورنۍ کې ددې ناروغۍ تاریخچه (family-Risk anamnesis) نو بیا ضرور ده چې دغه پورتنی پلټنې 10 (لس) کاله مخکې پیل شي.
- په هغه ناروغ کې چې کورنۍ Mamma-Ca. تاریخچه شتوالی ولري لکه (دې مور او یا خور سره Mamma carcinoma په >30 کلنی کې او یا (Ovarial+Mamma Ca) شتون درلود یا لري:-
- نو بیا د Gen test. دهغه بدلون یا تحول چې په BRCA-1 او یا Gen Test 2- (چې ډېر واضح، گرانه پر مصرفه، قیمته) او تقریباً 1/2 کال یعنې 6 میاشتې وخت پکار لري او دا یوازې په پوهنتون کې یعنې د طبي پوهنتون په مرکز کې تر سره کېږي).

په دغه بنځو کې بیا نو کلینیکي معاینات یا پلټنې له 25 کلنۍ څخه پیل کېږي، په هغو ناروغانو کې چې کورنۍ Mamma-/Ovarial- carcinoma او د یوه Gen defect شتوالی ثبوت یا روښانه شي، نو بیا په دې صورت کې یو Prophylactic-Mastectomy (د Pectoralis-fascia سره) او دواړه خواوې Ovarectomy تر بحث لاندې ونيول شي، په واقعیت کې ډیره گټه نه لري، نو په دې خاطر د هدایت یا توصیه وړنه دي. په اوسني وخت کې کلنۍ پلټنې د مخنیوي لپاره یا په خپل وخت پیژاندنې لپاره له CA-125 معلومول او کنټرول د Sonographie په مرسته د Ovarial Ca. او د Mamma Ca. لپاره (د امکان په صورت کې د ثديي NMR په هغو ځوانانو کې چې مصاب وي) هدایت یا دستور ورکول کېږي.

• د Tumor تعقیب کول:

د ناروغ کلینیکي او روانې یا روحي کنټرول په ډیره دقیقه پاملرنې سره او دې راتلونکي کنټرولي معایناتو توصیه د Mamma-Ca. لرونکې ناروغانو ته، ترڅو چې د دویم تومور مینځ ته راتگ چې خطر یې لوړ ده وڅیړل شي، ځکه چې د دویم تومور بیا وده یا مینځ ته راتگ تر 10 کالو وروسته د لومړنۍ تومور له درملنې هم ممکن ده.

تر ډیره حده د Recidive تومورونه په 3 (دری) لومړیو کلنو کې پېښېږي، نو په دې توگه په درې لومړیو کالو کې د کال په هره ربع کې یو وارې کنټرول د Anamnesis، د ټول بدن پلټنه یا فزیکي معاینات (لابراتواري کنټرول له Tumormarker، د تورکس رادیوگرافي، د ښې = جگر Sonographie او Bone-Cintigraphie توصیه نه کېږي، خو په ډیره کچه سرته رسېږي، ځکه د لري لېږدونې (Metastase) د موندلو په خاطر) همدارنگه نور نسایي = (Gynaecologie) پلټنې یو وارې په کال کې سرته رسېږي. (هغه ناروغان چې Tamoxifen اخلي هر 1/2 کال کې ددې لپاره چې Endometrium کارسینوم پیدا نشي نسایي پلټنې تر سره شي.

• Lymph-oedem-prophylaxis:

په اخته شوي یا مصاب شوي لاس د Axilla-dessection باندې هیڅکله Injection یا زرقیات صورت ونه نیسي، په دې خوا باندې د ډیر فشار یا زور اچولو او په تیره بیا ژوبلیدنې څخه ډه ډه وشي، هیڅکله په لمر سوځیدل او هیڅکله د میاشو (پشه) له چپچولو یا نیش وهلو سره مخامخ نه شي.

DD:

1. Mastopathie، د Mammae سلیم تومورونه.
 2. Tuberculose-focus, cysts, Abscesses.
 3. Mamma-sarcom: چې د Mamma-malignome تقریباً 3% جوړ وي، ډیر مخکې Heamatogen-metastase ورکوي.
- درملنه: Radial Operation د ROTTER-HALSTED په طریقه.
4. کله چې په Mammae کې د یوه خبیث لمفاوي تومور = Maligne Lymphom اعراض او علایم یانېښي ولیدلی شي.

د GI – Tract او Tumor طبقه بندي د جوړښت پر بنسټ يا د معدې معايي لارو او د تومورونو طبقه بنديو

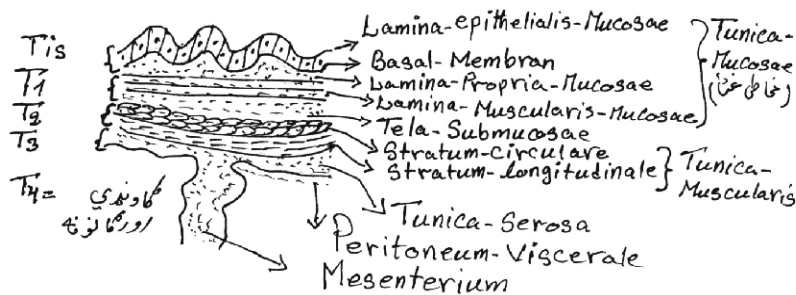
جوړښتي پرنسب

GIT جدار له 4 (خلورو) طبقو څخه جوړ شوی دی او هغه په لاندې ډول دادې:

Mucosa, submucosa, Muscularis او Serosa. Tunica- بیا خپله ډیری طبقې بڼې.

Lamina-Propria-mucosa (معمولاً یواځې Lamina-propria نومول کېږي) چې په خپل مینځ کې د وینې او لمفاوي رگونو ته ځای ورکوي.

د پاملرنې وړ: - دلته د یوه میتاستاز چمتو کېدل ممکنه وي.

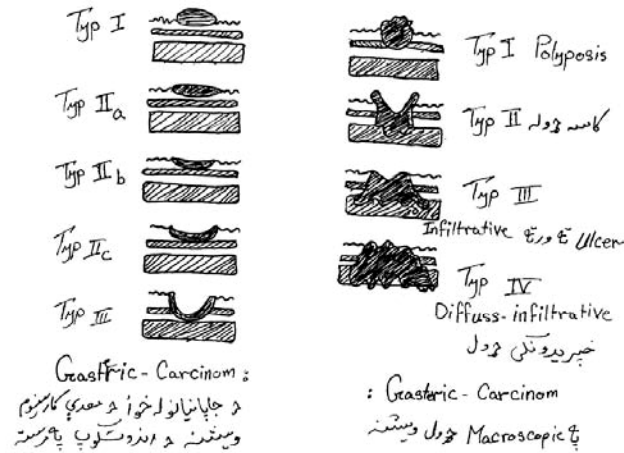


په GI-Tract کې د یو لومړني تومور classification په عمومي توګه:

1. د یوه Carcinom-in-situ (Tis) د پېژاندني (Diagnose) لپاره Basalmembran اهمیت وړ وي چې د Lamina epithelialis-mucosal له Lamina propria mucosa څخه بیلوي، یوازې هغه وخت چې دا تعرضي یا تیري کونکي نه وي، نو بیا ورته Carcinom in situ ویل کېږي = Tis (دغه کارسینوم تر اوسه پورې میتاستاز نه شي ورکولای).
 2. که چېرې د ابتدایي (لومړني) تومور په واسطه د Mucosa او/یا submucosa برخه اخته = مصاب شي وي نو بیا هغه ته T1-Stadium ویل کېږي.
 - (پاملرنه: - ډیر وخت په امتحان کې دغه پوښتنه راځي: په دې معنی چې د معدې لومړني یا مخکیني تومور T1-Tumor ده چې کولای شي، میتاستاز ورکړي، په تیره بیا په د Submucosa په Infiltration کې)
 3. Tunica muscularis (همدارنگه Muscularis-propria هم نومول کېږي)، چې له یوې داخلي حلقوي طبقې څخه په دننه او له یوې خارجي اوږدې طبقې څخه په بهر کې جوړ شوي دي چې د اخته کېدلو په وخت کې T2-Stadium ورته ویل کېږي.
 4. کله چې Serosa او Meso (Meso=هغه اړیکې چې د کولمو او دې Abdominal post. جدار ترمینځ شتون لري)، په ناروغي اخته شي، نو ورته stadium T3 وایي.
- Oesophagus یواځنی organ ده چې Serosa طبقه نه لري، چې په دې توګه د یوې نازکې Tunica-adventia لرونکې دي او د Nerve او اوعیه په مرسته اروا کېږي.

5. له يوه Stadium-T4 څخه هغه وخت خبرې کېږي، چې د يوه لومړني تومور (Primarie-Tumor) له کبله Infiltration په گاونډيو اورگانونو کې صورت موندلی وي.
Diag=پيژاندنه:

په Endo-sonographie کې (له يوه ځانگړي Sonography head چې تر 20MHz پورې په يوه اندوسکوپي کې خيال وېښی، کار اخستل کېږي، نن ورځ ډېر بڼه او په روښانه توگه د GIT د جدار طبقې او پولي (سرحدات) ښودل کېږي، د پاملرنې وړ خو دا ده چې د يوه Infiltration او د يوه Tumor پراختيا وې ښودلې شي).



څپرودونکي شکل:-

-Gastric Carcinom

په Macroscopic ډول وپېژندنه

Gastric Carcinom:-

د چاپانيانو له خوا د معدې کارسینوم وپېژندنه د اندوسکوپ په مرسته.

[[OESOPHAGUS]]

د Oesophagus (مري) په ناروغيو کې لارښوونکي Symptoms :

1. dysphagie (د تېرولو ستونځي):

په تېره بيا په Malign يا خبيشو ناروغيو کې چې شکايت په ډير لږ وخت کې (Maximal) تر دې پورې چې مايعات هم نه شي تېرولای، پرمختگ کوي.

2. Odynophagie = د درد شتوالي د خوړو او اوبو د تېرولو په وخت کې چې د التهاباتو يا پړهارونو د شتوالي ممکنه نښې دي.

3. انگريزي heart burn = د عوامو په ژبه د سينې سوخت: چې د معدې د تيزابو د بيرته راگرځيدلو له کبله يو عکس العمل ښودل کېږي.

په دې معنی چې هغه Re-flus چې د معدې د رسیدو د Regurgitation له کبله مینځ ته راځي، او سوځیدونکي درد د Sternum شاته احساس کېږي.

[[Reflux-Oesophagitis]]

(ورته نوم په انگریزي = gastro esophageal reflux disease=GERD).

تعریف=defination:

په غیر فزیولوژیک ډول د مری (یا Oesophagus) د مخاطي (Mucos) اړیکې یا contact په اوږد محاله ډول سره له هغه اسیدي موادو سره چې له gastro intestinal څخه ترشح کېږي.

لاملونه:

- Incompetencia of cardia : Primary = نا مناسبه یاد کار د یا عدم کفایه Pathologic Reflux چې 90% یې Hiatus hernia ده.

- Secundarie: په اورگانیک ناروغیو کې Pylorus-stenosis ، Duoden-alstenose ، Gastroctomie ، Cardia-carcinom ، (انگریزي) Muscel-dystrophie (Sclero-dermie) ، Iatrogen ، وروسسته له Achalasia د cardiomyotomie له کبله.

:Path.

1. Pathologic-Reflux = د Oesophagus له حده ډیر اسیدي کېدل ($PH < 4$) = Reflux Oesophagitis د ناروغي د ډیر والي کچه یا شدت په دې پورې اړه لري، چې د څومره وخت یا مودې لپاره اسیدي مواد سره اړیکې یا تماس شتوالی لري (په یوه ټیټه کچه Reflux په ورځ کې په روغ انسانانو کې په طبیعي شکل هم پېښېږي).

2. یوازنی 15% ناروغان د Reflus په پرمختللي شکل کې Reflux Oesophagitis لري.

اپیدیمي:

یو Reflux gastro oesophageal له یوه سوځیدلي حالت (Sodburn) یعنې چې سوځیدلي درد ورسره وي تقریباً 5-10% د خلکو یا انسانانو تشکیل کوي او تقریباً 1% د Reflux-Oesophagitis درلودونکی دي.

بېلونه = تقسیمات:

Erosive- Reflux Disease= ERD (40% د پېښو)

Non-erosive-Reflux-disease = NERD (60% د پېښو)

د SAVARY او MILLER (1977) د ویشني په اساس:

Grad .I په یوازیتوب یا انفرادي ډول یو ، یو Erosion.

Grad .II Longitudinal conflueirence Erosion

Grad .III Circum ference ټوله سیمه په Erosion اخته وي.

Grad .IV د ندبي (Scar) مرحله =Ulceration.

Cylinderepti- ، BARRETT-Oesophagus=(Secundarie)Endobrachy-Oesophagus

، ندبه ، Stenose

Clinic

- a. په تېره هغه وخت چې ناروغ د شاپه تخته (تخته به پشته) پریوزي او یا هم د گوپیدلو په وخت کې (د بوتیانو د بند نو د تړولو په حالت یا Phenomen) = دلته د معدي اسید او د خوړو یا غذایی موادو پاتې شونکي ټوټي بیرته راگرځي (بازگشت دوباره) او په Retrosternal ناحیه کې د سوځیدلو په ډول درد د Oesophagitis له کبله وي = (Sodburn)، انگریزي heart-burn (75%) Aerophagie (60%) Dysphagie (50%)، Regurgitation، د معدوي اسید او مواد (40%)، Epigastric-dolence (30%) چې دغه درد وروسته د غذا له خوړلو (Post-prandial) څخه ډېر پېرې یا شدت مومي او د Halitosis (د خولې بوی).
- b. Dysphagie = د غذائي موادو د تیریدني مشکلات یا ستونزې یو له هغه نښو څخه ده چې د Barrett-Oesophagus او یا د peptic جوړښت ښي.
- c. Odynophagie (د تیروولو په وخت کې د درد درلودل)، د غوتې یا بندیدلو احساس، استفراغات یا گرځونه د epigastric دسیمې درد احتمالاً د یوه مزمن تخریشي ټوخي (سرفه) او د غږ برگ کېدل، همدارنگه د extra-Oesophageal اعراض لکه Laryngitis، Asthmatic ستونځې، Chronic-bronchitis (د Micro-aspiration له کبله) او داسې نور.

Diag.

1. Anamnese (د غذایی موادو پوښتنې، الکول، قهوه او داسې نور) او کلنیکي پلټنې.
2. Oesophagoscopie=Endoscopie د دې روښانه کول چې آیا Oesophagitis ده او که نه؟ نو باید د Biopsy او د هستولوژي معایناتو په اجرا کولو سره د تومور شتوالي رد شي (ستولوژي کې د Barrett-Oesoph. بدلون یا Mutation په P53-Gen کې دمنلو یا تائید وړ وي، همدارنگه د یو dysplasia شتوالی د یوه adenocarcinom د پرمختگ د خطر ښودونکی دی).
3. د یوه اوږد محاله (24 ساعته) PH اندازه کول یعنې PH-metrie چې مستقیماً د Nasal-Sonde له لارې د معدي مواد اخستل کېږي او بیا د PH اندازه معلوموي البته دغه مواد د Oesophagus له لاندیني برخې څخه لاس ته راوړي.
4. Norm: معمولاً د PH کچه په 95% حالاتو کې 4-7 پورې وي او همدارنگه د شپې له خوا هم نه ټیټېږي کم کېږي، د PH < 4 یوازې وروسته له غذا خوړولو څخه (Post prandial)، د څو دقیقو لپاره ټیټېږي.
4. د درې نقطو یاد درې سیمو Manometrie (Oesophagus, Gaster Fundus) په 35cm ساتني مټري او 40cm ساتني مټري کې، د Oesophagus د خوځښت (Motilitat) د ازموینې یا امتحان لپاره (د پاملرنې وړ ده، چې دغه ازموینه مخکې له جراحي عملیات OP= څخه باید تر سره شي او پایلې یې څرگنده شي) او همدارنگه د Abdomen compression د اجرا کولو لپاره سرته رسول کېږي.

5 رادیوگرافي:

Contrast-Media=CM دشعاع لاندې په روښانه توگه ستونځه ښي (البته کله چې د ناروغ د سر ټیټ قرار ولري، دغه Refluxes واضح ښکاري).

درملنه = Therapie:

a. Conervative: په عمومي توگه: - په ورځ کې څو وارې په لږ مقدار سره ډوډۍ او ميوه خوړله شي، د خانيات، قهوه (Coffee) او الکولي مشروباتو څخه ډډه کول، پروتين لرونکي قوي مواد (ددې سبب کېږي چې د Sphincter tonus لوړول ويني، يعنې د لوړولو لامل گرځي). همدارنگه د Abdominal د فشار لږ کول يعنې قبضيت = Obstipation څخه ډډه وشي، د وزن لږ کول يا کمول، له تنگو جامو اغوستلو په تيره له تنگ پتلون څخه ډډه کول او د شپې د ځملاستلو (استراحت) په وخت کې پاسني نيمايي تنه يا بدن پاسني برخه نسبت لاندینی برخې څخه بايد لوړه وي.

Acute: - Antacida په تيره بيا د Combination په ډول له (Gaviscon) Alginacid څخه کار واخستل شي.

b. Medicamentum = دارو، درمل = Medicamentum:

دې درملو پواسطه درملنه بايد په پوره ډول تر هغه وخته پورې دوام پيدا کړي، ترڅو چې په ټوليزه توگه ناروغي له مينځه لاړه شي ترڅو چې ناروغ روغ شي، پدې معنی چې د Lasions ساحه روغه شي، ځينې وخت دغه درملنه په دوامداره توگه سرته رسېږي.

-Protonen pumpen inhibitor =PPI

، (Agopton) Lansoprasol، (Antra, Mups) Omeprazol 20-40mg، (Nexium, Mups) Esomeprazol، (Pantozol) Pantoprazol او يا (Pariet) Rabeprazol او کېدای شي، چې همدارنگه H2-blocker (لکه Tagamet=Cimetidin او يا Sostril= Ranitidin).

همدارنگه په ساده او لږ توگه Reflux شکايت کې کولای شي، چې Prokinetica (اثر يې داده چې دې Sphincter tonus لوړه وي، او Peristaltic حرکاتو بڼه والي مينځ ته راځي) ورکول امتحان شي: - (Mottilium) Domperidon او يا (Cascapride) Bromopridc، (Paspertin) Metoclopramid- 3x10mg.

-:Recidivprophylaxe

PPI، د بېلگې په توگه Omeprazol-20mg/d (تر تقريباتاً 10 (لس) کاله پورې)، تقريباً 80% ناروغان له دې ډوله شکايت څخه خلاص وي.

c. اندوسکوپي پروسه (Endoscopie).

d. Operative:

استطباب IV (III+) High-Volume Reflux، Oesophagitis Grad، د ناروغي پرمختگ سره له دې چې Conservative درملنه کېږي، د ناروغ غوښتنه او يا د Compliance لږوالی.

- د cardia ټيبل وهل يا بې ځايه کول د Intra abdominal خواته او د هغې تشبیت (Fixation) د تار يا گنډلو په مرسته.

- Hiatoplastica (دلته د گنډلو په مرسته د Hiatus Oesophagie وړوکی کول).

بر سبزه پر دي : Gastropexie. په تيره بيا Fundopexie 1 دلته دي Gastrofundus ټينگول يا تثبيت كول
 = Daiphragma = حجاب حاجز سره = چې دا د Gleithernia (په انگريزي Sliding-hernia) د جوړيدلو مانع
 کېږي، او د His-engle يا د His زاويه بيرته په دغه سيمه کې جوړېږي (رغوله کېږي).
 او يا خو هم Fundoplicatio د NISSEN-ROSETTI د Fundus Plicatur د Cardia په شاوخوا يا چار
 پيره، په تيره بيا په Semi-fundoplicatio د TouPET په طريقه (= پدې تگ لاره کې د Fundus نېنلول له دې
 Diaphragma له بني (راسته) وړانه سره او د کيني خوا Diaphragma په پاسني برخه (گنبد، قبه) د cardia
 په شاوخوا).

او يا خود ANGELCHIK Siliconantireflux prothese په طريقه = د يوه دا يروي شکل کف implantation
 د cardia په شاوخوا يا چار پيره، اختلاطات: Erosion او بې ځايه کېدل دي).

د جراحي عمل لاره :

Hiatoplastica و Fundo-plicatio نن ورځ په ډيره کچه يا تر ډيره حده د Laparoscopic عمليي په مرسته تر
 سره کېږي.

e. Endoscopic Therapie -

په Grad-IV-(Stricture) دلته د سيمي Bougie (فرانسوي) يا (انگريزي Bougienage) کول (د ټينگو رابري
 حلقو په مرسته يوه مخروطي (Conish) شکله Bougie) جوړول د 4-6 اونيو = هفتو په وټن کې + PPI.

Hiatoplastica

Fundopexia

Fundoplicatio

Prog = پايلي:

Hiatoplastica



Fundopexia



Fundoplicatio



په جراحي عمليات سره 85% د پېښو (واقعاتو) کې بنه بری شتوالی
 لري، د 2-5% پېښو کې د بيا پيداينست (recidive) راپور ورکړل شوی
 دی.

Complica.:

o endo-brachy-oesophagus (ورته نوم يې BARRETT oesophagus =

o Cylinderepithelmetaplasie):

- long segment-BARRETT-oesophagus cylinderepithel. =shot-segment max. 3cm cylinderepithel.

3cm segment-BARRETT-oesophagus ممکن چې 5-15% د پېښو و maligne (د خباثت) نېنې
 (adenocarcinom) ونې، په دې خاطر په کال کې يو واري د اندسکوپي او Biopsy او همدارنگه د
 اندوگرافي معایناتو (که چيري د خباثت اشتباه شتوالی ولري) بايد اجرا شي، يوه نوې درملنه د
 Photodynamic-therapie په نامه ده چې د ورېدي (I.V.) له لارې د photo-sensibilisator (د بېلگې په توگه
 5-Aminolavulinacid) تطبيق کېږي، 6 ساعته وروسته د Laser شعاع ورکول په هغه سيمه باندي چې په
 ناروغي اخته وي، اجرا کېږي.

- Peptic strictura
- Gaster or Oesophagus perforation , spleen lesion
- post operative Dysphagie
- په 5-8% پېښوونو کې gas-bloat syndrome = د کانگې نشتوالی ، د ارگمي *آروغ، نشتوالی د funduplicatio یا denervation له کبله ډیره ممکنه وي چې واقع شي flatulence یا flatus (هوا یا براس) نور د مری له لارې نشي وتلی نو مجبوره ده چې د کولمو له لارې ځانه ته لاره پیدا کړي.
- Telescop-Phanomen (5% د پېښوونو جوړ وي).

-:DD

- Oesophagus carcinom
- Epigaster/Thorax یا د بطن د پورتنی برخې Dolence: لکه Angina-pectoris ، CHD ، Oesophagus-diverticle ، Ulcus-Ventriculi او یا Aorta- ، Pulmonal-embolie ، Duodeni aneurysma

[I Oesophagus ruptur , Oesophagus perforation]I

Aetheologie = لاملونه:

- Latrogen ، د جراحي سامانونو (Instruments) له کبله له دننه خوا څخه لکه (اندوسکوپي، Bougie یا پراخول د یوې تنگوالی یا (Stenose) سیمې) ، 80% د پېښوونو جوړ وي.
- د پردیو شیانو (Inoculatio) (8%) Oesophagus-perforation ، Thrauma ، Thorax-Trauma، Cervical Trouma د اسلحې په ذریعه مجروح کیدل د چرې یا بل تیره شي په مرسته ژوبلیدنه، 5% د پېښوونو جوړ وي.
- Spontaneous-Oesophagus Ruptur=BOERHAAVE- Syndrom

:Path.

- a. ژوبلیدنه په تیره بیا د Oesophagus په پورتنی برخه کې.
- b. BOERHAAVE – Syndrom
- d. Intraoesophageal د فشار لوړیدل (تر 40mmH2 ، د بېلگې په توگه د قوي استفراغاتو له کبله ، Barotrauma ، د Cramp لرونکی پېښې (Epilepsie) ، د وزن جگول (وزن برداری) او داسې نور) ، ژوبلیدل تر ډیره حده د Cardia د پاسني یا پورتنی نیمايي برخې په پولې یا سرحد کې پېښېږي.

:Clinic.

1. Emphysema-subcutaneum ، Mediastinalempysem
2. Dyspnoe، Dysphagie (انگریزي Dyspnea) ، Cyanose ، Fever Heamatemesis
3. Infection=Seropneumothorax تر Sepsis پورې.
4. BOERHAAVE-Syndrom : واضح او روښانه Trias- او هغه په لاندې ډول دي:
 - په پوره اندازه د غذا خوړل او د الکول څښل، یو انفجاري ډوله استفراغ (Explosion's art Vemitus)، ډیر قوي درد په Thorax کې چې ورته Retrosternal dolence وایي او

همدارنگه دغه درد په Abdomen کې هم وي، سر بېره پر دې (30%) Dyspnoe، Heamatemesis، Subcutoneum، cyanose او Mediastineal امفیزیوم، دغه لومړنی دری Syntom د MACKLER-Trias = د پېژاندنې اعراض یا نښې بللي شوي دي.

-:Diagnose

1. Anamnese او کلینیکي پلټنې.
2. Radiographie: Gastrografin, thorax a.p. - دې خولې له لازې تیروول او بیا رادیوگرافي په بیلا بیلو خواو کې (پاملرنه: - هیڅکله بار یوم ورنکړل شي = No- Barium Ø اجرا شي).
3. احتمالاً Endoscopie -:

-:Therapie

Conservative -: استطباب: - هغه وخت چې کوم سوړی یا Perforation (د غاړې یا (cervical) په پورتنی برخه کې شتوالی یا وجود ونه لري، همدارنگه په Inoperabel-Oesopho-Ca. (= هغه کارسینوم چې د عملیات وړ نه وي) د Oesophagus له Arrosion سره یوځای وي نو بیا، په لوړه کچه یا اندازه سره د Anitibiotica ورکول، د Parenterale له لازې دغذا ورکول، د لعابي افرازاتو Suction کول، -Mediastinal- drainage, د امکان په صورت کې د Stent ایښودل.

:Operative

د عملیات لاره! Thoracotomie، او یا که چیرې ژوبلېدنه په تیتیه یا لاندینی برخه کې قرار ولري، نو بیا Laparatomie صورت ونیسي، د defect ساحه وگنډله شي، او د دې لپاره چې تار او دغه گنډل شوي سیمه تینگه او اطمینانی شي نو باید دغه تار له شاو خوا غړو سره (لکه Pleura او یا Omentoplastic)، تینگ شي، د امکان په صورت کې د ډېرو Drianage ایښودل ښه کار دی.

:Prog.

په Mediastinitis کې ډیر جدي دي، د مړینې کچه تر 50% ده (خومره چې د Perforation په رغونه یا ترمیم کې ځنډ پېښ شي، همغومره یا تر هماغه حده بدې او خرابې پایلې لري).

:Complication

Sepsis, pleuritis, Mediastinitis, Cervicalphlegmone ← Oesophagus perforation

:DD

- (Tumor-erforation), Oesophagus-Ca.-, Oesophagus-Varice-haemorrhagie, Ulcusperforation
- MALLORY-WEISS-Syndrom (په مخاطي غشا کې درزونه په هغه سیمه د مخاطي غشا (Mucosa) کې چې پخوا ژوبله شوی وي، په قوي Emesis= Vomitus کې Heamatemesis ← او یا د GI-bleedin البته د پورتنی معدي معاني برخې وینه ورکول.
- Aneurysma-dissecans, Myocard infarct, Pulmonal embolie, spontaneous- pneumo thorax of Aorta
- Acut pancreatitis, Diaphragma hernia, Strangular Hiatushernia

[[Caustic Burn of the esophagus = Oesophagus – chemical –burn]]

د میړي سوځېدل د قلوبی، تیزابی موادو پواسطه

:Pathologie

a- د قلوبی موادو په واسطه سوځېدل: هغه Colliquation Necrose چې ډېر تیبټ قرار لري، د قلوبی موادو په واسطه مینځ ته راځي.

b- د اسیدی موادو له کبله سوځېدل Epitheliale-Coagulation Necrose.

:درجه بندی:

- Grad-I: Oedema، د مخاطی غشا Hyperaemy = پایلی یې نیې دي.
- Grad-II: د مخاطی غشا (Mucose) تخریش یا له مینځه تلل، د Submucosa التهابی کېدل یا پرهاری کېدل او اذیما.

- Grad-III: Necrose، Vascular-thrombose، د سیمې وینه ورکول او Perforation.

:Clinic

a- Oral-dolence, Retrosternal-dolence, Dysphagy, dolencia=dolor (درد یا خوړېدل).

b- Acut-dyspnoe=Glothis oedema, shock-symptom, septic-temperature

:Diag.

1. Anamnese او کلینیکي پلتنې، د خولې پلتنه او همدارنگه د ستونی کتنه، پاملرنه: د Glottis اذیما ته ډیره پاملرنه وشي.

2. Radiography: Thorax a.p.-: constras-medicin په مرسته لکه د Gastrografin د څښلو (هیڅکله باریدم ورنکړه شي) په ذریعه عکس اخستل.

3. ډیر ژر باید Endoscopy صورت ومومي.

:Theraphie

a- Conservative: هیڅ وخت باید د استفراق عمل تحریک نه شي، (ځکه چې د Aspiration خطر شونی ده)، Lavage (فرانسوي)، په تیره بیا په بیړنی توگه اندوسکوپي او Lavage د اوبو (watter) په مرسته او وروسته suction 500mg prednisolon وریدی یا (I.V.) Penicillin, Analgetica.

-b: Operative

استطباب: هغه وخت چې Perforation شتوالی ولري، هڅه وشي، چې سیمه پته شي یا ترمیم شي.
c- د رغیدنې مرحله: د Strictur کنټرول (له هر څه د مخه او ډېر پخوا او همدارنگه په تکراري توگه Oesophagoscopy).

:Prog.

Acut مرحله ډېره جدي او خطرناکه ده، په تیره بیا کله چې Perforation وي.

:Complication

a- Glottis oedema ⇐ باید Intubation او په بیړنی توگه Tracheotomie.

..Perforation -b

C- وروستي اختلاطات:

Strikturs، ندبات چې د Carcinom د لوړ والی خطرات زیاتېږي.

[I Oesophagus - Diverticle]I

Defi. = تعريف: Diverticulum = د یوه خالي یا جوف لرونکي اورگان بهر یا باندي خواته وتل یا تمایل له اصلي تگ لارې څخه په پتالوژیک شکل سره.

a اصلي یا واقعي diverticulum: چې هغه کې د اړوند ارگان د جدار ټولې برخې موجودوي یعنې د جدار ټولې طبقې له خپلې تگ لارې یا مسیر څخه باندي خوا ته وځي.

b کاذب یا غیر واقعي Pseudodiverticle=diverticulum: البته یوازې Tunica-mucosae او submucosae د عضلي یا Muscle د یو خالیگاه څخه ځان بهر ته باسي.

:Path.

الف:-Pulsiondiverticulum: Diverticle of Juxtasphinktare چې دغه بهر خواته وتل د Intraluminalه غیر نورمال فشار له کبله او یا په بل عبارت د sphincter د سستی له کبله (Coordination's-disorder)، واقع کېږي او د Mucase او submucase بهر خواته ورتگ سبب کېږي، (Pseudo diverticle) واقع کېږي. ډولونه:- نظر په سیمې او نوع یا ډول باندي ویشل کېږي.

a Cervical oesophagus-diverticle، Diverticle-Zenker: په اناتومي کې Pseudo di=fals.d هم ورته ویل کېږي، ا چې دغه د یوې عضلې یا Muscle دیوې خالیگاه سستی له کبله (لکه -KILLIAN Triangle) چې د M.constrictor-pharyngis او M.Cricopharyngeus تر مینځ قرار لري، دغه Diverticle جوړ وي، په ساده ډول باید وویل شي چې دغه شکل په اناتومي ډول سره دیوې عضلې یا عضلاتو د خالیگاه څخه سرچینه نیسي.

b په direct یا مستقیمه توگه یا د عضلې عضلاتو د سستی له کبله مینځ ته راځي (ډیره له A.Chalasea سره یوځای وي) = چې د Epiphrenal (fals) Diverticle سبب گرځي.

ب:-Traction. Diverticulum:

تر ډېره حده د Oesophagus د اوږدو یا طول په منځنی برخه کې پېښېږي، او ډېره په تصادفي ډول د نورو پلټنو (معایناتو) په ترڅ کې پېژاندل کېږي.

دا په ولادې (Congenital) ډول د Oesophagus-bronchial/tracheal غړو ترمینځ د Persistence پول په شکل جوړېږي، (په دې معنی چې د ټول جدار څخه جوړ شوي وي) = (رېنتیني ډول یا اصلي ډول) = diverticle bifurcal (essential) (پخوانی Traction : hypothesis دلمفاوي عقدا توپه بدلون سره = lymphnodus-mutation).



بېلونه يا وېشنه يا ډولونه:-

a. Cervical Diverticulus = ZENKER -Dirverticulus (70%)

b. Bifurcal/parabronchial/thoracal-diverticulus (20%)

c. Epiphrenal (parahiatalis)-diverticulus (10%)

-1 Cervical-Diverticle (62%)

-2 Traction-Diverticle (17%)

-3 Epiphrenic-Diverticle (21%)

-4 Functional-Diverticle

-5 (Pseudo diverticle)

دا وېشنه د سيمې (Localisation) د پېښو د زياتوالي اود Oesophagus-diverticulus راديوگرافي له نظره سره شوي ده.

Clinic

-1 Dysphagie، په دې حالت، يو څه غذايي مواد په Diverticle کې ځای پر ځای کېږي، وروسته، بيرته خالي کېدل او regurgitation له diverticle څخه په Pharynx کې (دې نا هضم شوي غذايي موادو استفراف يا بېرته گرځونه) په تيره بيا د شپې له خوا= چې دې Aspiration خطر زياد وي، (recidive-pneumonia) واقع کېږي.

-2 Foetor-ex-ore (Halitosis) = دخولې ډيره بد بويي، چې دلته بيا د غذايي موادو پارچې بندې وي، يعنې د غذايي مودو د توتو د پاتې کيدلو له کبله دغه بد بويي له خولې څخه راوځي.

-3 Globus symptom = د بنديدلو يا غوتې احساس په ستوني کې.

-4 Dolor يا درد احساس هغه وخت چې diverticulitis شتوالی ولري يعنې diverticle په التهاب اخته وي.

Diag.

-1 Anamnesis او کلنيکي موندنې يا لاسته راوړنې.

-2 Radiographie: - د contrast يا پرتله والی بنودنه د باريوم = Barium په تيرولو يا بلع کولو په تيره بيا که له Gastrofin سره وشي بڼه به وي (د Perforation او يا Trecheal-fistula د اشتباه يا شک په وخت کې) = په دې وخت کې دغه diverticle له دغه contrast موادو څخه ډک کېږي، تل بايد ټوله Oesophagus وښودله شي، دلته کېدای شي، چې دوه بریاوې ترلاسه شي، لکه cardia insufficiency او بل سيمه.

Localisation

ZENKER-diverticle: تر ډېره حده په کينه (چپه، left) خوا کې وي Epiphrenal-diverticle تر ډېره حده په بڼي (dextra=right) خوا کې صورت نیسي، او ځان مخ په کين (senister) خوا کېږي، يا پرمختگ کوي.

Endoscopic -3

پاملرنه: د perforation خطرات او د diverticle پټ پاتې کېدل له سترگو څخه يا نه ليدل ممکن ده.

Therapie

conservative :Tractiondiverticle تر ډېره حده پټ پاتې وي، او تصادفي موندل کېږي، او کوم خاص کلنيکي اهميت نه لري.

Achalasia او Diverticle په پيل کې جراحي عمليات نه کېږي، هغه ناروغانو ته چې symptom لري او د يوه دليل له کبله د عمليات وړ نه وي، نو بيا Endoscopic-argon-plasma-coagulation د diverticle د لارې لپاره خو واري ممکن وي.

Operative

استطباب:- ZENKER-diverticle, symptomatic diverticle او د فيستول جوړيدل. تگ لاره :- د کيڼې خوا له lateral څخه د ستوني په لور = ZENKER-diverticle left. Lateral cervical ، laparoscopie (Epiphrenal-divert) le. Dorsal thoracotomie or lapparatomie د diverticle لري کول، په دوه طبقو گنډل (mucose او muscle) + extra mucos myotomie ، oesophagus sphincter (د فشار لري کول = recidiv prophylax).

Complication

- 1- وينه ورکول ، فسيتول جوړيدل او د carcinom پيدا کېدل په (diverticle) کې.
- 2- Aspiration = تکراري پنوموني.
- 3- Perforation په mediastinum کې (اندوسکوپي) ← mediastinitis.
- 4- دې گنډل شوي ځای (Sutura)، عدم کفايه (insufficiency) ← Mediastinitis.
- 5- Recurrencepareisy.
- 6- د پرهاري تپ د شاوخوا سيمو infection يا مکروبي کېدل (وقايوي Antibiotica - perioperative).
- 7- Recidive = تکرار.

DD

Dysphagie دهرې ناروغی له کبله چې وي : Neoplasie ، Striktures ، Achalasea ، dysphagia lusoria .

[[ACHALASIA]]

Synonymous = ورته نومونه: پخوا ورته cardiospasmus ويل کيدل، په انگریزي کې ورته oesophageal achalasia وايي.

Defination يا تعريف: په ټوليزه توگه د oesophagus د ټولو عضلو په عصبي سيستم کې (Neuro-) oesophageal/ muscular disorder) ستونځې + د يوه منظم Peristaltic حرکاتو تکرار کېدلو نشتوالی او د Oesophagus د لاندیني برخې نه خلاصيدل يا د لاندیني خولې د خلاصيدلو فلج ته Achalasea وايي ، يا په بل عبارت د مری په عضلي عصبي سيستم کې سستي.

لاملونه:

- پيژاندله شوی نه ده (روښانه نه ده) او داسې ويل کېږي، چې د ناپېژاندله شوې Neuromuscular او يا Vegetative ستونځی له کبله مينځ ته راځي.

- ganglion-د+ Symptomatic achalasea) CHAGAS-disease (Trypanosoma-cruz) => سبب د cell له مينځه تگ (تخريب) د ثبوت بنکاروندی ده.

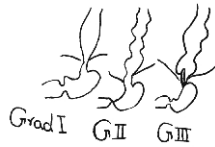
- همدارنگه ويل کېږي، چې varicella-zoster-virus يو پتالوژيک اثر کېدای شي. **پتالوژي:** degeneration (يا د ستونځو شتوالی) په يوه (AUERBACH-) autonom plexus-mysentericus (plexus او يا په N.Vagus کې => سبب dysperistaltic کېږي، ستونځمنه سستي د مري په لاندینی برخه Oesophagus -inferior، کې موجود وي.

اپیديمي:

- مناسب عمر يا سن : 40-60 کالو، M=F، نارینه او ښځينه مساوي).

- Incidence: په کال کې 1/100.000/year.

ډولونه:



I - hypermotile-form: د oesophagus په ټول اوږد والي کې لږ شاتته پراخوالی (dilatation) وجود لري.

II - Hypomotile-form: دلته د oesophagus په اوږدوالي کې روښانه پراختیا (dilatation) د لیدلو وړ ده.

III - Amotile form: د Oesophagus په ټوله اوږدوالي کې له حده زیاته پراخوالی (dilatation) لیدل کېږي.

Clinic:

a Dysphagie (معمولاً د تیرولو ستونځې زیاتره د مایعاتو په څکلو یا تیرولو کې موجود وي، نسبت نورو خوراکی موادو ته یعنې اوبه په ستونځمنه توگه تېروي د نور خوړو په پرتله (Paradoxe-dyspagie یا تشنجي تیروول) د خوړل شویو موادو بیرته راتگ (Food-Regurgitation).

b Odynophagie (د درد درلودل د تیرولو په وخت کې) د ستر نوم تر شا درد (Retrosternale-dolor) په تیره بیا د postprandial په وخت کې، د معدې د اسید (Foetor-ex-ore-Reflux (gaster-acid).

c هیڅکله کوم خاص یاد پاملرني وړ بدلون د ناروغ د وزن په لږوالي کې نه لیدل کېږي.

d Aspiration د Pulmonal-complication له کبله (د شپې له خوا Regurgitation).

Diag. = پېژاندنه:

1. Anamnese او کلینیکي لاسنه راوړنې.
2. Radiographie: هغه مواد چې د رادیو گرافي لپاره ضروري دي، دهغه تېرول = چې دلته یوه Mega+Oesophagus یو قیف ډوله تنگوالی (Infundibulum form) د cardia په سیمه کې لیدل کېږي (sectglas- form).
- تر شعاع یا وړانگو لاندې: Dysperistaltic اود مری د لاندې برخې سستی یا رخاوت ترسترگو کېږي.
- DD:** له Oesophagus Ca. سره ډیره سخته ده، د احتمال په صورت کې ممکنه ده، چې CM ذخیره شي، په هغه صورت کې که چیرې دغذایی موادو پاتې شوني پاتې وي.
3. Endoscopie: د امکان په صورت کې Biopsy هم ورسره صورت ونیسي، ترڅو چې د تومور شتوالی رد شي: د تنگی (stenose) سیمې لیدل، د Mucose د جوړښت یا وضعیت روښانه کول او بیان کول.
- DD:** a. د دندې ستونځې (Achalasia) = د اندوسکوپ تیریدنه ډیره ژر او په اسانۍ او ښه توگه صورت نیسي.
- b. Organic stenose (لکه Neoplasia) = پدې حالت کې د اندوسکوپ تیرول یا مخ په وړاندې خوځښت له ستونځو سره مخامخ وي.

4. Monometric د لاندیني Sphincteranus اندازه کول (فزولوژیک: په آرامۍ کې Tonus: 18-24mmHg)، تپیک حالت هغه ده چې peristaltic یا خوځښتونه شتون ونه لري.
5. Endosonographie وروسته له Pneumatic-dilatation د تومور رد کولو لپاره درملنه:

1. په ټولیزه توگه تر اوسه پورې causal یا لاملیزه درملنه ممکنه نه ده.
2. Conservative هڅه کېږي، له calcium-antagonist سره (له Adalat, Nifedipin)، Molsidomin, Nitropreparate, ganglen blocker، استطباب: په تیره په hpermotilen form کې او په لومړنی مرحله کې.
- a. Pneumatic cardio dilatation (د پراخولو درملنه): نن ورځ دغه لومړنی درملنه په Achalasia کې ده، سر ته رسول، یاد عمل پرمخ بیول یې: 5-6 واری (دفعه) په دوه (2) ورځو کې د 3-5min دقیقو په واکون یا فاصله کې.
- b. Botulinum-Toxin-Injection: Endoscopic intrasphincter injection د 80unit په اندازه دیوې sklerose Nadel (د شکایت ښه والي دي تقریباً 6(شپږو) میاشتو لپاره.

3. Operative:

استطباب: - هغه وخت چې څو واری یا ډېر واری د پراخولو (dilatation) عملیه ښې پایلې یا نتیجه ور نه کړي، په (تکراري = recidive)، دهمکاری لږوالي یا نشتوالي په تیره د ناروغ له خوا غوښتنه او په ماشومانو کې تر سره کېږي.

a. Extramucose-cardiomyotomie (د GOTTSTEIN-HELLER په طریقه).



= د Spincter په فدامي برخه کې د عضله لري کول یعنی ترمینځ فاصله جوړول یا انشعاب او بېلونه د 5-7cm په اوږدوالي (بې له دې چې Oesophageal-mucose پرانستل شي) Anti-reflux-operation (fundoplicatio د NISSEN-ROSETTI په طریقه ، وروسته له هغه چې Myotomie وشي نو بیا د دندې د ترسره کولو قدرت نه لري = Insufficiency).

b. دغه ټوله عملیه یا کړنلاره نن ورځ همدارنگه د Laparoscopie میتود په مرسته ترسره کېږي، په یوازې توګه یوه Myotomie کیدای شي، چې هم د thoracoscopie عملیې په مرسته په بري سرته ورسېږي.

c. Ultima – ratio هغه وخت چې د درملنې په مقابل کې مقاومت وي، یوازینی دحل لاره Oesophagus resection او د Gaster پورته خواته کش کول یعنی لوړ قرار ورکول دي.

Prognose: تکرار = recidive حدس یې په dilatation کې 10-20% ده.

-:Complication

1. په لوړه کچه د carcinom خطر! (په 20%-2 فیصده Achalasia کې د یو کارسینوم شتون امکان لري).

2. د perforation خطر کله چې د پراخولو د عملیې په مرسته درملنه کېږي.

3. Oesophagus-fistula OP. کله چې د عملیات په وخت کې mucose خلاص شي.

4. pleuraempyem, Pneumothorax.

5. Reflux oesophagitis =Gastro Oesophageal reflux.

Prophl: ټول عمر باید کنترول سرته ورسېږي (دې کارسینوم د خطر لپاره)

:DD

a. Stenose لرونکی strictur (لکه Oesophagitis همدارنگه Scar-stenose، peptic stenosis ، سوخیدل

او د Oesophagus- carcinom)، فشار یا compression له بهر څخه، درملنه: Bougie او یا Laser.

b. Oesophagus carci = د ردولو لپاره حتماً باید لارښوونې پلټنې وشي.

c. پراخ بنسټه نامعلومه oesophagus spasmus (Peristaltic tertiar + په لوړه کچه د فشار لوړ والی) ،

Pseudoachalasia.

Clinic: Intermittiere dysphagie ، ډیر شدید retrosternal-Dolor.

X-Ray:- تنګ oesophagus یا نری مری + له یوې ټیټې یا عمیقې Spastic کلک والی (د نداف دمالوچو

کشولو لرگی یا د حبوباتو د پوستکي غوندي کلک Oesophagus)، Diagnose: 24 ساعته اوږد محاله

Manometrie.

درملنه: Calciumantagonist,spasmolytica او Nitroopreparate.

d. Reflus Oesophagitis ، پیدا کېدل یې وروسته له Vagotomy.

e. Progressive systemic Sklerodermie (په تېره بیا په Calcinosis- =CREST-Syndrom

، esophageal dysfunction ، RAYNAUD-phenomen، cutis Sklerodactylie او Teleangiectasis).

[[Benign - Oesophagus – Tumors]]

ډولونه:

1. Intramural (په لائینه ژبه Murus = دیوال ، جدارته وایی) :
- a. Solidusa (کلک ، تینګ ، سخت): Leiomyom (ډیر لیدل کېږي %50) ، Fibrom ، Lipom ، Myoblastenmyom-Granulare-neuroblastom ، (Mesenchymal) Heamangiom ، (ABRIKOSOFF-Tumor) .
- b. Cystic: ولادي یا کسبي (Retention-cyts ، ایتیلبل منشه لرونکي).

2. Intraluminal

- a. جداري حالت: (epithelial) Adenome , papilloma .
- b. څوړند یا لکی لرونکی: (epithelial) Polyp .

Clinic

- الف: - 50% له ناروغانو څخه کوم شکایت نه لري.
ب: - Dysphagie ، ممکن retrosternal dolor څخه شاکی وي.

Diag.

1. Anamnese او کلنيکي موندنې یا پلټنې.
2. Radiographie: نیمه جامدو موادو تیروولو ، Thorax-CT .
3. Endoscopie: په یوه Intramural پروسه یا پینه کې بیا (Endosonographie) = < که چیرې Mucos سالم یا روغ وي ، هیڅکله باید Biopsie یا پارچه وانخستله شي او که چیرې Mucos کومه نیمګړتیا یا defect ولري نو باید OP = عملیات ته تیار شي .

درملنه:

Operative: استطباب: - د وقایي یا مخنیوني لپاره تل استطباب ورکول کېږي ، (که څه هم شکایت ونه لري) یوازې ددې لپاره چې دې ټول تومور dignitas لائین (انګریزي Valency) څرګند کړای شي .

Complica.

A. وینه ورکول = Haemorrhagie ، malignant-degeneration, V.cava-Bleeding = خباثت ته بدلون موندل یا اوبنتل .

B.OP. په Postoperative stenose کې .

[[Oesophagus - Carcium]]

په انګریزي ورته Oesophageal cancer ویل کېږي .

. RF = (Risc-Factor) = خطر لرونکي لاملونه:

1. Reflux oesophagitis ، په تیره بیا ورسره اختلاطات یا Endobracheal Oesophagus= Complica ، ورته نوم یې: BARRETT-Oesophagus (dysplasie او Cylinder-epithel- metaplasie ، خطريې 30-125 واري لورې ده چې د 5-15% اوبنتل یا degeneration احتمال شته) .

2. Achalasia (20-2% degeneration احتمال شتوالی).
3. Alkoholabusus (په تېره بیا چې فیصدي یې لوړه وي) = oesophagitis کچه لوړه وي، hepato-cirrhose.
4. Caustic burn stricture (په پټه = latent توگه پس له ډیرکالو څخه په Ca. corrosions باندې د تحول یا اوبنتلو د زیاتوالي احتمال د 2-15% پورې.
5. Malnutrition = خوار ځواکي = سو تغذی ناروغان (لکه دې Vitamin-A, B, C, E کموالی دې وسپنې = Fe کموالی په تیره بیا د PLUMMER-VINSON-syndrom = sideropenic-dysphagy)، Sklerodermy-oesophagus.
6. د خولې او غاښونو بڼه نه پاکول سگرت څکول، د Nitrosamin اخستل له غذایی موادو سره.
7. Virale infection, لکه Papillomavirus.

Pathalo.

A. Histologie: Epithelium-squamosum کارسینوم (اناتومي) او په انگریزی squamous-epithelium- Ca. په 70% پیښو کې یا په بل عبارت 70% د پیښو جوړ وي، dedifferentiation کارسینوم Anaplasia کارسینوم 10%، adeno-Ca. په حدود د 20% چې تر ډیره حده په Endobronchialoesophagus کې د Oesophagogastral د تیریدلو په سیمه کې، Melanom تقریباً 1%.

B. Localisation: د نیمایی 1/3 برخه کې زیاد لیدل کېږي، (Superior > Median > inferior) 1/3، د نومور شتون په پاسنی 1/3 برخه کې بدې پایلې لري.

C. Metastase: څرنګه چې oesophagus د serosa طبقه نه لري نو ډیر په بیړه یا ګرندې توګه خپریږي یعنې میتاستاز ورکوي، او دغه خپریدل یې Lymphogene-metastase (N1) مخکې له Heamatogene- Metastase (لري خپریدل = M1) ده.

1. ډیر مخکې Lymphogen:

- a. supra clavicular او Cervical, perioesophageal=cervical oesophagus.
- b. mediastinal, perioesophageal=Thoracal sup (M₁=supra-clavicular, cexvical).
- c. Mediastinal, perioesophageal=Thoracal inf. او perigastric (هغه لمفاوي غوټی (غډې) چې دې Truncus Coeliacus په شاوخوا چې د تل لپاره (دایم) د M₁ طبقه بندې لپاره چمتوالی ښې کېږي).

2. (وروسته) Heamatogen:

- a. په پاسنی برخه کې = V.azygos <= V.cava sup <= ډیر ژر په لومړي مرحله کې د Pulmonal metastase ورکوي.
- b. په لاندینی برخه کې یا سیمه کې = V.gastrica sintra = V.portae په لومړیتوب کې hepato- metastase ورکوي.

Epidemie = خپریدل:

الف: Incidence = شمیرنې یا خپرېنې بنودلی ده چې په کال کې ددغه ناروغانو شمیر $3-6/10000/y$ ده، نظر په جغرافیایي سیمو کې توپیر لري، تر ټولو په جاپان او انگلستان (دې تندو او مساله دارو خوړو له کبله او همدارنگه د Tea consum) په ډله یزه توګه د Adeno carcinom لوري ته خوځښت یا تمایل زیات کوي.

ب: مناسب عمر یا سن: (50-60 کلنې)، $M \gg F(5=1)$ یعنې نارینه پینځه (5) وارې زیاده په ناروغي اخته کیږي نسبت ښځو ته.

ډولونه = بېلونه:

TNM:

T1: د تومور خپریدل (Infiltration) په (Mucose) Lamina-Propria او یا submucosa کې صورت موندلی وی.

Muscularis propria infiltrate :T2

Adventitia infiltrate -:T3

T4: په ګاونډیو اورګانو یا غړو کې خپریدل.

N1: میتاستاز په سیمه ایز لمفاوي غوټو کې.

M1: میتاستاز یا خپریدل لرو پرتو سیمو ته (یا coeliacal/cervical لمفاوي غوټو میتاستاز).

Stagin group:-

I. T1 No Mo

II. T2 No Mo تر T2 N1 Mo

III. T3 N1 Mo تر T4 N1 Mo

IV. +M1 دغه ټول

Clinic:- ستونځې:- په حقیقت کې دادې چې هیڅ وخت مخکنی اعراض یا symptom نه ښی یانه لري.

1. د موادو د تیرولو شکایت = Dysphagy 87% د پېښو جوړوي (اما وروسته له هغه چې په <50% (زیاتر له 50%)) که د Lumen یا مجرا تنګوالی یا وړوکی کیدل شتون لري، <کله چې دغه د تیرولو ستونځې وروسته له 40 کلنې څخه مینځ ته راشي، نو باید تل په یوه Oesophagus-carcinوم باندې فکر وشي.

2. د وزن کم کیدل یا وزن بایلل په 71%.

3. Retrosternal dolor 46%.

4. Regurgitation 30%.

Pseudohypersalivation دا ناممکنه وي، چې خپلې لارې (دخولي لعاب) تېر کړي.

5. د غږ برګ او خپ کیدل = Dysphoniae 7%.

6. ټوخی = Cough 3% او دشا یا ملا دردونه.

7. د تومور جس کول، په تیره بیا د Cervical-Lymphnodus-Metastases.

:Diag.

1. Anamnesea او کلینیکي پلټنې.
2. Radiographie : Oesophagus-puree تېرول (Oesophagus-contrast-media) تیرول: په دغه پلټنه یا معایناتو کې لاندې مهم ټکي موجود وي:-
Filling-defect, wall-rigidity = (د ډکېدلو ستونځې) د ځنډو د زر = شکست ،
prestenotic dilatation, stenose (infundibulum) د Oesophagus-axle کې بدلون لکه د آري (saw) او یا -
Spiral form .
3. Oesophago-gastroscopie+biopsie .
4. Endosonographie: د دې لپاره چې د infiltration پراخوالی یا ژوروالی او د تومور د خپریدلو کچه و بنودله شي.
5. Tumor-grading یا stagin = (د تومور درجه بندي):
Spiral-CT-Abdomen او Spiral-CT-Thorax, Thorax-Radiographie=<Intrathoracal-Nodi
Routine صورت کې Bronchoscope ، laparoscopie, mediastinoscopie ، (دورځنۍ یا Cervical-CT ،
معاینات نه دي) ، PET=Positron-emission-Tomographie
6. Tumormarkers: د وخت په تیریدلو سره کنترول، د امکان په صورت کې SCA په دې هواره اپیتل کارسینوم کې (د احتمال په صورت کې هم CEA).
درملنه:

conservative (-Palliative): استطباب: (کله چې تومور د پریکولو resection وړ نه وي):
دلته بیا د Radio-chemotherapie (cisplatin 60-63Gy, 5-fu+) یوځای د اجرا وړ د combination په توګه،
په stenose کې: bougienage، endoscopic-laser-therapie یا پراخول د هغې تنګې سیمې چې د تومور په واسطه
مینځ ته راغلي.
همدارنګه نادراً د یوه Endotubus ایښودل (HARING-Tubus)، او یا Metalstent.
په معده کې fistula جوړول د تغذی لپاره که چیرې د تیریدلو مانعه شتوالی ونه لري:
Trans cutan = PEG=percutan-endoscopic-gastrotomie=WITZEL-Fistula د یوه gaster sond ایښودل
(هغه وخت که چیرې د یوه PEG ایښودل د اندوسکوپ په مرسته شونی نه وي).

:Operative

1. Indi: هغه تومور چې پولي (سرحدات) یې معلوم او روښانه وي یعنې (II او I Sta.) او لري لېږدونه (میتاستاز) یې نه وي ورکړي =<curative-indication
- a. حتی الامکان یا د امکان په صورت کې preoperative
Radio-chemotherapie Neoadjuvante=40gr, 5fu+cisplatin، چې له دې څخه په 20% وایي چې د وخت په
تیریدلو سره (complete-Remission) په sta. III-IV کې.

- b. Preoperative 3 ورځې مخکې له عمليات څخه د یوه center-ven-catheter =CVC ایښودل د infusion لپاره سر بېره پر دې دخولې له لارې تر یوه ورځ مخکې له عمليات څخه یواځې (تنها) چای (tea)+Infusion.
- c. Preoperative-prophylactic-Antibiotica I.V. (د بېلگې په توگه ،ceftriaxon Rocephin 2,0gr). Infusion+(tea) چای (تنها) چای (tea)+Infusion.
- موخه=هدف : Tumorectomie په روغه سیمه کې : - د لوړ والي له کبله تر submucose او د ودې د پراخوالي له کبله لږ تر لږ د 60cm په فاصله د اطمینان په خاطر لري شي (پرابلم : - د تومور شتون یا ناستي په ډېره سیمه کې د اطمینان ځای ناستی په خاطر مجبور ده چې دا عمل سرته ورسوي نو ددې په خاطر باید larynx هم لري شي ، چې د ژوند کولو له حده زیاته سختي شیبې وي ، نو په دې توگه د یوه curative عمليات امکانات نشته.
- d. Transthoracal+abdominal-ectomy (= دوه خالي یا مجوف جراحي عمليات) د oesophagus او دوه (2) سیمو (Abdominal+Mediastinal) = lymphadenectomy ، بدی = منفي نقطې یا ضررې :-
- ډېر دوامدار او له توان څخه وتلی یا ستومانه کېدونکی جراحي عمليات ده ، %10-25 OP-Letalitat.
- e. په پای یا Alternative د Blunt-dissection-Oesophagus د abdomen او cervix له خوا پیل او سرته رسیږي.

ستونځي = نقصان :

چې په مکمله توگه د لمفاوي غوټو لري کېدل یا ویستل نه ترسره کېږي ، (نن ورځ سره له ددې هم د اندسکوپي عمليې په مرسته د لمفاوي غوټو لري کولو په امتداد د dissectioncanal تر سره کېږي). وروسته له exstirpation څخه بیا هغه څه چې ضروري ده هغه د Reconstruction ده !- Reconstruction امکانات!-

1. د Goster ته لوړ قرار ورکول د کینې Sinistra A.gastroepiploi Ca او A.gastrica sinistra) تر فدا کاري یا قرباني لاندې په دغه میتود کې تر سره کېږي.
2. Coloninterponat (transversum او یا Ascendens توگه په Isoperistaltic خوا (جهت) میلان ورکاوه لک کېږي) ، د وینې جریان روغ پاتې کېږي.
3. دې وړو کولمو = interponat of intestinum tenue :- یو ډیر قوي foetor مینځ ته راوړي.

Postoperativ

د خورلو سیستم باید په شاه واچول شي ، تر 10 ورځو پورې ، پیل یې له چای (tea) سره وشي ، بیا مایعات یعنی مایع ډوله غذا ، او بیا (نیمه جامد غذا) ، البته غذایی سیستم په اعراضو پورې اړه لري چې عیار شي.

Prog. په مجموع یا ټولیزه توگه نېنې نه دي => په ټولو Oesophagus-Ca یواځې %4 ناروغانو ته تر 5 کاله د ژوند کولو حدس وهل کېږي.

Complication

- a. Structur insufficience (تر %20 د پېښو ، په تېره بیا په cervical-anastomosis کې هغه وخت چې Gaster مخ پورته خوا لورپه شوې وي.

ځکه چې د وینې بهیر خرابیږي، اوله بلې خوا دا چې Oesophagus د sexasa برخه نه لري،
Interponotnecrease د Mediastinitis سبب کېږي.

b. وینه ورکول، (adult respiratory-distress syndrome) ARDS, Pneumonea, Fistula.

c. Recurrensparesie (معمولاً او همدارنگه دواړه خواوې) N.vagus-HORNER-Syndrom-Lasion،
Brachialgy.

DD

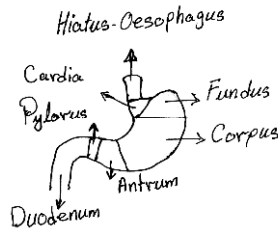
1. Cardioacarcinom (gaster) , morbus Hodgkin , Benign-Oesophagus Tumor
2. Dysphagie په Achalasea, scarstenosis همدارنگه له Oesophagus polyp او Oesophagus diverticle او sclero dermea.

Stomachus = Gaster = معده = Ventriculus

Anatomic: د یوې معدې مقطع: معده جوړه شوې ده له:

د ننوتلو لاره + Cardia, Fundus, corpus, Antrum او Pylorus = د بهر کېدلو لاره.

Fixation = تینګېدل:



1. د Cardia په سیمه کې له Lig. gastrophrenicum.

2. له یني (Hepato) سره Lig. Hepatogas=Lig.Gastro-hepaticum.

3. (Lien) splen یا توری یا طحال سره Lig. Gastro splenicum.

4. د Transvers colon سره = Lig. gastro colicum.

Arterae:

A.gastro- (Tr.Coeliacus), A.gastrica sinistra, A.gastrica dextra

(A.lienalis-Tr.coeliacus) Aa.Gastricae-breves, A.gastro epiploica-Sinistra, epiploica-dextra

Venae: - وریدونه هم لکه شریانو بنودل کېږي.

لمفاوي لارې یا سیستم:

په څلورو اصلي گروپونو یا ډلو باندې ویشل کېږي، (اهمیت یې د کار سینوم عملیات لپاره ده):

د وړې curvare لاتین (د انگریزي curvature) په پاسني اولاندني برخه کې، د لوي Curavre په پاسني اولاندني برخه

کې او د دوی اړیکې له Coeliacale, mediastinale, mesenteriale, lienale, suprapancreatic, hepatic او

para-aortal lymphnodus سره دي چې جریان یا بهیر یې په ductus Thoraciscus ده.

Innervation

،contraction<=(parasympathic) N.vagus، Dilataion<=(Sympatic)ganglion-coeliacum

(AUERBACH) plexus- mesentrecus

(MEISSNER) plexus submucosus

Glandulae:

- a. Parietal cells: HCL او Interinsic فکتور Intestinale resorption د Vit-B12 د جذب لپاره په fundus او corpus کې (د معدې exocrine برخه).
- b. Chief-cells: pepsinogen او cathepsin، په fundus او corpus (د معدې د exocrine برخه).
- c. G-Cells: Gastrin، په Antrum کې (د معدې د اندوکرین برخه، حجرې چې د APUD-Cellsystem پورې اړه لري).

APUD = amine precursor Uptake and decarboxylation

- d. انگریزي Mucous-neck-cell: په زیاتیدونکي ډول د Mucous شتوالی په cardia او pylorus کې.

Acid Secretion = د تیزابو افرازات:

BAO=basal acid Output=2-5 mmol/1h (یو ساعت = یو گری) (60-80ml/1h)

MAO=maximal acid output= وروسته له max تحریک (stimulation) له pentagostrin سره $\leq 20-25\text{mmol}$ په ساعت (گری) کې چې برابر ده له $100-200\text{ml/h}$ ، پدې معنی چې په تولید توگه څلور (4) وارې په هر 15 دقیقو کې د معدې محتوی suction کېږي.

په نورمال ډول سره دې BAO او MAO مقدار $0.1-0.2$ وي \leq خو په Pathologie ډول له 0.2 څخه ډیر وي.

PAO=Peak-acid-ouput= د دغه پاسني مقدارو لوی ترین مقدار چې په 15min (دقیقو) کې وروسته د pentagastrin له Stimulation څخه لاس ته راځي شمیرل کېږي.

: malformation = anomalie

Pylorus-stenase-hypertrophie (د ماشومانو جراحي)، Gaster-volvulus (په اوږدوالي یا پلنوالي)، Diverticle، Gasterpoly-ps (احتمالاً pre-cancerose) \leq درملنه.

د اندوسکوپ په مرسته لري کول دي پولیپو د مخصوصو حلقو په مرسته.

Gaster trauma:

Gaster rupture، MALLORY-WEISS-syndrom، ژوبلیدننه=Trauma، اجنبي یا پردی اجسام او داسې نور.

Gastritis:

د مخاطي غشا = mucous التهابي کېدلو ته ویل کېږي.

ډولونه:

1. acut-gastritis: لاتین alimentum = د خوړو له کبله، غذایی مواد، الکولي مشروبات، Cytostatica، NSA، corticoid او دخوړولو د موادو زهري کېدل.

2. Chronic gastritis:

Typ A: Achlorhydrie, chronic atrophie, autoimmun, corpus.

Typ B: Hypochlorhydrie, bacterial, corpus + antrum.

Typ C: antrum، دهغه کیمیاوي توکسیک موادو نتوتل چې د صفاوي موادو له بیرته گرځیدنې (bilereflux) څخه منځته راځي.

لاملونه:

1. Typ A auto-antibody د چې په ضد د Parietal-cells او همدارنگه په مقابل د Intrinsic-factor (=) چې وروسته د يوناني Pernicosa- (لائين perniciosus-anaemae) مينځ ته راتلل ممکن کېږي، چې احتمالاً يوارثي autosomal-dominant شکل ده.

2. Typ-B: د معدې د مخاطې غشا infection د هغه مکروب پواسطه چې Helico-bacter pyloric ورته ويل کېږي.

3. Typ- C: Duodenogasteral alkalic bile reflux.

4. ځانگړي ډولونه: stress erasive-gastritis: لکه Polytrauma لوی يا دوامداره (OP)، Phlegmonose, gastritis (د بېلگې په توگه streptococcus-infection)، virale-gastritis، (لکه cytomegaly، varicells infection، eosinophile gastritis، ځانگړي يا مخصوص gastritis Morbus-CROHN، Histoplasmos، Actinomycose، sarcoidos، syphilis-Tuberculose).

:Path.

a. Erosive Gastritis

د معدې په مخاطې غشا (Mucose) کې د وينې د دوران (Micro-circulation) دستونځوله امله مينځ ته راځي، (لکه په شاک کې) Multiple erosive mucous defect او (Punctum form) چې سبب د منتشر وينه ورکول په معده کې (diffuse-gaster-bleeding) حتی تر د چې کتلوی وينه ورکول هم ممکن (شونې) وي.

b. Phlegmonose gastritis = فلگمان ډوله گا ستر تيز:

د باکتریاگانو مداخله د gaster په ټولو طبقو کې (يعنې د معدې د جدار په ټولو طبقو کې) مخصوصاً په هغو ناروغانو کې چې مقاومت يې لږ وي يا کمزور وي، واقع کېږي.

c. Histologie -: Chronic gastritis

داد يوه سطحې برخې لايکوسيتي ارتشاح ښودنه کوي (superficial- leucosyts infiltration) چې د plasma cell څرگندونکي حالت ده.

خومره چې دغه پروسه فعاله وي، همغومره د neutrophile-granulocyte ډير والی تر سترگو کېږي.

يوه Atrophy هغه وخت ځان څرگنده کوي چې Parietal-cells او chief-cells په corpus او fundus ساحه کې لږ شي، (په خپل سر پېښي = Autoimmun ډول باندې).

d. Intestinale Metaplasie

په دې حالت کې دې معدې مخصوصه مخاطې غشا/ او دې مخاطې غشا محتويات په روښانه ډول نه ښي = دا کيداى شي، چې Becher's cell وموندلی شي، entero colic crypts او يا خوهم په ټوليزه توگه small-intestinal mucouse وليدل شي.

Epid. د پېښو شمير يا زياتوالی:

هغه ډول چې ډيرې پېښېږي:-

(د پېښو 80% Chronic active Gastritis from Typ B تشکيلوي.

- تقريباً هر دويم (2) انسان چې عمر يې له 50 کالو لور وي ديوه مزمن گاستريت (Gastritis) لرونکي وي (د بیره يې بې له (sympt.

اختلاطات : 20-30% ناروغانو کې يو Helicobacter-pylori-Positive-gastritis وده کوي او وروسته له هغه څخه د عمر يا وخت په تېریدو سره يو Ulcus ventriculi مينځ ته راځي.

:Clinic

1. معمولاً Chronic Gastritis اعراض او علايم نه لري.
2. غير وصفی شکايت د بطن په پورتنی برخه (Epigastrium) کې، چې د Epigastric dolor سره يوځای وي، Nause (دلېدي = زړه بدوالی) ، flatus=flatulence ، دمعدې د ډکوالي يا مړښت احساس ، ديوه فشار احساس د بطن په پورتنی برخه (لاتين Appetere = انگریزي باندې Inappetence = له خوړلو څخه ډه ډه کول ، بې اشتها يي۔
3. د Intrinsic-factor نشتوالی =< Vit-B12 لږوالی =< perniciose-anea = megaloblast-aneamae ، Spastic =< Pyramidal,tract ، Ataxea =< funiculus posterior degeneration) Functional myelose .pyramidal signs .paresis

4. Erosive gastritis : د gastrointestinal د پورتنی برخې وينه ورکول، Heamatomesis (د قهوه په رنگه شکل استفراغ) ، Melaena= Melana (وينه لرونکې غايطه مواد).

:Diag.

- a. Anamnesis او کلينيکي پلټنې.
- b. Helicobacter-pylori+Histologie+gastroscopie پلټنه (معاینه) چې د Urease-test : Negative/ positive.
- c. د Vit.B12 نښودل په Serum کې ، Auto-AB د parietal-cells په مقابل کې (= PCA).

:Therap

1. Eradicare therapie :symptomatic Typ B-Gastritis لایتن یعنی بنسټيزه درملنه د Helicobacter pylori د مکروب له مینځه وړلی د يوې درې گونې درملنې (= Triple-therapie) پواسطه د 7 (اوه) ورځو له پاره : Triple-Therapy for 7day PPI : Triple-Lکه Esomeprazol (Nexium) او يا Omeprazol (Antra) چې 2 antibiotica+2x20mg/d : لکه Amoxicillin-1000mg چې 2 وازې په ورځ کې = 2x1000mg/day (Bioxin HP) clarithromycin 2x500mg /d+(Amoxyphen) =< په دغه درملنه 90% د پېښو کې دغه مکروب په مکمل ډول له منځه ځي.
2. Autoimmun typ A-gastritis :- Vit-B12 په کموالي کې د Vit-B12 ورکول په parenterale ډول.
3. Erosive-gastritis : (stressulcus) ژغورنه = prophylaxis له (Ulcofant) sucalfat او يا خو يو له لنډ محاله درملنه د H₂ - blocker (لکه Ranitidin , sostril) په مرسته وشي.
4. که چيرې وينه ورکونکې حالت وي نو بيا اندوسکوپيک Sclerotherapie او يا lasercoagulation درملنه تر سره شي.

:Complica.

- a Autoimmungastritis او مزمن فعال gastritis: داد معدې سرطان (gaster carcinom) لپاره د هغه احصايه لوړوي او يا هم MALT- lymphoms =< په دې هکله بايد هر کال اندوسکوپي سرته ورسېږي.
- b د Auto immungastritis شتوالی له نورو Autoimmun ناروغيو سره (لکه morbus- Addison Hashimoto-thyreoiditis، diabetes mellitus typ I، erosive gastritis ،ulcus ventriculi =< Helicobacter pylori-gastritis c .stress ulcer =<

:DD

1. Reflux oesophagitis, Ulcus duodeni, Ulcus Ventriculi
2. Cholelithiasis، د pancreas ناروغي.
3. د زړه درگونو ناروغي (د زړه د coronar ناروغي) .
4. dyspepsae وظيفوي

[[ULCUS -VENTRICULI]]

ورته نومونه (peptic ulcer, gaster ulcus د معدې زخم).
Erosion: Defi: هغه حالت ته ويل كېږي، چې defect (نيمگړتياوي) = پرهار له lamina-muscularis-mucosae څخه تير نشي.
Ulcus: هغه وخت چې defect د mucose څخه تيرا و د gaster جدار يا ديوال ته ننوځي.
لاملونه:

1. Helicobacter pylori Hp (دغه gram-neg باکترې د خولې (oral) = oral/oralem او يا دې مقعد او خولې (faecal/oralem) يو اوبل ته خوځښت (سرايت) کوي، دغه مکروب د مشامتوب په وخت کې د بڼه پراخوالي مساعد زمينه لري.
 2. د ځينو درملو له کبله :- لکه Prostaglandin-inhib (ASA، NSA: diclofenac، phenylbutazon، Indometacin، glucocorticoid، cytostatica او د وړانگو په مرسته درملنه.
 - Stress-ulcus (intensivstation = انگريزي Intensive-careunit، burn-، polytrauma، operation، injury=combustion (سوځيدل)، artificial-ventilation – مصنوعي تنفس يا هوا ورکول، هغه وخت چې د معدې مخاطي غشا ته د وينې دوران لږ شي.
 3. ZOLLINGER-ELLISON-syndrom (hormonactive-G-cell-Tumor)
 4. hype para thyroidismus (Ca⁺⁺ stimulation the G-Cell).
 5. جنتکي مساعدې زمينې: hyperpepsinogenaemy، bloodgroup O .
- پتالوژي:
- a باکترېايي ناروغي د Helicobacter pylori له کبله.

b. ناسمې يا غلطې اړيکې د يرغل گرو (متعرض) او دفاغي يا توليدي فکتورونو تر مينځ (يو مخاطي سديا مانعه د prostaglandin ,mucosae-bicarbonat-secre په منظم ډول Epithelregeneration, icrocirculation .
 c. بې له تيزابو هيڅکله پرهار (Ulcus) شتون نه لري (هيڅکله Ulcus د يوې peniziose-Anaemy له کبله مينځ ته نه راځي.

په تيره بيا په chronic-atrophic gastritis ليدل کېږي، چې په معده کې هيڅکله تيزاب نه توليد کېږي. د تيزاب د توليد نظم (Acid production's regulation):

1. Cephale- او Vagalephase: خورل شوی مواد (غذایی مواد) وينې => بيا د N.Vagus په مرسته د HCL- production تنبيه يا stimulation کوي.

2. Gastrale phase: دمعدې جدار ته پراخوالی (توسع) ورکول => چې دلته په مستقيمه توگه (= direct HCl - stimulation)، کيمياوي عکس العمل (Proteinolys-production, Nicatin, Alkohol) => چې د Gastrin د آزاديدلو سبب کېږي، => چې بيا په غير مستقيمه توگه د HCL-production تحريك کېږي.

3. Intestinale-phase: دکولمو يا په بل عبارت د معدې معايي (gastro-intestinal-hormon) آزاديدل => سبب گرځي، ترڅو چې د gastrin هورمون ازاد نه شي، او په پای کې د اسيدو يا تيزابو توليد له مينځه لاړ شي يا آرامه شي.

سر بيره پر دې: د gastrin production د gaster Ph سره اړيکې لري، څومره چې د معدې PH تيبټ وي، په هماغه اندازه د gastrin افزا کيدل لږ وي => په پای کې HCL لږ وي.
 سيمه = Local:

Corpus distalis او Antrum کې، او په وړوکې curvare لاتين (small-curvature) له دې کبله چې د وينې دوران لږ څه نېټه نه وي پيدا کېږي.

اپيديمي: 6-10% انسانانو کې د عمر په تيريدو پرمختگ کوي يوه. ulcus ventriculi or duodo, praevalere 0.3% لاتين (احصايه) بڼې چې په کال کې = 50/100.000/y ده.

- مناسب عمر له 50-70 کالو تر مينځ، نارينه = بنځينه سره په يوه اندازه مصاب کېدای شي.
 - په د اخري لسيزه کې ښودله شوي چې په غربي صنعتي نړۍ کې دغه ناروغي په ټوليزه توگه لږ شوي ده.
- ډولونه:

په (1964) JOHNSON د پرهار دسيمې او پتالوژيکي څرگندونې په اساس په لاندې ډول ويشلي ده:-
 Typ I: دکوچنی قوس د Angulus په لومړنی سيمه کې ده (Small-curvatur-proximal of the Angulus) چې ډېره د معدې پرهار جوړ وي او 60% د پيښو و دي،

Duodenogastral-Reflux د صفراوي تيزابو (تريخو تيزاب) بيرته گرزيدنه د Pylorus insufficiencie له کبله صورت نيسي چې د => Gastritis سبب کېږي => او بيا د مخاطي غشا په التهابي او روغه سيمه ulcus سبب کېږي چې دلته ډيره Normaciditia وي.

Typ II: د پرهار (Ulcus) يوځای کيدل (يادونه: دوه سيمې = (2-Localisation) ! duodenum او د Angulus اخريني يا distale برخه، stase-ulcus په stenose او د نه خالي کېدلومانعه سبب د <= hypergastrinaemae <= سبب کېږي چې په ډيره کچه د hyperaciditie .

Typ III

Hypersecretion, prepyloric ulcer د معدوي تيزابو <= په ډيره اندازه hyperaciditie مينځ ته راوړي. Ulcus ventriculi: څومره چې دې ulcer سيمه لوړه وي يعنې څومره چې لوړ موقعيت ولري، همغومره تيزاب دهغه په مينځ ته راتگ کې لږ ځواب ويونکي وي يعنې اثر يې لږ وي.

Clinic

a- Postprandial dolor = يعنې يو بيړنی يا دفعتاً خپريدونکی درد چې وروسته د غذايي موادو له خوړلو وڅخه مينځ ته راځي، 1-31 گړي وروسته له غذا خوړلو د درد مينځ ته راتگا.

b- فشار يا د دروندوالي احساس، بې اشتهايي يا مړبنت، زړه بدوالي او Inappetencea.

Diag.

1. Anamnese (د درد کرکتر) او کلنيکي پلټنې.
2. biopsie <= Gastroscopie له بېلا بېلو سيمو او دهغه ليرل هستولوژي ته، وروسته <= په هر Ulcus ventriculi کيدای شي، يو cacinom پټ وي، او همدارنگه د helicobacter pylori پلټنه (له د Urease - test) په مرسته 70% ناروغان چې يو Ulcus لري، دغه مکروب (شتون) لري.
3. Radiographie: gastro-intestinal-passage = (په انگريزي کې ورته gastrointestinal X-ray series - Upper وایي) <= Ulcusnish يا يو ژور پرهار ليدل کېږي، د وړانگو په څير خپريدونکي مخاطي غشا گونجي (چملکي) (Carcinom, DD)، د گوتي په څير پرهار، احتمالاً د Gaster dilatation + pylorus stenose.
4. د gaster د تيزابو تجزيه او تحليل (البته دا ورځنی معاینات نه دي): Basal-Acid-output=BAO او Pentagastrin-stimulation+PAO سره.

Therapie

الف: - conservative - په ټوليزه توگه دغه ټکو ته بايد پاملرنه وشي: له ټولو د خانباتو څخه، الکول او قهوه (coffee) څخه بايد ډډه شي. ټول هغه درمل چې Ulcerogen دي يا د ulcer مينځ ته راتگ کې، لويه ونډه لري بايد ودرول (قطع) شي يعنې خوړل يا استعمال يې ودرول شي (په تيره بيا Antiphlogestica, NSA, Analgetica, همدارنگه له حده زيات تاوده (سرخ، داغ، او ترخه، ساړه خواړه بايد ونه خوړل شي). او خواړه هم د ورځې څو وارې اما په لږ، لږ اندازه سره وخورل شي، يعنې يو واري ډېر خواړه ونه خوړل شي.

ب: Medicamentum: - نن ورځ يا په اوسني درملنه کې د اسيدو يا تيزابو د راکمولو يا ټيټولو لپاره کوم ټاکنې يا انتخاب چې لومړيتوب لري هغه دا دي:

- a- [Lansoprazol, (Agopton) Omeprazol-Esomeprazol, Nexium, PPI=Protonpump-inhibitors لکه
- b- د دې ترڅنگ يو شمير نور ساده Antacida شته لکه Riopan، Magaldrat.

-c H2-Blocker (د امکان په صورت کې سر بيره په نورو درملو د شپې له خوا ورکول کېږي، لکه Ranitidin=sostrill او يا cimetidin=tagamet).

-d Anticholinergica (gastrozepin, pirenzepin).

-e د مخاطي غشا يا پردې د بيا پيدا کولو لپاره درمل (Mucosae-protectiva) لکه sucralfat = ulcogant.

-f Prostaglandin-derivate (Misoprostol, cytotec) او Reserve-for- – Eradication Wismut-paeparate لکه helicobacter. (Wismut telen).

Standardtherapie for eradication: هيلیکو بکتر پیلوري مکروب

(Helicobacter - pylori - Infection) په يوه درې گوني درملنې سره له منځه ځي (چې هغه يوه فرانسوي او بله ايتالوي شيما ده د اوه (7 ورځو لپاره).

PPI +2 Antibiotica

Omeprazol-(Antra, Mups) 2x20mg/d. + Amoxicillin (Amoxypen) 2x1000mg/d. + Clarithromycin (Biaxin HP) 2x500mg/d.

که چيرې clarithromycin په بري سره دنده سرته ونه رسولای شي نو بيا

1. Omeprazol=Antra mups) 2x20mg /d + PP1 + ورځ

2. Amoxicillin 2x1000mg /d +

3. Metronidazol 2x400mg /d (clont)+

په دې درملنې سره Helicobacter-pylorial په حدود 90-95% پېښو کې په کامله توگه روغ کېږي، او مکروب په مخاطي غشا کې له مينځه ځي.

ج- درملنه بايد تعقيب او هغه پر هاري سيمه بايد په پرلپسې توگه تعقيب شي ترڅو چې د cancer خطر شتون ونه لري.

د- که چيرې د درملنې سره تر درې مياشتو پورې زخم جوړ نشي نو بيا د محافظوي درملنې پر ځای د عملياتي درملنې (OP) تدبيرونه ونيول شي (داسې ويل کېږي، چې که چيرې يو ulcer په درې (3) مياشتو کې روغ نشي نو بيا په يوه کال کې هم نه روغېږي).

Operative:

استطباب: - جراحي عمليات نن ورځ ډېر نادراً دهغه ضرورت پېښېږي، (د عمليات د اختلاطاتو له کبله):-

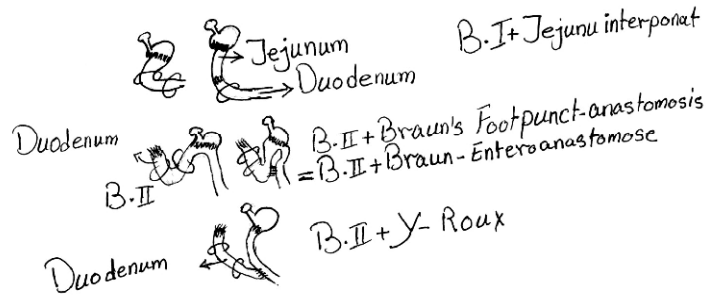
مطلق استطباب = perforation (absolute indication)، په کتلوي توگه نه دريدونکي وينه توپيدنه، د Malignitat اشتباه.

نسبي استطباب: - Relative-indication: ډير لوی پرهار، تکراری پرهار، مخ په زياتېدونکي ډول پرهار persistier ulcer= (کله چې محافظوي درملنه بڼي، پایلې ونه لري).

د عمليات تگ لاره:

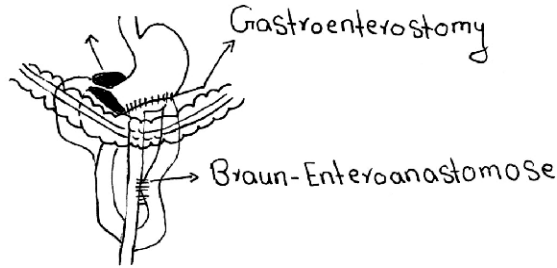
-a Antrum) 2/3-Resection او يوه برخه د Corpus) + بېرته د Gastrointestinal passage اعاده کول.

Termino-terminalae-Gastroduodenostomy-BILLROTH I -b (خوکه په خوکه = End-to-end او یا خوکه په څنگ = End-to-side-anastomose).



Gastroenterostomy: ante colic. Gastroenterostomy + Braun-Enteroanastomose-in the- inoperable- Gastroenterostomy-stenosis-Antrum-Carcinoma

Stenosis Antrum tumor



3- Kissin ulcer: په مخامخ یا مقابل کې بل پرهاړ لکه په small او curatur great

4 Penetration: په یوه گاونډي غړي یا اورگان کې لکه pancreas

5 Peforation: په کلنیکي لوجه لکه دې Acut abdomen

درملنه: Laparatomy، د پرهاړ (Ulcus) لري کول = Exzision او په متقاطع توگه وگنډل شي، (Exzision، ددې لپاره چې د یوه Ca. خطر لري شي).

6 Malignancy=Malignitaet: 1-3% د پېښو کې، کېدای شي، چې په رغېدو او نه رغېدو حالت کې د پرهاړ په ندبه کې یوه Ca. وده وکړي، او هغه د 15-20 کالو په موده پورې ممکن دي چې پتیه وي (وروسته د معدې له پرېکولو = Gaster-resection څخه).

7 Ulcus callosum=chronic ulcer

8 Pseudomembron colitis -:Triple -Therapie

9. recidive Ulcus: د Acidsuppresion لږوالی، د Antrum پاتې شونې سیمه، stase او د معدې څخه بهر عوامل،

10. Billroath-I-without-interponat: د Duodenogastral-reflux بنکاره کېدل، احتمالاً د یوه کا رسینوم induction په پاتې شوي معده کې: Gaster latent carcinom.

11. د دغې تگلارې (Billrath II) اختلاط یا ناخواله پایلې چې: - Blind-laop-syndrom او Afferent-laop - syndra

ددې له پاره چې په duodenale سیمه کې د Neutralisation د نشتوالي له کبله د معدې د پاتې شوي برخې د تیزابو له کبله د معدې د Anastomos-Ulcus واقع کېږي.

درملنه: - یا خو بیرته د B.I په شکل بدلون ورکړل شي او یا خو هم Y-ROUX له وړو کولمو سره حلقه کېدل چې له >40cm کم وي، (اما duodenogastral-Reflux اجازه نشته چې لویه شي، یا پراخه شي، ځکه چې د معدې د کارسینوم خطر په پټه = (Latent) ډول ممکن ده).

14. Structur insuffi. - peritonitis او Prophyllaxis = مخنیوي Acut- abdomen

Stress-Ulcus-prophylaxis: د H2-Blocker (د بېلګې په توګه Sostril,Ranitidin د 3x50mg I.V. او یا هم sucralfat (Ulcogant, 4-6x1g/d) په جدي مراقبت خونه کې هغه وخت چې ناروغ په سخته coagulopathy, polytrauma او یا اوږد محاله مصنوعي ساه (تنفس) اخیستی وي.

DD

1. Duodenal Ulcus: په لوږه کې د dolor شتون، د شپې له خوا درد او د غذا په خوړلو سره ورسته د درد ورکېدل.

2. MALT-lymphoma , gastral carcinom :-

چې د یوه gastral ulcus بنودونکې وي که چیرته د 4-6 اونيو طبي درملنې په مرسته د رغیدو خواته خوځښت یا تمایل شتون ونه لري، نو پدې توګه باید سړی د کارسینوم اشتباه په بیړنۍ توګه کېږي! = Biopsy, همدارنګه د غیر وصفي پرهاړ اشتباه (لکه په لویه Curvatur کې).

3. (Exulceratio simplex) Ulcus DIEULAFOY .

4. (non- ulcer-dyspepsy) NUD .

5. gastrointestinal infection, Gastritis .

6. cytomegaly. infect. Herpes simplex, tuberculose .

[I (Gastrum – Carcinom) Gastric Cancer]I

لاملونه:

a- مساعد فکتورونه: (Typ A-gastritis) chronic-atrophic-gastritis. په تیره په Helicobacter-marbus Menetrier, ulcus ventriculi, (Typ-B.-gastritis) pylori-infection-, intestinal metaplasie

perniziosa (10% خباثت جوړونکی) د معدې polyposis (البته ډېر لږ يا نادر دي) = په دغه ټولو پورتنی خطر لرونکو ناروغيو کې بايد هر کال د کنټرول لپاره Gastroscopy وشي.

b- د کانسري موادو شتوالی په غذايي موادو کې: Nitrosamine (چې دغه مواد په دود وهلی او سره شوي (بريان شوي) غذايي موادو کې د معدې د تيزابو له کبله مينځ ته راځي) ، Benzypren او aflatoxin.

c- د خانياتو استعمال ، د ويتامينونو لکه Vit-A, Vit E, Vit C کموال (هغه څوک چې ميوه او سابه يا ترکاري لږ خوري).

d- کورنی اثر، جنټیک فکتورونه (لکه هغه خلک چې د وينې گروپ بي A وي ملتونه Nationalitie : لکه د جاپان او فنلنډ خلکو کې دغه خطر زيات او لوړ ده) Lynch-syndrome (بدلون يا mutation له E-cadherin-mutation ، chromosum 2,3,7 reparatur-gens په 2,3,7).

e- Duodeno-gastral-Reflux وروسته له Gasterresection (په يوه پټ ca. له يوې مخفي يا latenz مرحله سره چې تقريباً 15-20 کاله په برکې نيسي، دغه حالت اوس بدلون موندلی ځکه چې پرمختللي تشخيصي وسايلو سره هر ډېر ژر پېژاندل کېږي، او درملنه صورت مومي).

پتالوژي:

1. ډيره سيمه = Often-lac. :prepyloric/Antrum (50-80% د پېښو) curvator-minor او cardia-carcinom چې 10-25% د پېښو جوړ وي.

په 90% پېښو کې solid کارسينوم، په 10% کې multicentric مينځ ته راځي.

2. **metastasion**

a. Haematogen : هغه وخت چې کارسينوم ډير پرمختگ کړی وي. تگلاره: دې دې V.coronaria-ventriculi څخه دې pfortart لورته = کبد = hepato. = ينه = < (ريه) = Pulmo = سږي، اسکلېت، دماغ = encephal=cerebr (= ميتاستاز M1).

b. Lymphogen : ډير ښه په Mucosa کې (د Basalmembran لاندې) د لمفاوي لاری موندلی شي، = نو ځکه د لمفاوي ميتاستاز ډير مخکې له وخته ممکن وي (د معدې ډير مخکې کارسينوم ممکن وي) د لمفاوي سيستم دوران يا بهير د معدې له شرياني سيستم سره موازي روان وي.

د سيميزو عقدو يا لمفاوي غوټو سيمه : perigastric (curvaturminor او د-curvature-major A.gastrica. او په لري سيمو کې: Tr.Coeliacus ، A.lienalis، A.hepatica-com. sin. او همدارنگه hepato duodenal L.N.

supra cavicular (VIRCHOW-glandulae) duct-thoracicus, mesenterial, para-aortal : د کينې خوا لمفاوي غوټې چې د جس يا لمس کولو وړ وي، دا ټولې پورتنې يادشوي ميتاستاز په لري سيمو ليردونې يا ميتاستاز کې طبقه بندي يا ويشل کېږي (M1).

c. Mesent erium, Serosa (=visceral peritoneum, T3) , per continuitatum Phrenicus, Nephro, , Intestinum, Colon transversum, abdominal-wall , Omentum-majus (T4=) hepato, spleen, pancreas, retroperitoneum.

d. Per contiguitatum = per contiguitatum (د لمس يا جس په توگه):
 e. د خاڅکو په خیر لېږدېدنه = Douglas : drip off metastasen, (KRUKENBERG-Tumor=) ovar, (Exudative, احتمالاً Haemorrhagic وي).
 + هغه حجري يا ژوانکې چې د مهر لرونکې گوتې (انکشنز) غونډې خیره لري، M1 ډولونه:

1. مخکې له وخته کارسینوم = early cancer
 په برجسته يا روښانه توگه (Typ I)، سطحی، توگه (II) Superficial، او يا (III) Excavare په شکل وده کول، اما دا په mucosa او (IV) submucosa پورې محدود پاتې کېږي، (اما د تياري يا اماده گي په حالت کې دې چې يو T1-Tumor ور څخه جوړ شي).

2. پرمختللی ډوله Carcinom: دغه ډولونه يا بېلونه دې BORRMANN په مرسته يا په هڅو (1926)، چې نومور له هغې سيمې چې submucosa ورته وايي تېرېږي او په (T2-T4) Propria muscularis کې ننوځي:

- Typ I : Polyposes carcinom
- Typ II: Exulceration carcinom
- Typ III: Exulcerative carcinom, infiltrative growth
- Typ IV: Diffus infiltrative carcinom.

3. Histology: د WHO (د روغتيا نړيوال سازمان) په اساس:
 Adenocarcinom چې 90% د پېښو جوړوي (Tubularis, papillares, Mucinoses, signet-ring cell = مهر لرونکي گوتې په ډول)، همدارنگه adenosquamosis ca., squamosis ca. ناپېژاندلی ډوله کارسینوم = (Grading: G4) Undifferencial Ca.

4. د لورين = LAUREN د نظر په اساس ډولونه (1965):
 a- د Intestinals typ ډوله کارسینوم: دلته په ډیره کچه = (اضافه وزنه توگه) glandulae قرار لري، چې ډیره يې Polypas دي (په وصفی توگه Adeno carcinoma) = پایلې يې ښې دي.
 b- خپریدونکې ډوله کارسینوم = diffuse typ-ca. له يوه التهابي يا-infiltrative growth په Gastermucosa کې = ډیری زیاتې بدې پایلې لري.

TNM-classification :

پاملرنه: (تر ډیره حده د امتحان سوال): د carcinom-in-situ فرق يا توپیر يې له لومړنی مرحلې کارسینوم سره (early cancer) څه شي دی!

ځواب: Tis: هيڅکله له Basalmembran څخه نه تېرېږي، او نه ميتاستاز ورکوي، اما د لومړی مرحلې کارسینوم (T1) تر submucosa پورې ځان رسوي، او کېدای شي، چې ځان ميتاستاستاز ته چمتو کړي.
 Tis=carcinom په situ، محدود يا حصار شوي په Lamina-epithelialis-mucosae پورې وي (هيڅکله له Basalmembran څخه نه تېرېږي).

T1 = تومور په Lam. Propria mucosae کې infiltration ورکوي، او يا max. تر submucosae پورې رسېږي (دغه T1 په muscularis propria کې نه ننوځي).

T2 = تومور په Propria muscularis کې infiltrate ورکوي (T2a)، او يا subserosae کې (T2b).

T3 = تومور په serosae کې penetration کوي يا ننوځي (visceral-pretonum)، اما په گاونډيو جوړښتونو کې Infiltration نه ورکوي.

T4 = تومور په گاونډيو جوړښتونو (ساختمانو) کې infiltration ورکوي.

N1 = ميتاستاز په 1-6 سيمه ايزو لمفاوي غوټو کې.

N2 = ميتاستاز په 7-15 سيمه ايزو لمفاوي غوټو کې.

N3 = ميتاستاز په < 15 يعنې له 15 ډېرو سيمه ايزو لمفاوي غوټو کې.

M1 = لري ميتاستاز يا لري لېږد يده.

:Staging

I. T1 No Mo → T2bNo Mo يا T1 N1 Mo

II. T3 No Mo → T2b N1 Mo

III. T3 No Mo → T3 N2 Mo

IV T4 N1 – 2 Mo, ټول M1

:Clinic

1. 50% ناروغان asymptomatic دي! هيڅ روښانه اعراض او نښې نه په کې ليدل کېږي.
2. د غذايي موادو پورې اړه لرونکې dolor د گيډې (abdomen) په پورتنې برخه کې (Epigastric)، Inappetence انگرېزي (او په (لائين inappetere) د غوښې (گوشت) او نورو غوړو غذايي موادو له خوړلو څخه مخ په زياتيدونکي ډول ډه ډه کول (البته دا وروستی نښې وي).
3. Anaemae (د Micro-haemorrhage له کبله) = احتمالاً د وينې شتون په غايطه موادو کې چې تور رنگه وي لکه تور قير (Tarry-stool) يعنې د ميرو د اويسونو د پچو په شان سرينس لرونکي ډول لري، او همدارنگه د sideropenic anaemia (يا Iron – deficiency anaemia)، د بدن د مقاومت لږوالی (کم زوري)، د وزن له لاسه ورکول حتی تر Tumor Cachexia پورې.
4. dysphagie: په هغه وخت کې چې cardia carcinom شتون ولري.
5. Pyloric stenose: هغه وخت چې Ca. په pylorus / او يا په prepyloric سيمه کې وي => د ډير مړښت احساس، زړه بدوالی (دلېدي)، استفراغات (کانگي)، او له خوړلو څخه ډه ډه کول.
6. د Ascites د احتمال شتوالی په هغه وخت کې که چېرې په Peritoneum کې ميتاستاز ورکړي وي (Peritoneal metastase).

:Diag

1. Anamnese او کلينيکي پلټنې چې ډيره يې بې پایلې يا بې نتيجې وي.

2. Gastroscopie: موقعیت (Localisation)، ډېری یا خو واری یا په تکراري توگه بیوپسی (تقریباً 95% پېښو کی اوه واری بري لاسته راوړونکي دی).
3. رادیوگرافي: -GIP په دوه چنده (Doppel) کانترست پروسه کې: د سطحې برخې بدلون په Mucosa کې => د ډکیدلو ستونځې یا defect (Polypose form) او یا Nish (Ulcerose form)، د Mucose د طبقې بدلونونه (د گنجو شتون) په پریک شوي ډول یعنی د مخاطي طبقه پریک شوي بنکارې، همدارنگه د جدار حلقوي یا مدور ډوله ulcer, local-wall-starre، د peristaltic خوځښت له مینځه تگ، احتمالاً د Pylorus stenose ولیدل شي، د معدې کارسینوم تر ډیره حده د لږ بدلون ښودونکې وي => Endoscopic diagnosis.
4. Sonographie: میتاستاز => تر نورو ډیر په یڼه یا جگړې (Preoperativ-staging تقریباً 80-90% تشخیص یا پیژاندنه مطمینه ده).
5. End. sonographie: د infillration او د تومور د پراخوالی کچه د معدې په مخاطي غشا کې روښانه کوي، او یا یې ښکاره کوي (د معدې د جدار نورمال ډبلوالی 5-7mm پورې رسېږي).
6. Staging: د تورکس رادیوگرافي د میتاستاز لټول په سپرو او اسکلیت کې (staging-Preoperative) او همدارنگه Abdominal CT هغه وخت چې د Intra abdominal lymph Nodus اشتباه شتون ولري.
7. لابراتوار: Tumor-Marker یوازې د روان بهیر د کنټرول لپاره مناسب دي، هیڅکله -Screening methode نه ده! (CEA,CA72-4,CA50,CAig-9)

:Therapie

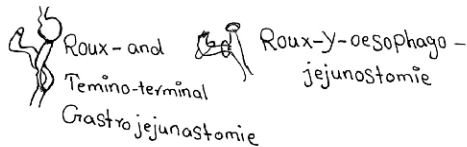
- A. Palliativ: conservative (د غذایی موادو د تېرېدولو بیارغونه):
 Tubus او یا Metalgrille-stent کله چې Cardia په کارسینوم اخته وي، (Tubus، Celestin, HARING)، همدارنگه PEG-Sonde (percutane endoscopie gastrostomie) او یا خو هم Laser-therapie، د Stenose دلري کولو لپاره په مینځنی اندازه
 Chemotherapie: 5fu+cisplatin، دامکان په صورت کې (Preoperative (Neoadjuvant) Down-staging .
- B. Operativ: استطباب: Curativ او یا Palliativ (ټول هغه Ca. چې له Tr.Coeliacus څخه وتلی لمفاوي عقداو ته میتاستاز ورکړي وي، هیڅکله curative نه تداوي کېږي).
- **د جراحي عملیات لپاره چمتو والی**: -CVC او infusion therapy دوه (2) ورځې مخکې له عملیات څخه (سر بیره دخولې له لارې خوړل)، یوه ورځ مخکې له عملیات څخه یواځې چای Perioperative-Antibiotic prophyl د ورید (I.V.) له لارې د بېلگې په توگه Ceftriaxon ، Rocephin.
- Curative OP: -د جراحي عملیات لاره، د Abdomen په پورتنی برخه کې یو median یا منځنی شق (laparotomy)، نن ورځ Gastrectomy + د Omentum min/maj. لري کول یا Exstirpation (Perigastric (L.N + لمفاوي عقداو په مکمل ډول چې د Trancus-coeliacus څخه تر Hepato او توری (Splenhilus) پورې پرتې دي (چې D2-Compartment ورته ویل کیږي، احتمالاً د توري لري کول (Splenectomy) انگریزي = لاتین Splenectomy په Hilus کې proximal ca. د لمفاوي غوتو له کبله، همدارنگه د احتمال په

صورت کې د Pancreas لکۍ (Cauda-Pancreatis) ، د Hepato کینه برخه او یا Colon-Transvers (مستعرض کولون) هغه وخت چې تومور انفلتریشن ورکړي وي.

همدارنگه چې Sub-total-gasterresection هم ممکن ده + Exstirpation-Omentum (په هغه distal تومور کې چې Intestinal- typ وي ممکنه ده) ، کله چې 5cm مطمئنه سیمه وساتله شي. په پراخه (diffuse) ډوله شکل کې ضرور ده ، چې 8cm د اطمینانی سیمې واټن یا فاصله په نظر کې ونیوله شي.

نه (Pylorus) او نه هم cardia د یوه تومور دودې (نمو) لپاره مانعه یادیوال نه شي کېدای. په Cardia proximal tumors (ته نږدې) مجبور وي چې یوه برخه د Oesophagus ورسره لري یا پریک شي => وروسته له ټولو پریکولو (Resection) څخه د gastro- intestinal passage له سره رغول (اعاده) کېږي.

- د مصنوعي معدې جوړول:



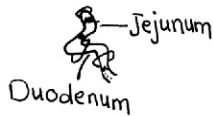
a- بې له دې چې د duodenal passage صورت ونیسي: پدې تگ لاره کې له Y-anastomosis د ROUX په طریقه => دلته د معدې پاتې شوی برخه/ او یا Oesophagus په یوه Y شکل چې د Jejunal حلقه تړله کېږي، او له Duodenum سره (تقریباً 40cm) اړیکې پیدا کوي، دغه Anastomos

تقریباً 10cm د TREMZ-Band (Plica-duodeno jejunalis) د لاندې نیمايي برخه کې (چې دغه تگ لاره له یوه Reflux څخه ډه ډه کوي).

ROUX -Y- Oesophago - Jejunostomie

a- په د حالت کې د مصنوعي معدې جوړول د Duodenal- passage سره: له یوه Jejunum interponato سره په دغه لاندې ډول یو په بل پسې:-

Duodenum-Jejunum - (اوږدوالی Ca.40cm) Oesophagus-Jejunum دا په ډاگه نښې چې یو څه نښې وظيفوي پایلې لري.



b- په یوه واره Tis او T1 همدارنگه

کېدای شي، چې یو اندسکوپیک Mucosectomy صورت ونیسي (دا چې دا به نښې پایلې ولري تر اوسه ترخپرنې لاندې دي).

Palliativ- OP

Gastro enterostomie=GE هغه وخت چې Pylorus stenose شتون ولري (دلته د معدې او وړو کولمو اړیکې څنگ په څنگ (side-to-side) د معدې په fundus باندې صورت نیسي، چې د anterior او یا Retro colic شکل د وړو کولمو حلقې پورته کول دي) + BRAUN'S-Enteroanastomosis.

Reconstruction with ante colic gastro
Anastomosis and Braun's Entero anastomose
:Post Operative : C



Reconstruction with
ante colic Gastroenteroanastomose
and Braun's-Enteroanastomose

تر 5 (پینځو) ورځو پورې infussion's ,
therapie ، وروسته چای (6 ورځې) ،
ورو ورو د خوړلو پروگرام چې لومړی
مایع شیان. بیا نیمه جامد چې په ساده
یا هوسایي بې له کومې ستونځې تیر شي (البته له اتمې = 8 ورځې څخه پیل) او په تدریجي د ټینگو موادو
خوړل له لسمې (10) ورځې څخه پیل شي.

D. په هغه حالت کې چې gaster resection صورت موندلی وي، نو بیا Intrinsic-Factor, HCL،
=<Pepsin=> پدې حالات کې د پانکراس Excretion نشتوالی، د Vit-B12 نه جذب کیدل، نشتوالی یا
کمبودي له امله باید دغه ټول پورتنی v. Substitution او Vit-B12 (Parenteral) او د Pancreas ferments
خولې (Oral) په لارې ورکړل شي او ورکړه یې ضروري او لږمې ده.
Prognosis - په curative عملیات سره 45% هغه ناروغان چې د معدې کارسینوم لري، د Op-Letalitat یې
5-10% ده.

پینځه (5) کاله د ژوند کولو حدس په ټولو هغه ناروغانو کې چې د معدې کارسینوم لري 27% ده، پایلې تر
ډیره حده د کارسینوم په درجه یا ډولونو پورې اړه لري.

:Complication

1. acut bleeding. Ascites of Peritoneal coarinosse, Pylorus stenose له کبله.
2. Jejunum او Eso Phagus = Anastomose-insufficiency OP د گڼډل شوی ځای (sutura) پریکیدل
یا بیلیدل دی.
3. Recidiv-carcinom =< د مخنیوي لپاره د تومور مراقبت د sonography او Endoscopie کنټرول په
پیل کې - 1/4 وروسته - 1/2 واری په کال کې تر سره شي.

:Prophylaxis

- a. څه شی چې ډېر مهم ده یا اهمیت لري، د ناروغي پیژاندنه (تشخیص) په لومړی مرحلو کې ده، پدې
اساس کله چې ناروغ له یوې اوږد محالې ناروغۍ څخه شاکی وي (< 4 اونۍ یا هفتو) بې له قیدو شرط څخه
باید gastroscopie صورت ونیسي.
- b. ټولې هغه ناروغۍ چې د gaster-Ca لپاره خطر ناکه واقع کېږي، باید په کال کې یو وارې Gastroscopy
اجرا شي!
(د احتمال په صورت کې Biopsie) دې ناروغي پیژاندنې لپاره په لومړی یا ډیر پخوا وخت کې باید اجرا شي.

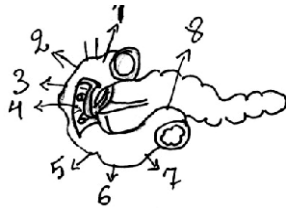
DD

1. Morbus-MENETRIER, Reflux disease :gastral Ulcus
2. دمعدې نور تومورونه (نور ټول نادر دي او زياد تره په لويه يا Curvatur Maj. کې قرار لري):
(Mucosa-associad-lymphoidtissue=MALT-lymphom) Non-Hodgkin-Lymphoma
همدارنگه يو ځای والی له helicobacter- pylori-infection سره چې شمير يې په کال کې 1/100,000 ده
Polypose, Polype, teratom , Intestinale Stroma-tumor=GIST Adenom, Leiomyome, Sarcom
Gastor ، د معدې Neuroendocrin تومور (carcinoid).

Duodenum

Duodeni يوه لانتنه کلکه ده چې د ولس نومبري: لاتين يعنې دولس:
يعنې دولس گوتې کولمې.

اناتومي:



1. Bulbus duodeni=Pars superior
2. Flexura duodeni sup.
3. Pars descendens له 4) VATERI=papilla duodeni maj او
(Ductus pancreaticus accessoria minor).

دغه څلورمې سيمې ته چې پورته ياد شوي دهغه محتوياتو ته په مکمل ډول دغه لاتدي نوم ورکړل شوی ده،
Plica longitudinalis duodeni + papilla-

4. Duodeni major او Minor
5. Flexura duodeni inferior
6. pars horizontalis
7. pars ascendens
8. Flexura duodenojejunalis

Vascular = اروا = تغذيه:

A.Pancreatico.duodenalis-sup (چې له A.gastro duodenalis او Tr.Coeliacus) او inf. (چې له
A.mesenterica) څخه منشا اخلي. يو څانگه (شاخه يا يو Anastomos (BUHLER- anastomos).
همدارنگه A.gastro duodenalis او A.supra duodenalis (چې له A.Gastro duodenalis څخه منشه
نيسي)، بهير يا خوځښت يې په جهت د V.portae ده.

Vegetative Nerv system

Plexus coeliacus (sympathic) او N.vagus (parasympathic)

secretion: د BRUNNER غدوات.

دنده (function): Reserption يا جذب د Mg, Ca, Fe ، سکر ايد ، په اوبو کې حل کيدونکي ويتامينونه او د
معدې حل شوی تيزابي موادو Neutral کول (خشی حالت) او د duodenal secretion.

انومالي:

- a Duodenal atresy (د اطفالو جراحي دي وکتله شي).
- b Duodenal diverticle

Ulcus Duodeni

Duodenal ulcer او په انگریزي کې Duodenal ulcer هم یاد شوي.

لاملونه:

- a Infection له helicobacter pylori=H.P. سره (95% په ناروغانو کې مثبت وي).
- b Medication له هغه جملې NSA = Non-steroidale-antirheumation.
- c Stress ulcer په هغه ناروغانو کې چې په جدي مراقبت خونو کې درمل کېږي.
- d Systemic Mastocytose, Hyperpara thyroidismus, ZOLLINGER-ELLISON- syndrom . duodenal morbus- CROWN
- e هغه مناسبې زمينې چې سبب د hyperacidity کېږي: Coffee, Alkohol, Nicotin, stress, psychogen, Immun osuppression= د وضعیت مقاومت خاوندان، Morbus cushing, cytostatica, کور تيزون لرونکی دارو، درمل.

پتالوژي: ممکنه لاملونه په لاندې ډول دي:

Hyperacidity يا د تيزابو زیاتوالی په bulbus duodeni کې له حده زیاد افرازات، البته تيزابي افرازات په معده کې او د هغه بهیر د duodenum خواته (Helicobacter -pylori -gastritis)، د معدې مخاطي غشا په Heterotope شکل په bulbus سیمه کې، د buffering نشتوالی په Duodenum کې (Bicarbonat له پانقراس او صفرا = bile)، کله چې معده غواړي ډېر زر خپل محتویات duodenum ته ولیږدوي => Bulbitis (Duodenitis) دى ulcer شتوالی په Bulbus duodeni کې (تر ډیره حده په مخکنی دیوال کې وي).

احصایه (شمیرنه):

نارینه ډیر اخته کېږي، نسبت بنځو ته (F=3:1) M>> F.

په کال کې شمیرنه بنې چې 150/100.000 کې ده.

کلینیک:

a. د لوږې له کیله درد = hunger-pain، د شپې له خوا dolor (دمعدې interdigestive hyperacidity regulation out of order = secretion) د خوږو یا درد ورکیدل وروسته د خوږو له خوړلو څخه او ډیر وروسته درد = Late postprandial pain، سیمه = local: یوه ثابتې سیمه چې ناروغ مستقیماً په یوه نقطه یا سیمه گوته ږدي یا یې درنې، نسبتاً دقیقه یا ثابتې سیمه وي، ډیره د Epigastrium لږ څه Lateral له منځنی لیکې څخه قرار لري.

b. زړه بدوالی (دلېدي) دعوامو په خوله، کانګې او duodenal پارېسوب.

c. دې شکایت شتون په Periodic ډول، زیاتوالی یا ډیر والی یې په پسرلي، اومني (خزان) کې وي (Empiric = څیړنی بنودلی ده).

:Diag.

1. Anamnese (د dolor کرکتر یا څرنگوالی) او کلینیکي پلټنې.

2. Gastro-duodenoscopy+biopsy ، Helicobacter pylori بنودنه (همدارنگه دا په Invativ شکل کې نه وي.

ELISA- سيروم انتي بادي د معلومولو په مرسته او يا خو هم دې 13C-urea-respiratory test په مرسته.
3. د معدي د تيزابو تجزيه او تحليل = gastric acid analysis (البته دا ورځني پلټنې نه دي). Basal acid output = BAO او Mono Aminoxidase = MAO د pentagastrin test- په مرسته د دغه تست په مرسته په ulcer duodeni کې Quotient = خارج قسمت يا لاسته راوړل شوې پايلې د 0.2-0.4 MAO: BAO پورې بنودل کېږي، اما په Zollinger-Ellison-syndrom. سندروم کې تر 0.6 پورې رسېږي.
4. GIP:Radiography => :

Ulcus Nish: دې نيمگري (defect) سيمې ډکيدل د CM په واسطه.

Therapy:

Conservativ يا دې درملو په مرسته درملنه: Ulcus-ventricli په ډول ترسره کېږي => د Helicobacter-pylori-infection بيخچنه = جذري يا eradication په واسطه درملنه له يوې درې گونې درملنې (Triple-Therapy) اوه ورځو لپاره:

a. PPI+Esomeprazol (nexium mups) يا omeprazol (Antra, mups).

2x20 mg/day+2 Antibiotica:

b. Amoxicillin 2x1000mg/day (Amoxyphen).

c. Clarithromycin 2x500mg/day (Biaxin HP).

چې په دغه درملنه سره هيلکوبکتر پيلوري په 90% د پېښو کې کاملاً له منځه ځي.
Operative: استطباب: اوس ډېر نادر دي، او هغه هم هغه وخت چې محافظوي يا د درملو په مرسته درملنې نېسي پايلې ونه لري (2-3 واري په 2-3 کالو کې تکرار = recidive شي). د ulcer تکرار کېدل وروسته له دې چې ulcer complication او perforation څخه.

a. Selective proximale vagotomie = SPV

د curvature-minor انتخاب د denervation لپاره د fundus او corpus هغه برخه چې parietal-cells لرونکې دي (احتمالاً Pyloroplasty کله چې Pylorus-Stenos شتون ولري) = پدې توگه د تيزابو د توليد کچه تر 50% تېټېږي.

b. دې ulcer ventriculi او duodeni يوځایوالی:

SPV له pyloroplasty (د HEINECKE-MIKULICZ په تگ لاره يا ميتود) + د معدي د زخم لري کول (excision) او يا Antrum-resection او يا خوهم دمعدې د 2/3 برخې لري. کول (Resection) او gastro-duodenostomie.

c. Postoperative تر پېنځو (5) ورځو وروسته د عمليات له ورځې يوازې infusions therapy ، وروسته له هغه د غذايي رژيم پيل له چای ، مايع خواړه ، نيمه جامد او وروسته پاسته يا نرم غذايي مواد د کوک يا تارونو لري کول په لسمه (10) ورځ د عمليات صورت مومي.

d. نورې ټولې هغه عملياتي پروسې لکه:-

Trunculare) selective-Gastro-vagotomie=SGV واگوتومي، resection of gaster 2/3 د BI او BII په طريقه يا دغه عملياتونه دي vagotomie سره يوځای + resection له BI سره نن ورځ هيڅ معنی او مفهوم نه لري.

Prognos: - هیڅکله دی خباثت (Malignet) خطر یا ویره نشته (برعکس د ulcus-ventriculi د-6 SPV: 10% د بېرته مینځ ته راتگ خطر او د OP-Letalitat په حدود د 0.3% ده.

Complication

a. Perforation = دیوه حاد بطن (acut-abdomen) په ډول له یوه acut dolor، بې له پخوانی Anamnese څخه = peritonitis له یوه مقاوم یا کلک بطن (guarding). چې دغه شیخ والی ته د لرگی د تختې په شان کلکوالی ویل کیږي، (په تیره بیا د abdomen په پورتنی برخه کې، reflectoric، یوه کراره یا مړه سیمه په دې معنی چې سپری څه نه اوري یا له فعالیت څخه پاتې سیمه دوراني عکس العمل = circulation Shock symptom+reaction او د sepsis نسبې ممکن وي، prognosis یا پایلې: که چیرې سوری کیدل یا < perforation له 24 ساعتو څخه زیات وي نو د مېرني کچه تر 80% پوری رسېږي، او که له 6 ساعتو څخه لږ وي، نو تقریباً 5-10% ده.

Diagnose: د abdomen ردیوگرافي په ولاړه واخستله شي، آزاده هوا د بطن په جوف کې، پاملرنه: وروسته له هرې laparotomie څخه آزاد هوا په abdomen کې لیدله کېږي!، اندوسکوپي او احتمالاً نورمال بطن لیدنه، د insufflation چې د اندوسکوپي په وخت کې آزاده هوا داخل کېږي، احتمالاً د پیژندنې یا diagnostic laparotomie د نامعلومی سیمې لپاره.

درملنه: Laparotomie، د زخم بندول د گنډلو یا خیاط کولو په مرسته چې هر کوك ځانته ځانته غوټه شي.

b. Bleeding = وینه ورکونه: - Haemorrhagie

ډیر خطر لرونکي یې dorsal ده، ولې چې هلته A.gastroduodenalis شتون لري. د gastrointestinale وینه ورکوني (خونریزي) درملنه: - په محافظوي یا conservativ ډول باید درملنه صورت ونیسي (په ټولیزه توگه max. یا په اعظمي ډول څلور (4) یونوټه د وینې conserve په 24 ساعته کې، somatostatin، secretin، د سپرو اوبو په مرسته پاکول* (Lavage فرانسوي)، endoscopic-sclerosation، او یا هم laser coagulation په ادامه د conservative درملنې = OP: چې د ulcer گنډل په بېلا بېلو غوټو (هر یو کوك ځانته ځانته وي او په مسلسل یا پرله پسې ډول نه وي).

c. د ندبې یا scar له امله رامینځته راغلي stenose:

Pylorus stenose: وروسته له ډوډۍ خوړلو څخه د ډیر مړبنت احساس، دمعدې د محتویاتو استفراغ، نو په دې توگه کولمو ته د معدده د محتویاتو د تیریدلو مشکلات موجود وي، چې په همدې علت ناروغ خپل وزن له لاسه ورکوي، او کمزوری کېږي (اود خوړو له خوړلو څخه ډه ډه کوي)، دې ulcer په ناروغانو کې دغه شکایت یا anamnese له ډېر پخوا څخه شتون لري.

ډیره اهمه یا ارزښتناکه د بېلولو پیژاندنه (DD)، له gaster Ca. سره ده = gastroscopie او biopsie (تر ډېره حده لنډه Anamnese لري).

درملنه: endoscopie ballondilatation (په بېلا بېلو او ډيرو سيمو يا ځای ناستو کې) ، که چيرې دغه پورتنی درملنې نتيجه ورنه کړي، بيا نو pyloroplastic د HEINECKE-MIKULICZ (long-incision) د (Transvers sutura).

d. Kissing+ulcer: په مخامخ خوا کې قرار لرونکې ulcera چې په Bulbus duodeni کې قرار لري.
e. Penetration: په گاونډيو اورگانو يا غړو کې: د بېلگې په توگه په pancreas (دوامداره) ، Pancreatitis, dolor.
f. Recidive-ulcus = selective-total-vagotomy د vagus د ټولې ريښې لري کول + pyloroplastic.

DD

1. ulcus ventriculi : يو پراخه بيرنی درد پيدا کېدل وروسته د خوړولو څخه = post prandial dolor (يعنې 3-1 ساعته وروسته د غذايي موادو له خوړلو څخه درد پيل کېږي).
2. Duodenal diverticle (برعکس دې ulcus duodeni دا هيڅکله په bulbus کې نه وي).
3. Pancreatitis , biliary colic=cholelithiasis.

[[DUODENAL TUMORS]]

ډولونه:

- a. Lipoma, myoma, adenoma, brunnerioma-: benigne , Gastrinom (Zollinger- Ellison, Syndrom)
- b. Maligna: (ډېر نادر دی) : carcinom, GIST, gastromtestinal stromatumonrs=.

Clinic

1. stenose, bleeding له زړه بدوالی (Nausea) ، Dolor ، وډکې معدې يا مړښت احساس ، احتمالاً د صفاوې موادو استفراغ.
2. د cholestase علامې يا نښې د papilla vateri د بندښ له کبله (COURVOISIER-sign ، Icterus).

Diag.:

1. Anamnese او کلينيکي پلټنې.
2. ERCP, GIP: Radiographie د ميتوود په ډول = ERCP= endoscopic-retrograde-cholangio-pancreaticographie. د سرحد تعين کولو لپاره.
3. Forceps biopsie+Endoscopie ، دامکان په وخت کې Endosonographie.

:Operative : Therapie

اندوسکوپیک extrahere extractus د سلیم تومور، خورند یا لکی لرونکي تومور (Adenom) او یا که چیري دغه پورتنی تگ لاره برې ته ونه رسېږي، بیا نو د جراحي عملې په مرسته Segmentresection د ناروغي په اخته شوي سیمې کې صورت نیسي.

:Maligne Tumar

Laparatomie - په سیمه ایزه پروسه کې (په تیره بیا Flexura duodeno-jejunalis)، partictleresection، duodenal (د یوې برخې پریکول)، په خاصه توگه prox.Duodeno-pancreatectomie د whipple په طریقه (د Op-letalitaet د پر لور دي او ډیری بدي پایلې لري، د 5 کالو ژوند کولو حدس له 30% لږ ده).

Inoperabilitat او د passage یا تیریدلو بندښتونه یا موانع: Braun- + gastro-enterostomie .Complication Entero anastomose

Papilla تنگیدل یا stenose <= د صفاوي موادو بندیدل او همدارنگه د پانکریاس د افرازاتو بندیدل.

د بې ځایه کېدلو یا فشار له کبله چې په Duodenal lumen باندې مینځ ته راځي، د تیریدلو یا پساژ عملیه له ستونځو سره مخامخ کېږي.
د سلیم تومور او بنسټل خباثت ته.

:DD

Ulcus duodeni د معدې د مخاطي غشا heterotopien، هغه ساقه لرونکي پولیپ (Polyp) چې antrale شکل واقع وي، د Lipidie ساحه carcinoid او داسې نور.
Papilla carcinom

Pancreas anular:Duodenal stenose همدارنگه د pancreas caput carcinom، pancreatitis

[Intestinum - tenue=وړي یا نری کولمې]]

اناتومي:

(Duodenum) د دندې یا وظیفې له مخې د abdomen په پورتنی برخې پورې شمیرل کېږي، چې یوه حصه یا برخه یې Intra او retro peritoneal قرار لري، Jejunum+ او (40% په مقابل دي 60%) Jejunum Ileum او Ileum په مکمل ډول Intraperitoneal کې قرار لري.

ټول اوږدوالی: - 5-8m متره، د بطن په جدار پورې د شاه له خوا د mesenterium او دهغې د اوعیه په مرسته تینګ شوي دي.

وړې کولمې دي Valva Ileocaecalis په واسطه له Ileum څخه colon ascendens ته د بطن په بڼې او لاندینی برخه کې ختم کېږي.

Aa. Jejunales et Ilei from the A.Mesentrica sup. -: Arteria

Vv.Jejunales -: Venae او Vv.mesentrica sup. له هغه څخه <= V.portae.

Lymph system = لمفاوي بهير: cisterna chyli =< Mesenterium دنده = وظيفه Physiology: په Jejunum کې د هغو ویتامینو جذب = (Resorption) چې په غوړو یا شحم کې منحل وي، همدارنگه د الکترولیټو، شحم، کولسترول او پروټینو جذب، او به (د 6li/d په ورځ کې) secretion د انزایمو (Proteinase, Amylase).

Terminales Ileum: resorption د Vit-B12 (د هغه Intrinsic-factor له کبله چې له معدې څخه افراز کېږي)، صفراوي مالګې، سر بیره پردې دغه کولمې نورې معافیتي دندې هم سرته رسوي. (No-duli-lymphatici-aggregatic-IgA-Synthese=PEYER-Plaques. Appendix)

[[Intestinum Tenue Trauma]]

لاملونه:

په پخې یا نرمې سره د کولمو جدار ځپل کېدل یا ژوبلیدل (ځپل شوي ژوبله). پدې معنا چې خارجي یا بهرني اثر نه لیدل کېږي.

Perforation ژوبله.

Perforation: latrogen د اندوسکوپي GIP او بیوپسي له کبله.

د بیګانه یا پردې اجسامو تیرول، cholelithias, Gastrolith = Bezoar.

د صفراوي تیګې (یو بندیز یا مانعه په flexur duodeno jejunalis او د Valva =BAUHIN-Valva ileocaecalis) په پوله یا سرحد کې له Ileum څخه colon ته.

:Clinic

سیمه ایز درد = Local dolor، د peristaltic (یا د کولمو خوځښت په طبعي ډول) ژوبلیدل یا تخریب کیدل، په ځپل شوي ژوبلیدني سره احتمالاً لومړی یو ځپلواک interval وي.

د سوري کېدل (perforation) په حالت کې =< Acut abdomen (د لرګي تختي غوندې کلک). Reflectic emesis, paralytic Ileus Abdomen.

:Diag.

Anamnese او کلینیکي پلټنې.

Radiographie: Plain-abdominal-Radiographie (د شاه په تخته قرار درلودل، په ولاړې او یا په کینې خوا ځملاستل) =< د آزادي هوا شتون د Erguss+perforation په موجودیت کې، د امکان په صورت کې GIP له Gastrografin سره! (هیڅکله له Barium څخه استفاده ونشي). Sonographie.

: Therapie

Conservativ -A: که چیرې پردې جسم یې تیر کړی وي، نو په اصل کې باید منتظر شي (تر ډیره حده دا په ځپل سر Spontan بیرته وځي یا خارج کېږي، کنټرول یې له Plain abdominal Radiographie په مرسته احتمالاً د GIP د Gastrografin په مرسته).

-Operativ -B

Laparotomie : د ژوبلې شوي سيمې يا defect گنډل يا ترميم که چيري خپلواکه perforation وي نو بيا د abdomen پرې مينخل = lavage له Taurolidin slution (Taurolin) سره.
د احتمال په صورت کې د لواژ-دريناژ د پريتونيوم او وروسته Relaparotomy.
Nasogastric tube ، پراخه اثر لرونکي انتي بيوتیک (يا وسيع الساحه) د عمليات په وخت کې (Peri-operative) او وروسته له جراحي عمليات څخه (Post operativ).
په Mesenterial Ruptur کې : د وينې درول (توقف خونريزي) ، د امکان يا ضرورت په وخت کې Resection دهغې اخته شوې ، سيمې چې په کولمو کې قرار لري ، يا په بل عبارت د کولمو د هغې برخه پريکول چې په آفت اخته وي.
د parenteral تغذيه د څو ورځو لپاره.

Complication

peritonitis <= Perforation
haemorrhagic shock, abdominal bleeding <= mesenterial-arteria rupture د لږ والي له کبله د کولمو په هغه برخه کې چې په ناروغي اخته وي + Necrose.
اجنبې يا پردې شيان :- (Haemorrhagic) Bleeding, peritonitis, Ileus, perforation, penetration.
d- OP :- په وروستي مرحله يا وروستيو وختو کې اختلاطات ، Adhaesion (انگريزي adhesion).

[Diverticulum ilei = MECKEL'S diverticulum]

اناتومي:

Ductus vitellinus يا Ductus omphaloentericus په نورمال ډول د fetal په 6-7 هفتو کې په مکمل ډول له منځه ځي ، اما په 1-3% انسانانو کې دهغه پاتې برخه د ليدلو وړ وي.

Clinic

anorectal haemorrhagy ، احتمالاً ، Emesis, Nausea, abdominal dolor
symptomatic يو = Meckelitis=acut appen dicitis <= په يوه ناپيژاندل شوي intra operative موندنې کې تل (هميشه) بايد په يو Appendectomy کې
Meckel diverticle ولټول شي.

Diag

Anamnese او کلينيکي پلټنې کاملاً لکه Appendicitis/acut- abdomen غونډې وي.

Therapie

Operativ :- په يوه Laparatomie کې يو Meckel's diverticle موندل کېږي ، د يوه اپنډيسټ په پېښه کې بايد د اليوم ساحه ولټول شي ، ځکه کېدای شي ، چې يو ميکل دايورتیکل شتون ولري.

Complication

perforation ، التهاب او Haemorrhagie ulcus, gastral mucosa heterotopie.

strangulation خطر د connective tissue septal له کبله => چې د Ileus سبب گرځي.
Invagination => بندښ = Ileus.

DD:

په دوامداره توګه د Meckl's-diverticle پاتیکېدل په کاهلو یا بالغو خلکو کې =Ileumbilicalfistula
(د اړیکو شتون له بهر سره). symptom: احتمالاً دلیدلو وړ یو وړوکی پرانستې Paraumbilical سوری.
په نوي زېږیدلي ماشوم کې: . ducts-omphaloentericus-persist + تر ډیره حده روښانه د فستیول
سوري د بهر او مخاط خواته. درملنه: festul resection.
Meckel's diverticle cysts
Lig. Terminale

[[Intestinum Tenue Tumors]]

75% فیصده د وړو کولمو تومورونه سلیم (benigne) دي، د نړیو یا وړو کولمو خبیث (Maligne)
تومورونه نادر دي، د لنډ محاله تیریدني (passage) له کبله ، د Mucosa طبقه یا برخه لږ تخریش سره مخامخ
کیږي.

همدارنگه د باکترې تیرې (تعرض) یا colonize کول یا داچې نه وي او یا خو هم په ډیره تېټه درجه کې وي، او
له بلې خوا ډېر لږ concentration یا تمرکز په Immunglobulin باندې ، چې په دې توګه نسبتاً لویه برخه
کې Sarcom لیدل کېږي، (1/4 برخه د ، خبیثو تومورونو په وړو کولمو کې Sarcom تشکیلوي، او په پاتې
برخو د Intestinal سیستم کې د ډېر والي په کچه یوازې 1/100-1/200 وي).

دغه وړې کولمې دي ، چې له بیرته جذب = (Resorption) څخه ډه ډه نشي کولای: یوازینی هغه غړي یا
اورگان د بدن (GI - Tracts) دي چې نشي کیدای په ټولیزه یا مکمل ډول پریک او لري شي !
د وړو کولمو Resection که چیرې له 50% زیات اړین یا ضرور وي، نو په دې صورت کې باید -parenterale
substitution اجرا شي، هغه وخت که چیرې Resection له 30% څخه لږ وي نو بې له کوم پرابلم یا مشکل
څخه تحمل کیږي.

سیمه : - Adeno carcinom تر ډیره حده په jejunum او sarcom په Ileum کې ځای نیسي.
TNM-classification (دا یوازې د وړو کولمو لپاره د کانسر تقسیمات نومول شوي دي،
-:(Intestinum-tenue-carcinom)

T1 = د تومور په infiltrat په Lamina propria او یا submucosa کې صورت موندلی وي.
T2 = تومور په muscular's propria کې خپور شوي (infiltrat ورکړي).
T3 = د تومور په infiltrat په subserosa او یا په Mesenterium- Retroperitoneum کې صورت موندلی
وي، او تومور >2cm له دوه سانتې متره څخه وړوکی وي.
T4 = دې تومور خپریدل په نورو organs او یا mesenterium /- Retroperitoecum او له < 2cm څخه لوی
وي.

N1 = میتاستاز په سیمه ایزو (regional) لمفاوي غوټو LN= (Mesenteriale+Ileo caecale LN) کې.

M1 = لري خپرېدل (لري ميتاستاز) (په تيره بيا په ينه=Hepato).

Staging

I: T1 No Mo => T2 No Mo

II: T3 No Mo => T4 No Mo

III: ټول N1

IV: ټول M1

اپيدمي:

دې وړو کولمو نوموړو په نادر دي (دې ټولو GI-Tumor) تقريباً 1% او دې ټولو کولمو د نوموړو نوي يوازې 4% جوړوي.

مساعد عمر: د عمر په حساب د کارسينوم لپاره 60-70 کلنۍ پورې مساعد عمر حساب شوي، او د sarcom لپاره 30-50 کالو د عمر ټاکله شوي ده.

ډولونه:

Haemangioma, Neurinoma, Polyps, Lipoma, Leiomyoma, fibromyoma- ,Benigne Hamartoma, Ganglioneuroma, fibroma paraganglioma, adenoma, Neurofibroma .Endometrioma, adenomyoma, Lymphangioma

Non-neoplastic-Intestinal-Polyposis-family=PEUTZ-JEGHERS-syndr.

polypoid، chrom، pigmental داغونه يا نښې د خولې شاوخوا (Perioral) او د خولې په mucosa کې + په 5-10% پېښو کې Ovarial Ca. ، کلينيکي نښې او علامې چې تر ډيره حده د 20-30 کالو په عمر کې ليدل شوي.

Intestinal polyposis :CRONKHITE-CANADA-syndrom (په تيره په Jejunum ، په ډيره لږه کچه د بدلون خطر لري) ، Cutan pigmentation, Alopecy ، Hypo proteinemae د نوکانو (ناخن) اتروفي .

Intestinal-Neurofibromatosis-tumora, V.RECKLINGHAUSEN-disease

Intestinal polyposis :Gardner-syndrom (په تيره په Rectum, colon) ، د نرموسيمو يا برخو نوموړو (Cranium) Osteoma ، (Leiomyoma, fibroma, Atheroma, Dermoid cyst)

Adeno carcinoma :Maligna (تر ټولو په Jejunum، په Ileum کې د Morbus-CROHN له کبله) ، sarcoma (leiomyosarcom, fibrosarcom) تر ډيره حده په Ileum کې (Plexo-sarcom-maligna) ، Lymphoma, caposi-sarcom .(Gastrointestinal-autonomie nerve = GAN-Tumor)

Metastasis : په ثانوي توگه لېږد يده (هجرت له Melanoma څخه).

Carcinoid

Clinic

ټول ناروغان يوه اوږد محاله Anamnese يا تاريخچه لري، وصفې symptom لکه Ileus او Haemorrhagie ډېر وروسته روښانه کېږي، او ياهم نابېره د نورو ناروغيو په پلټنه کې تصادفي موندل کېږي.

Spasms, Chronic-obstipation یا cramps لرونکی دردونه ، Emesis ، د وزن له لاسه ورکول.
Intestinal- Stenose:RECKLING-HAUSEN-Pathos او وینه ورکونکی تمایل د
Neurofibroma ، همدارنگه Invagination Ileus = انسداد احتمال په cutan کې : café-au-lait داغونه یا
Multiple Neurofibroma ، نښې

Menstruationssynchronegastro-intestinalhaemorrhagie: Endometrioma
که چیرې complication ورکړي (Ileus, invagination) چې د acut abdomen نښې لیدل کېږي.

Diag

Anamnese (پوښتنې او تاریخچه) او کلینیکي پلټنې:
Hyperperistaltic او palpabler tumor (تومور دجس وړ وي).
Radio-graphic: GIP ، د وړو کولمورادیوگرافي د SELLINK په طریقه ، CT او یا NMR-
Abdomen.

sonographie: واره تومورونه: د پیژاندني وړ نه وي.
Push-Endoscopie له یوه 2.50m اوږد اندوسکوپ او نوي جوړ شوي Video capsul-Endoscopie (یو
capsul چې د 1x2cm لوی والی په اندازه تیر وي ، او عکسونه یا تصویر د func په مرسته یا له لازي انتقال یا
لېږدول کېږي).

لابراتوار: Tumormarker CEA ، Haemocult-test, Anaemae د روان کنترول لپاره.
که چیرې دغه پورتنۍ پلټنې د تشخیص لپاره پوره نه وي => نو بیا د explorative lapartomie باید
صورت ونیسي.

په هغه ناروغ کې چې یو تومور په وړو کولمو کې شتون ولري نو باید دویم تومور هم ولټول شي، یا په بل
عبارت هغه ناروغ چې په خپلو وړو کولمو کې د تومور دشتون امکانات ولري نو باید په مکلفیت سره دویم
تومور هم ولټول شي.

Therapie

Conservative: په Duodenal-polyp کې په تیره بیا کله چې GARDNER-syndrom (prae-)
(Neoplasie) وي هڅه وشي، چې د التهاب مخ نیونکي درملنه د sulindac (Imbaral) په مرسته وشي.
Operative: استتباب: په ټولو هغو ناپیژاندل شوي موندنو کې باید تل استتباب ورکول شي.
الف: Curative: داختمه شوي یا مصاب شوي برخې پریکول segment resection د اطمینان په خاطر لږ
خه زیاته برخه، regional-Lymphadenectomy + او Entero-Enterostomie په ممکنه ډول-End-to-end
anas (خوکه په خوکه گنډل یا یو ځای کول=anastomose) (ددې لپاره چې له ږندو کڅوړو یا خریطو څخه مخ
نیوی وشي، Blind sack).

ب: Palliative: side-to-side-Entero-Enterostomie

Prognos: د وړو کولمو خبیث تومورونه په ټولیزه توګه ډېر بد یا خراب دي، په curative ډول پریکول یې
50% دې پینځو (5) کالو متوسط ژوند حدس وهل کېږي.

او palliative Op يواځې 3-6 مياشتو د ژوند کولو چانس وي.
 -Complication -> Invagination => Incomplett Ileus تر پورې haemorrhagic.
 Short bowel syndrom :symptom :Chologen diarrhoe, malabsorption = صفراوي اسهال يا نس
 ناسته ، دمايعاتو او الکتروليټو له لاسه ورکول يا ضايع کيدل.
درملنه:- conservative -:(د صفراوي اسيدو يوځای کول)، احتمالاً په مکمل ډول يا totale
 parenteral تغذيه.
 Operative :- استطباب: د malassimilation په مقاومت سره (1/2 کال بايد conservativ درملنه صورت
 ومومي او دهغې پايلو ته بايد انتظار و ايستل شي.
 د Vit.B12 کمښت (Perniciose-anaemie Funicular-Myelose)، Hypocalcemia،
 درملنه: Conservativ :Cholestyramin+Tetracyclin، د Vit.B12 مشتاق د Parenteral له لارې.
 Operative : د Bilnd-Sack يا ړندې کڅوړې پريکول (Resection) او End-to-End-Aanastonos صورت
 نيسي ترسره کېږي.

Blindsackssyndrom :symptom :diarrhoe ,steatorrhoe ،
 درملنه:- Conservativ

DD

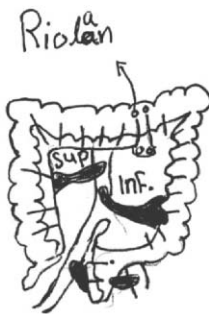
له ټولو هغو ناپيژاندل شوي، دردونو سره چې په کېډه (Abdomen) کې وي او همدارنگه له ټولو
 ناپيژاندل شوي، haemorrhagie سره چې په GIT يا هم abdomen کې وي صورت نيسي
 Angiodysplasie , mesenterial Tumors
 د کولمو ټولې التهابي ناروغي (په تيره Morbus CROHN).

[[Rectum او Colon]]

اناتومي: colon ascende او colon descende په
 retroperitoneal سيمه کې پراته دي، او colon- transvers او sigma
 په Intraperitoneal کې قرار لري.
 Retroperitoneal :Caecum (خو يو خوځيدونکي يا متحرک چگم کېدای
 شي چې intraperitoneal وه اوسي).

Rectum .Reteroperitoneal تر Douglas پورې او وروسته له هغه
 extraperitounal ده.

Arteria :- A.mesenterica ، A.pancreatico duodenalis inf: A.colica dextra ، A.ileocolica sup.
 Aa. Ilei, A.Jejunales ، A.colica media, A.appendicurloris



A, A.colica sinistra :A.mesenterica inf. (چې دې RIOLAN anastomose په مرسته یو ځای کېږي، له A, colica media سره)، Aa, sigmoideae, A.rectalis sup. , Aa, sigmoideae (چې له A.rectalis Inferior سره یوځای anastomose کېږي).

A.iliaca interna : A.pudenda int. =< A.rectalis media او inferior ..

Nodi lymphatici colici: Lymph-Nodus له هغه بهیر سره په Lymph- nodus groupe کې د Tr.Coeliacus + ductus- thoracicus =< Tr.Intestinalis په بهیر په A.mesenterica inferior او A.mesenterica sup. =< cisterna chyli=<

Rectum: بهیر یا جریان همدارنگه په Anus, parailiacale LN هم په ingui-nai LN.

Innervation: N.vagus تر CANNON-BOHM- Punct (تقریباً 2/3 د مستعرض یا transvers colon) له هغه ځای له (Nn.Pelvici) plexus sacralis.

APPENDICITIS

د appendix vermiformis التهاب یا زخم ته وايي، همدارنگه د typhlitis (یا د caecum التهاب) هم ورته ويل کېږي.

Anatomie: د لویو کولمو = (پلنو کولمو= colon) په پای کې یعنی د caecum په اخره برخه کې dorsomedial د تقریباً 2-20cm اوږدوالی په اندازه هیڅکله 7cm نه وي د appendix vermiformis په نامه پروت وي، د اپندکس Tunica mucosa له حده زیاد د لمفاوي فولیکل=lymph-follicle لرونکی ده، که چیرې په sonographie کې اپندکس وکتل شي، نو په دې اساس له یوه نشت (Ø) پدې معنی چې یا هیڅ لومن نه لری او یا تر شپږ ملی متره پوری رسېږي (6mm) او یو ډېره echo لرونکی (Stool) lumen نورمال وي.

aetheologie:

Obstruction: د اپندکس د لومن بندیدل د Enterolith =copralith (دغایطه موادو تیرې) د اپندکس قات کېدل، Scarcords له کبله د اپندکس خالي کېدلو یا تخلیه کېدلو کې ستونځې مینځ ته راځي، پدې معنی چې هغه د اپندکس د لومن د نني افرازات نشي کولای چې د باندې ووځي چې په پای کې سبب دې پرهاري کیدو کېږي، (یا د Mucos د طبقي پارسوب سبب کېږي).

Intestinale infection

د پردیو یا اجنبي اجسامو شتون البته په نادره بڼه وي لکه د گیللاس یا الوبالودانې، چینجی Haematogen infection (oxyurea,Ascariasis=Ascaridea) او داسې نور.

Neurogen Appendicopathie (Nervs proliferation) او یا د endocrine cells ډیر والی چې دا بیا

په inoperative کې دیوه نورمال اپندکس ښودونکي وي).

Pathology:

دا کېدای شي چې ډیر یا بیلابیل حالتونه ځان ته غوره کړي:-

- : Non destructive staging

الف:-- reversio staging, catarrhalic له سوروالي، پارسوب او داپندکس درد سره، اما تر اوسه بې له دې چې چرک (pus) ولري (appendicitis simplex) نومول کېږي.
ب:-- seropurulentis staging (بدلون يا تحول يې Appendix- destructive ته).

:Destructive Staging

الف:-- ulcero-phlegmonose appendicitis

ب:-- Emphyematose Appendicitis.

ج:-- Gangrenose اپنډيسيت (نکروتيک necrotic).

خ:-- perityphlitis = اپنډيسيتيز له Perforation يا بې له خپلواک پروفوريشن سره + ديوه پونس يا کپسول د جوړيدلو له کبله د يوه التهابي سرحد مينځ ته راتگ د peritoneal سرينن کېدل خوړيندل يا perityphlitic abscess جوړ وي.

د:-- Appendicitis له آزا ده perforation او په پای کې د يوه peritonitis جوړه وي.

سيمه = Local. --

د اپندکس سيمه variable يا توپير لري => په فزيولوژيک ډول د Caecum په پای کې ده.

Variabelitaet: -- Paracaecale, retrocaecale په Ileum باندې نښتی، له چکم يا شکم سره لوړ يا ټيټ قرار درلودل (په وړوکې حوصله = pelvic کې)، Situs inversus.

:Epidemiologie

په ډېره کچه د acut abdomen، ناروغي (په 50% د پېښو کې) جوړوي.

مناسب عمر: 10-19 کالو، نارينه < ښځو (1:1.35).

incidence = احصايه: -- 100/100.000/year په کال کې.

د appendectomie شمير دوه برابره لوړه ده.

Life-time-risk (= د ژوندانه په تيريدلو يا دوران کې ديو اپنډيسيتيز خطر وجود لري).

ډولونه:--

acut appendicitis: چې د بطن د ناروغۍ ډيره برخه جوړوي، او له هغه جملې څخه تر ډيره حده په

ماشومانو او نوو ځوانانو کې وي.

Chronic appendicitis: تکراري. appendicitis او په حقيقت کې د acut appendicitis تعقيب ده چې بيا

مينځ ته راځي.

:Clinic

د obstruction signe: د epigastral او periumblical درد، چې وروسته بيا خپل اصلي محل غوره

کوي چې هغه د abdomen د ښي برخې په لاندیني سيمه کې ده (په لږو ساعتو کې يو لږ ډيدونکی درد).

(بې اشتهايي) inappetence = د خوړو له خوړلو څخه ډه ډه کول، Nausea، Emesis، Stool=kot = د

غايطه موادو غير عادي يا نورمال والی.

fever (ca.39°C=>subfebril) ، tachycardy ، وچه بارداره ژبه.

يو سيمه ايز يا موضعي Reflectoric مقاومت = guarding (د بطن په بڼي او لاندینی برخه کې) => که چيري دغه abdominal-guarding په نورو برخو کې خپور شي، يا وي نو دلالت په peritonitis کوي البته دا د يوه پريتونیت د پيل خبرتيا ده.

په perforation کې : acut-abdomen + پراخ بنسټه درد په ټول بطن يا abdomen په ټول جوف يا خا ليگاه کې.

پاملرنه:- د يو غير وصفی سيمه ايز درد درلودل په Graviditaet يا حامله داره ميرمنو کې! (په پورتنی برخه) craneal قرار درلودل د caecum تر 5cm سانتې متري د umbilical څخه د horisental په شکل باندي يوه اپنډيسيتز ته جدی پاملرنه وشي).

په زرو ناروغانو کې د درد کچه لږ وي، سيمه ايزې موندنې روښانه نه وي، په ډيره لږه اندازه درجه د حرارت لوړېږي، لږ leucocytosis بڼی.

غير وصفی intermittiere شکایت د بطن په لاندینی بڼی خوا کې د chronic-appendicitis (recidiv) بڼوونکی ده.

Diag.

anamnese (Nousae, Emesis, fever, localisation.dolor-calisation او character) او کلينيکي

پلټنې.

د سر درد په ډير لږ تکان سره ، د dolor شتوالی کله چې abdomen په لاندینی بڼی برخه باندي فشار وارد شي د dolor

درلودل د Palpation په وضعی ځایونو کې:

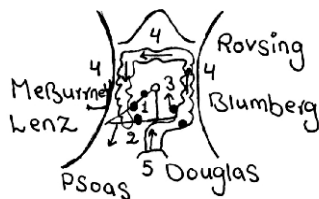
1- Mc burney-punct=point

2- Lanz-point

3- Blumberg-sign

4- Roving-sing

5- Rectal examination



Sherrren's-triangle: دغه درې ضلعي يا مثلث د بڼی خواله. spina-iliaca-anterior-sup. او symphyses Umblicus تر مینځ جوړ شوی چې ډېرې مهمې تشخيصي نقطې لکه Lanz-Kuemell, Mc.Burney (چې دوه = 2 سانتې متره له نامه=ناف څخه ، morries بيا څلور سانتې متر فاصله لري).

McBurney-point (يو لږ څه د caecum سيمه): 5cm په اندازه له spina-iliaca.ant.sup څخه لرې د MONRO دليلکې يا خط په سر.

LANZ point: 1/3 برخه د بڼی خوا د هغه ليکې په سر چې دواړه spina-iliaca-ant.sup سره نښلوي (لږ څه د اپنډکس سيمه).

Blumberg-Sign: د درد شتوالی يا مینځ ته راتگ د اپنډکس په سيمه کې کله چې په مقابله سيمه يعنې د کينې خوا په سيمې باندي فشار وارد شي، او بيا يې خوشي کړي.

ROVSING-Sign: د درد پيداښت کله چې Sigma د colon له خوا څخه د caecum په جهت حبس شي، نو دلته بيا د appendix په سيمه کې درد احساس کېږي.

Douglas dolor: دلته په rectal معاینه يا palpation کې د پريتوان د تحريك له کبله درد پيدا کېږي په تيره بيا هغه وخت چې اپنډکس په وړه حوصله = small pelvis کې شتون ولري.

PSOAS - Sign: د abdomen په بڼي او لاندیني برخه کې د درد پيدا کېدل هغه وخت چې بڼي پښه پورته او بيا دې مقاومت سره مخ کېږي، (په coxa سيمه کې ورقات شي) دا مقاومت د psosafacia د عکس العمل له کبله وي په تيره بيا کله چې اپنډکس Retrocaecal موقعیت ولري.

Baldwin-Sign: د درد شتون هغه وخت چې بڼي لینگی يا پښه قات وي نو درد په Flank کې مینځ ته راځي.

SITKOWSKI - Sign: د درد شتوالی هغه وخت چې ناروغ بيا په کینې خوا يا کینې اړخ واپاره شي يا قرار ولري.

CHAPMAN-Sign: کله چې د تنې يا بدن پورتنې برخه سيخه يا مستقیمه شي، درد په سيمه کې پيدا کېږي.

TEN-HORN-Sign: د درد شتوالی کله چې Funiculus- spermaticus = sparmatic-cord کش شي.

OBTURATOR-Sign: د درد شتون هغه وخت چې بڼي پښه دننه خوا ته تاوشي يا Medianrotation Axillo-rectale-temperatur difference: کله چې له $1C^{\circ}$ څخه لوړه شي، (نور مال: $0.5C^{\circ}$ ده).

لاپراتوار: - Leucocytosis او Erythrocytosis په Urin sediment کې.

Sonographie: د peristaltic د حرکاتو لوړ والی يا زیاتوالی، او د يو ځای کېدلو يا نږدې کېدلو (تراکم) محدودیت او لږوالی البته اپنډکس په منځني اندازه $6mm <$ ملي متر څخه زیاته، echopoor wall له 2mm څخه زیات ډبل والی (ضخامت)، echo poor lumen = pyo) چرک، pericaecale fluid، احتمالاً د appendicolith (= Coprolith = Enterolith) ښودنه له يوه dorsal خیال يا سيوري سره.

Radiographie: په حاده بطن کې plain-abdominal-Radiographie = د خالي بطن د جوف رادیوگرافي (د شاه په تخته قرار درلودل، ولاړې او په کینه خوا قرار درلودلو حالت کې) او يا ډیر بڼه ده چې CT-abdomen په chronic append. (اوږد محاله، اپنډسیت) کې بيا د GIP \leq هغه ځای کې چې contrast media نه وي ډک شوی هغه اپنډکس ده پدې معنی چې د اپنډکس په سيمه کې د اپنډکس له بندوالي له سببه څخه هلته دغه مواد نه ننوځي.

په ښځو کې د امکان په صورت کې د نسایي ولادي ډاکټر سره مشوره (consultation) ضرور ده.

د پيژانندنې يا diagnose ستونځې په وړو ماشومانو او بارداره يا حامله داره: اپنډکس پدې حالت کې دخپل اصلي سيمې څخه د بطن پورته خوا بې ځايه کېږي، چې په ډيرو حالاتو کې بايد له pyelonephritis سره DD شي.

درملنه: - د شک په صورت کې OP، چې د Narcose يا انسټیزي خطر د مور او ماشوم لپاره ډیره لږ ده نسبت د appendicitis هغه خطرونو ته چې بې له OP واقع کېدای شي.

:Therapie

Conservativ -- هغه وخت چې perityphilitis شتون ولري، کېدای شي چې په لومړي وخت کې Conservativ پروسه مخکې يوړل شي:
د غذا يا خوړو نه خوړل، د بستر استراحت، پراخه اثر لرونکی انتي بيوتیک = systemic-antibiotic،
controle !! او بايد وروسته يوه Free Interval Op صورت ونيسي.

:Operative

Indication: هغه وخت چې د يوه Appendicitis اشتباه شتوالی ولري، په مناسبه موقع يا په خپل وخت سره
Laparatomie سرته رسېږي Appendectomie په هغه وخت ممکن ده چې په لومړيو مرحلو کې وي (په لومړي
48 ساعتو کې) او يا هم په خپلواکه فاصله (8-6 اونی يا هفتې وروسته له يوه حاد پريتونيټ / پريتيفولټز يا
Perityphilitis څخه).

Mc-BURNEY-incision، همدارنگه (شق) Sprengel-Incision.

Appendix-mobilization

د اپندکس Skleletization = (آزاده کول) د Mesenteriolums د يوه Ligatur په مرسته.

Ligatur د اپندکس په بيخ يا قاعده کې د caecum باندې او لرې کول د اپندکس.

د caecum تړل د Pursestring suture = د تنباکو دخلطې د خولې په شان راټولول او ټينگول او دهغه په

سر وروسته د Z-suture يا متقاطع شکل گنډل تر سره کېږي.

دې Meckel-Divertikels لټول (تقریباً په 1m = يو متري proximal د caecum کې) او دامکان په

صورت کې هغه هم لري شي.

طبقه په طبقه شق او بيا په هماغه توگه پرهاړ بيرته وگنډل او بند شي، Steril يا تعقيم شوی بند او څخه

گټه پورته شي يا پکار يوړل شي.

:Laparoscopic Appendectomie

همدارنگه ممکنه ده، چې د Laparoscop په مرسته appendectomie تر سره شي، (اما هيڅکله په
perforation کې نه).

که چيرې perityphilitic-Abscess پيښ شوي وي بيا Drainage ايښودل کېږي.

په peritoneal pyogen کې او يا Perforation: د ژغورنې لپاره انتي بيوتیک = prophylaxis-antibiotica

(Metranidazol, clont + Ceftriaxon, Rocephin) او دې abdomen د جوف لواژ د عمليات په وخت کې له

(Taurolidin) (Taurolin) ورکول کېږي.

--Postoperative

په لومړي (1) ورځ وروسته له عمليات څخه Infusion-Therapie (3li/d.) له Ringer-lactat او 5% Glc =

گلوکوز 5% فيصده او رنگر لکتات په متناوب شکل يعنې يو واری (دفعه) گلوکوز بيا رنگر بيا

گلوکوز.....).

وروسته له هغه د یوې ورځې لپاره د چای ورکولو په مرسته تغذیه پیل، سوخاري ډوډی، د اوربشو فرني (دغایطه موادو د انتقال لپاره، که چیرې گټه ونه کړه نو بیا klyisma = عماله او داسې نور) = نرم یا پاسته خواړه له څلورمې ورځې وروسته له عملیات څخه او نیمه جامد خواړه وروسته له شپږمې ورځې، او د تارو (کوک) لري کول په لسمه ورځ.

Prognosis:

peritonitis او perforation له Appendicitis سره نن ورځ د مړینې کچه (Letalitat) د 1% پورې رسېږي، غیر له هغه 0.001 بنودل شوي ده.

Complication.

perforation (تقریباً 10% د پېښو کې) او peritonitis په تیره بیا په وړو ماشومانو کې او هغه ناروغانو کې چې عمر یې له 60 کالو لوړ وي.

Douglas-abscess, perityphlitic abscess او hepatic-abscess.

intestinal paralyse او Ileus.

مخکې یا مقدم Ileus (early Ileus) او ورسته Ileus = (late-Ileus) چې مقدم یا مخکني Ileus وروسته له 5-10 ورځو او وروستني Ileus (د Bride=adhaesion، او همدارنگه وروسته له کلنو ممکن وي).

Fistula, infection (په تیره په Marbus-CROHN کې).

DD:

Appendix تحرکات: Obstruction یا بندښ په خپله لري کېږي.

Pseudo-appendicitis: Lymphadenitis-mesenterialis د infection له کبله له Yersinia pseudo

tuberculosis سره (چې تبه یا د حرارت درجه تر 40C^o sed. Ra., ډیر لوړ وي، او د عامل شتون په وینه او غایطه مودو کې = Cote) کې.

Bronchial-infect او pneumonia کولای شي، چې په وړو ماشومانو کې د یو retroperitoneal

لمفاوي غوتو د پارسوب لامل گرځي، او همدارنگه دیوه کاذب یا غیر حقیقي اپنډیستیز لوحه وښيي (Brenneman-syndrom).

Ulcus-perforation, Renal colic=Nephral colic او صفراوي کولیک.

Mesenterial infarct

Worm disease، لکه Helminthiasis, Ascariasis.

Morbus CROHN, caecum-mobile-syndrom, MECKEL-diverticle

Diverticulitis (د لوی عمر لرونکي ناروغان، تر ډیره حده په کیني خوا کې چې دې کیني خوا

appendicitis بلل کېږي، نادراً هم د اپنډکس ډیورتیکولیتیز هم ممکن وي.

Tumors: په خاصه توګه په زړو ناروغانو کې (caecum-ca.)، carcinoid.

Mucocells (په ندرت دي).

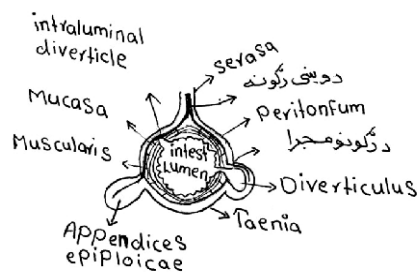
EUG=Extra Uterin ، Menarch, Adenxitis, Torsions Over, ovarial cysts: Gynae cologic
 . Graviditaet,
 .Uterus dolor , cholecystitis , pyelitis :Graviditaet
 د acut abdomen : peritonitic sign له هر ممکنه حالت سره .

[[Diverticulose / Diverticulitis]]

Defination=تعريف: (Diverticulum) / Diverticle - :

په پتالوژيک ډول د يوه جوف لرونکي اورگان يوه برخه د کڅوړې يا خلطې په شان بهر ته وتلو ته وايي په دې diverticulus کې د sigma,colon او rectum تر ډيره حده pseudo-divert. (يوازې mucosa او submucosa) وي، چې دغه diverticulus د muscle له يوې خالي سيمې (البته چې ټول جدار په بر کې نه نيسي) څخه ځان د باندې يا بهر خواته کش کوي.

Realdiver. = (رېنتيني diverticle) (چې په دې حالت کې د کولمو د جدار ټول طبقات بهر ته دخلطې په شکل وځي) چې په ډيره لږه اندازه کې د Caecum په شاوخوا کې ليدل کېږي، همدارنگه په oesophagus gaster ورو کولمو کې (چې duodenal diverticle ورته ويل کېږي) همدارنگه Bladder diverti.



civilization disease د هغه خوړو څخه گټه پورته کول چې نېټه نه هضم کېږي (په انگرېزي ورته dietary fibres Poor ، له حده ډير خواړو خوړل ، Adipositas chronic obstipation (د Spastic زياتوالی). د عمر په زياتيدلو سره د connective tissue کمزوري يا د مقاومت لږوالی. د يوه diverticulosis د پرمختگ لپاره د خطرونو لوروالی:

organ transplantation او Immun suppression, chemotheraphie, cortison

:Pathologie

لايتن praedilectus سيمه=(preferred-spot) يې د muscle په خالي ځايونو يا ضعيفه نقطو کې وي، په هغه ځای کې چې د وينې رگونه ننوځي (pseudo diverticle).

Local- د GIT په ټولو سيمو کې ممکنه ده، د aboral خواته يعنې له خولې څخه څومره چې لري کېږي، زياتېږي، په sigma کې تر ټولو ډير پېښېږي، (60-90 %). په Rectum کې تقريباً هيڅ نه ليدل کېږي. د نرمو خوړو لکه سابه، ميوه، حبوبات، له خوړلو څخه لږ گټه پورته کول => Myostatic-Muscle-contratur (Spastic)، همدارنگه د segmental د داخلي فشار لوړيدل => د Muscle له خاليگاه څخه

تېریدل او د وینې رگونو تعقیب کول او یوه diverticulum بهر ته جوړیدنه (نو پدې توگه تر ډیره حده د Mesenterial په خوا کې).

Diverticulose په یوازې توگه هیڅ کوم شکایت یا ناخوالې نه پیدا کوي. <= دغذایي موادو تولیدل په diverticle کې <= سبب د التهاب (Diverticulitis) د شکایتونو او مشکلاتو سره پېښېږي. ډولونه: - د Diverticulitis ډولونه د Clinic: A له مخې!

Sta. I : هغه Diverticulitis چې acut یا chronic وي اما په ساده ډول مغلق نه وي، <= uncomplicated . درملنه یې . conservat.

.Electiv-OP <= Chronic therapyrefractare Div. : Sta. IIa

.Complication + Diverticulitis :Sta. IIb

د جدار Electiv-OP <= phlegmone (په یوه وخت (یا همزمان) <= stenose Elective-OP (یو وارې ، احتمالاً په دوه وختونو کې).

<= Fistelus د کولمو وظيفوي فعالیت لري کول + Electiv-OP پټ شوی <= perforation د کولمو دندې لري کول + Elective-OP.

Sta. III : perforation له peritonitis <= بیړنی عملیات (په دوه وختونو کې).

B : د Morphologie له مخې:-

diverticle=Incomplett Diverticle تر اوسه د جدار په کچه پروت وي

diverticle=complett diverticle بهر خواته وتلی یا خورند وي.

Epid.

مناسب عمر: 60-80 کالو د ژوندانه (په 70 کلنو کې 70% دې

Sigma diverticulum/colon لیدل کېږي).

.. Appendicitis the grease=Diverticulitis

Clinic

Diverticulose تقریباً تل symptomlos! (تصادفي پېژاندنه).

Appendicitis sinistra : sigma diverticulitis په زړو خلکو یاد لوی عمر ناروغانو کې (د اپندستیتیز

ته ورته symptom په کینې خوا د abdomen په لاندیني برخه کې ښی).

caecum diverticle : دې Appendicitis-symptom همدارنگه په appendectomy ناروغانو کې.

په ټولیزه توگه: Nausea , fever ، dolor او Inappetence.

تول complication د یوه Diverticulitis په پای کې د یوه [Acutes Abdomen] سبب گرځي.

Diag.

Anamnesis او کلینیکي پلټنې (د فشار یا تیلوهني له کبله dolence).

لابراتوار (احتمالاً Haem sed. ، CRP او Leucocyt شمیر لوړېږي).

Radiographie: د بطن یا abdomen لیدل (دې perforation په حالت کې 50% خپلواکه هوا دې Diaphragma لاندې لیدل کېږي)، او یا CT-Abdomen.
Colon contrast enema په ډبل (Aero insufflation + Km) contrast technic، او یا rectal-KM + CT ورکول.

پاملرنه: - هغه وخت که چیرې د سوری کیدلو (perforation) شک شتون ولري، نو باید له هغه KM چې په اوبو کې منحل کېږي، گټه واخستل شي، (د بېلگې په توګه peritrac).
Biopsie+Coloscopie: دې یوه stenose دې روښانه کیدلو او دې تومور د رد کول یا نه شتون لپاره.
sonographie او همدارنګه CT-Abdomen ددې لپاره که چیرته د peridiverticulitis او یا abscess شتون تر پوښتنې لاندې وي.

په وینه ورکولو (Haemorrhage) کې د احتمال په توګه Angiography.

Therapy:

Conservative: - پراخ اثر لرونکی antibiotica، همدارنګه perinterale خواړه = تغذیه ترڅو چې تبه

بې ولوېږي.

Operative

Indica-: د complication مینځ ته راتګ یا شتوالی له peritonitis + perforation او Ileus => بېرني
OP-

د بیا مینځ ته راتګ (= recidive حالت)، stenose، wall phlegm-mone، پټ شوی یا مېهم Perforation
=> د کولمو وظیفوي بندش او dietotherapy د 6-8 اونۍ (هفتو) لپاره، وروسته بیا Electiv-OP (دې وینې
ورکول (Haemorrhagy) تر ډیره حده خپله درېږي، او په نادره حالاتو کې جراحي عملیات ته ضرورت
پېښېږي).

Preoperative: که چیرې ممکنه وي، نو د کولمو پاکول (Colonic-irrigation)، وقایوي perioperativ-

Antibiotica (لکه clont Metranidazol+ Rocephin, ceftriaxon).

OP دې HARTMANN په تګ لاره (په دوه مرحلو کې عملیات په بېرني استطباب کې): د کولمو د
هغې برخې Resection چې ژوبلې شوي وي، Colostomie (Anuspraeternaturalis) د لومړني یا نژدې
(Proximal End) ډنډول یا blind تړل د/sigma Rectum او یا د رکتوم کولستمي (هغه وخت که چیرې پاتې
شوي سیمه په پوره اندازه اوږدوالی ولري، ترڅو چې هغه بهر خواته وویستل شي). دویم عملیات وروسته
له تقریباً ¼ برخه د کال سرته ورسېږي، - colostomie لري کول او بېرته پیوستون
(Reanastomosation) د دواړو څوکو (ends) همدارنګه د Laparascopy په مرسته Reanastomosation
هم کیدای شي.

ډېر نادر درې وختیز یا درې مرحله بې، عملیات (د بېرني استطباب له امله) ضرور یا اړین وي:-

الف:- delousings colostomie.

ب:- OP - د ژوبلې شوي سیمې قطع یا پریکول او وروسته colostomie.

ج: OP : Reanastomosis.

Elective Op (په تکرار منځته راغلي Diverticulitis په یوه ازاده 3-4week.intervall اونی وروسته له Reanastomosis او Resection :symptomatic

:Prog.

Electiv-Op کې د مړینې کچه 1-2% په بیړنۍ OP (سوري شوي = Peritonitis+Perforation) کې 20% او په peritonitis کې چې له kot لرونکی وي تر 50% پورې وي.

:Complica.

په خپله Diverticulose یوازې یا په ځانګړي توګه یوه ناروغي نه شمیرله کېږي، => مګر وروسته له Diverticulitis څخه شکایت پورته کېږي.

د جدار = wall-phlegmon (د diverticulitis لومړنۍ اختلاطي حالت).

د درانده وزن لرونکی complication :ازاد perforation (40% د پېښو) => بدترین Cotis = غایطه مواد لرونکي، peritonitis او یا پټ پاتې شوي د retroperitoneal خواته چې پایلې یې Abscess. په stenosis کې 14% => DD : له carcinom سره ډېر سخته ده .

د gastrointestinale دلاتدینې برخې وینه ورکول = Haemorrhagie 8% (تر ډیره حده ډیر لږ intensitat ، تر ډیره کچه په خپل سرد وینې، دریدل ، په sigmoid = sigma نادر وي، په نورو برخو دې colon کې معمولاً شتوالی لري).

Fistula : Bladerfistula 3% pneumaturia:symptom د غایطه موادو وتل د باندې یا بهر خواته او د بولي سیستم یا لاره مکروبي کېدل ،، Vagina ، او نری کولمې (نادراً).

Diverticulose د یوه syntropie ښوونکی + Hiatushernia او cholelithias (=Saint-Tris) ده.

:Prophylaxus

roughage diet

په منظم ډول د غایطه موادو خارج کېدل.

د وزن ټیټول او د بدني روزنې ډیر کول.

:DD

الف: - colon-irritabile ، Irritable-bowelsynd.، درملنه:- د نرمو خوړو خوړل او له سختو او پروتیني لرونکو خوړو څخه ډډه کول.

درمل:- هڅه وشي چې له spasmolytica لکه Mebeverin ,Duspatal څخه ګټه واخستل شي.

ب:- Carcinum (DD) : ګرانه ده ، په تیره د stenosis سره.

II Polyposis coli = Colon-Polyp II

چې colon adenom هم ورته ویل کېږي.

Def: د intestinal د لومن Lumon وړاندې وتلو ته پولیپ وايي.

:aetheol.

. دې colon adenom

adenomatosis-coli، family-adenomatose-polyposis = FAP= polyposis coli له < 100 ډېر Polyps، هغه ارثي بدلونونه چې په اتوماتیک autosom او دومینات ډول د APC-Gens چې په chromosom 5921 په تیره بیا تقریباً په 25% د نوؤ بدلونونو (Neomutation) پېښو کې ځانگړې ډول يې: connective-tissue tumors + Adenomatosis coli=GARDNER-syndrom.

:TURCOT-syndrom :Glio- Meduloblastoms+Adenomatosis

:ZANCA-Syndrom :Kartilaginose Exostos+ adenomatosis

.3 Juvenile-poly.coli (Familiar).

4 -CRONKHTE-Canada-syndrom :Juvenile-polyposis (non-family) Alopecia+ د نوکانو

(ناخن) بدلونونه په (dystrophie) ډول، په پوستکي (cutan) کې د نصابي رنگه زیاتوالي

. Hyperpigmentation

-5 -PEUTZ – JEGHERS-syndrom:

د پولیپ شتوالی په وړو یا (نریو کولمو) او یا غټو (پلنو) کولمو کې، د Melanin (داغونه) په Lip یا labium کې او په بنځو کې مساعده زمينه (Predisposition) د Ovarial-Ca. (5-10%) ده.

-6 COWDEN-syndrom :multiple-hamartomatosis olyposis

7-التهابي پولیپونه: / Regenerat polyps (Colitis ulcerosa)، (Morbus CROHN).

:Pathalogie

سیمه = localisation. د colon پولیپ 50% په Rectum کې قرار لري، تر

Colon descendens پورې 90% ته رسېږي، (که چیرې کوم adenom پیداشي، نو باید ټول کولون ولټول شي، ددې لپاره چې کېدای شي، کوم بل ادينوم هم شتون ولري).

Carcinomatose ته د اوبنتولو ډول: چې د هستولوژی په ډول پوری اړه لري، څرنګه چې دغه لاندې

ډولونه د لیدلو وړ دي (5-10%) Tubular Adenom >Mixture > (15-30%) Villosus-adenom او د لوی

والی یا غټوالي له نظره یا لید لوري څخه Adenoms:

تر 1cm: 0-5% له 2 cm < 25-50 %

تر 2cm: 10% له 4 cm < 75 %

FAP = 100% د Carcinum خطر لري، (حتمي د Ca. لومړنی ډول یا pre concerose ده).

د کارسینوم پرمختګ په ادينوم کې لومړی په غیر وصفي شکل په

Lamina- epithelialis mucosae کې (Carcinum-in-situ)، وروسته بیا حجري یا ژوانکی سره چاودېږي او

په Lam. Muscularis mucosae کې ننوځي او د پولیپ د ډنډرو یا ساقی په استقامت ځان تر mucosae پورې

څپروي = infiltration (invasive-carcinom)، او په پای کې Polyp سره بیلوي یا تجزیه کوي.

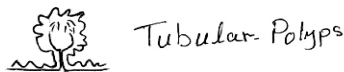
:Epid.

د colon polyp تقریباً 20% په هغو ناروغانو کې چې عمر يې له 60 کالو څخه لوړ وي لیدل کېږي.

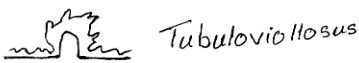
Family-adenomatosis-polypsis=FAP: د ناروغي شمير يا پيښې د 1/10.000 کې ښودل شوي ، چې البته دا شميره د بلوغ په وخت کې د پولیپ پيدا کېدل ، له وينه ورکولو او مخاطه سره يوځای وي .
 د کولون کارسینوم خطر او پرمختګ د ژوند تر 40 کلنی پورې تقريباً 100% وي (په متوسط ډول د ژوند 36 کالو په شاوخوا کې د ساتنې يا مراقبتي معایناتو پيل بايد هر کال وروسته له 10 کلنی څخه پيل شي . که چيرې د ناروغ اخته کيدل = (مصاب کېدل) وپيژاندل شي ، نو بايد د عمر په 20 کلنی کې د ژغورنې عمليات (= Prophylactic OP) سرته ورسېږي (complett procto colectomy+Ileo anal pouch) .
 ډولونه:

Neoplastic polyps :Adenom (80% د ټولو پولیپونو) جوړوي .

الف:- Tubulares Adenom (تر ټولو ډېر پېښېږي ، لکۍ لرونکې ځوړند) .



ب:- دواړو ډولونه : Tubulovillosis-Adenom ،



ج:- Villous Adenom :

پراخ بنسټه ډول ده ، معنی قاعده يې پراخه ده ، وینسته لرونکي ، په لوړه کچه خباثت ته د اوبنتولو ، ميلان درلودل .



نادراً (Rare) : Neurom, Leiomyom, fibrom, Lipom او Haemangiom .

Hamartom

PEUTZ- JEGHERS-Polyp-
Inflammation polyp

(Metaplastic, hyperplastic) Unclassificic polyps .

:Clinic

2/3 برخه د ناروغانو کوم ځانګړی شکایت نه لري ، => تر ډېره حده تصادفي د نورو پلټنو په ترڅ کې موندل کېږي .

Mucosa-quarantene او Diarrhoe (تر ټولو ډېر په villouse- adenom کې => کېدای شي ، ډېر لږ د پروټين او پتاسيم (K) د ضایع کيدلو سندروم له Dehydration سره مينځ ته راشي) .
 د دOLOR شتوالی د Obstructur له کبله (Tenesmus) پيدا کېږي .
 احتمالاً وينه ورکول (Haemorrhagie) .

هغه وخت که چيرې د پولیپ ځای ناستې يا موقعيت ډېر ښکته وي ، نو کولای شي ، چې د Anal prolaps (= Haemorrhoid- DD) سبب ګرځي .

:Diag.

Anamnese (family disposition) او کلينيکي پلټنې :

Rectal-digital-examination (چې 1/3 برخه د پتالوژيکو پېښو کې د تشخيص له پاره ښې لاسته راوړنې لري) => که چېرې پتالوژيکي لاسته راوړنې شتون وليري نو بايد بيا ټول colon ولټول شي.

Recto Sigmoidoscopy (ورته نوم يې sigmoidoscopy) له يوه کلک يا rigide ريکتوسکوپ سره (تر 30cm پورې د ليدلو وړ)، او بهتره ده، چې په عين وخت يا همزمان کې يوه Coloscopy (له يوه خوځيدونکي يا Flexible-Endoscop سره => تر 120-160cm سانتي متره پورې وليدل شي)، ترڅو چې د دې په مرسته په ډاډه توگه سره ټول کولون تر caecum پورې وليدل شي، او دهغه په هکله په کافي اندازه معلومات لاسته راشي) تر سره شي.

که چېرې polyp وموندل شي، نو بايد تل هغه لرې شي، (تر 3cm سانتي متر پورې د اندوسکوپ په مرسته د بېلگې په توگه د يوې حلقې په مرسته لرې کېږي، او که پولېپ لوی وي، نو بيا د OP يا جراحي عمليات) او هستولوژي پلټنې ته بايد وليږل شي:-

Radiographie: colo-CE-conlon-contrast-enema په doulels يا غبرگ کاترست (aero-insufflation+contrast-media).

Endosonographie (endoluminal-sonographie) د ادينوم په شتون کې دهغه ډېر ټيټ يا عميق infiltration په ښه توگه ښي، په تيره بيا د پراخې قاعده يا بيخ لرونکي څخه تر ديوه carcinom سرحده پورې.

Humangenetic

درملنه: يا Therapie:

Operative:- استطباب: هر پولېپ بايد پريك او هستولوژي ته وليږل شي.

Adenom:FAP په Duodenum کې (خطـردې Duodenal-Ca. او په Gaster => Gastroduodenoscopy د مخکې له وخته مراقبت په خاطر د ژوندانه له 30 کلنۍ څخه پيل او په سمه توگه سرته ورسېږي.

OP :- Haemorrhagie

perforation => پټ او يا هم په مستقيمه = (direct) توگه وي.

ډېر نادر: Gasexplosion (چې د کولمو د چاوديدنې = rupture سبب گرځي).

FAP: له وروستي تعقيب څخه Desmoid (aggressive) fibromatase په Mesenterium او ياد abdomen په پوستکي کې، ممکن وي، polyps په Pouch => هر کال بايد Pouchoscopy د مراقبت او پلټنې په توگه سرته ورسېږي.

Prophylaxus

وروستی پلټنې: => په هر 3 (دری) کالو کې اندوسکوپي او راديوپلوژيک کنترول د لري کرل شوي، ادينوماتوز پولېپ په موقعيت کې (د بيا پيدا کيدلو يا مينځ ته راتگ او اوبنتل يې Ca. خواته) په هغه پولېپ کې چې په لوړه درجه غير وصفی هستولوژي نغښتي وي نو وروسته له 6 مياشتو، بيا وروسته له 2 کالو کنترول سرته ورسېږي.

DD

Colon-Carcinom
Intestinal-Endometrosis
د Analcanal Haemorrhoids

Colon-Casrcinom

:Aetheologie

د کولون ادينوم: د اوبنتولو (degeneration) احتمال دې پورې اړه لري، چې آيا پولیپ خومره غټ او لوی ده (<2-4cm) او له کوم Typ څخه ده: Villous>Tubulovillous>Tubulare. هغه وخت (يا مدت زمان) چې یو ادينوم په کارسینوم بدل شي، وايي چې له 10-35 کالو پورې حدس وهل شوي، په تيره بيا هغه اوبنتون يا بدلون د Ca.race-gens.

FAP: د کارسینوم خطر د ژوندانه تر 45 کلنی پورې تقريباً 100% هغه چې درملنه يې نه وي شوي (ØComplett proctocolectomie) په راپور ويا Media کې راغلي چې تر 36 کلنی پورې په يوه carcinom بدل شوي.

.Hereditas-non-Polyposis-Colorectal's-Ca.=HNPCC

نور هغه فکتورونه چې خطر لري:

د کولمو التهابي ناروغي (Morbus-CROHN, colitis ulcerosa, Adipositas)، د ډيرو غوړينو خوړو خوړل (له سبو، ميوې او غنمو څخه جوړ شوي شيانو څخه لږ گټه پورته کول)، د جسمي کارونو يا فعاليت لږ والی، کورنی تاريخچه کې colorectal Tumor شتوالی (درې واري د ناروغي خطر لوړ وي) اوداسې نور.

:Pathalogie

په circular ډول وده کول (نمو) په تيره بيا په Left-colon، sigma، او Rectum => Stenosis => Obstipation او Paradox -Diarrhoe سبب گرځي.

د ودې کولو گړنديتوب ډيرو (آهسته) پيل کېږي، (د نومور دوه چنده کېدل د 4 مياشتو څخه تر 3 کالو پورې رسېږي).

-: Localisa.

60% colorectal تومورنه په rectum کې شتون لري، 15-20% په sigma، 10% په Caecum او Colon-ascendens او پاتې يې د کولون په پاتې شو برخو کې تقريباً 2-3% Multipel !! دي.

-:Metastase

تر ډيره حده يوازې په يوه خوا يا يوه مسير وي (Unipolare-metastas) street يعنې دې A.mesentrica-sup. (colon-asc. او trans. او (colon,desc.inf. په امتداد استثنایي حالت: RIOLAN - anastomos، کولای شي چې د لمفاوی جريان په دواړو خواو کې ميتاستاز ورکړي.

Epid.

خپرنه = Incidence: په کال کې 50/100.000 دې کولون او رکتیم دواړو لپاره تر نیمایي د 80 کالو دغه میلان په ټولیزه توګه یو څه په شاه ټیل وهل شوه، په دې معنی چې د GL-Tumor نور تومورونه لکه Gaster.ca لږ شوه او دلیل یې دا وه چې د خلکو د خوړلو سطحه بڼه او صحتي شوه او د انسانانو عمر وخت په وخت لوړ شو. د colorectal تومور نن ورځ په دویمه درجه له هغه ګارسینومو څخه قرار لري، چې په نارینو و کې وروسته له bronchial-Ca او په بنڅو کې وروسته له Mamma-carcinom څخه لیدل شوي، یا یې راپور ورکړل شوی .د

Predisposition - عمر یا سن : د ژوندانه 50-80 کلنۍ پورې په متوسط ډول د عمر په 65 کلنۍ نارینه لږ څه ډیر اخته کېږي. (M>F(3:2).

ډولونه:

Histologie: Adeno carcinom (د پېښو 70% جوړوي).

Undifferencial-Ca. (20%) signet-ring-Ca. (10%).

TNM

Ca. :Tis (یوازې Mucose کېدای شي، تر Mucosa Muscularis پورې، هېڅکله میتاستاز نه ورکوي).

Submucosa :T1

Muscularis propria :T2

Pericolic adipose tissue+serosa :T3

Visceral-peritoneum څخه وځي او په ګاونډي غړو یا اورګانو کې خپریږي (Infiltrat) ورکوي. :T4

N1: میتاستاز په 1-3 سیمه ایزو لمفاوي عقدو (غوتو) کې.

N2: 4 سیمه ایزو لمفاوي عقدي اخته کېږي.

M1: لري خپریدنه=میتاستاز (تر ډیره حده یڼه (Hepato) په تعقیب یې peritoneum او سپري (Pulmo)، په ندرت سره اسکلیت او دماغ (adrenal gland).

C. دې UICC په اساس:

UICC (= Union – internationale contre Le cancer 2002).

UICCO: Carcinoma in situ (= Tis).

UICCI: Infiltration from Mucosa submucosa Lam.musculoris-properia.

UICCCII: Infiltration from Pericolic/-rectal adipose tissue.

UICCCIII: Lymph- Nodus-metastasis.

UICCCIV: ډېر لري میتاستاز: (M1 ټول)

Clinic

له نیمایي څخه ډیرو ناروغانو کې د تومور شتون پټ پاتې وي (هغه وخت چې تشخیص صورت ونیسي نو 60% د ناروغانو په III یا IV مرحله درجه کې وي).

هرهغه بدلون چې په غایطه موادو کې وروسته له 40 کلنی څخه مینځ ته راشي، د Ca شک شتون لري!
(د پر محال یا اوږد محاله Diarrhoe او یا Obstipation).

د وینې او مخاط شتوالی په غایطه موادو کې (Colon-dist. او \leq Sigma دهرې وینې شتوالی باید روښانه شي.

Abdominal dolor (Not-Intensive)، د وزن لږوالی (نادر ده) احتمالاً تومور په Abdomin کې د جس وړ وي.

hypochrom-Anaemae د occult-haemorrhag په مرسته (Proximal.colon) \leq د قدرت یا کار کولو تواني کمزوري، خستگی.

Diagnosis

Anamnese (د کورنۍ کوم غړی چې په ناروغۍ مصاب شوی وي!) او کلینکي پلټنې: Rectal-digital examination (تر تقریباً 8cm ممکنه ده، 30% د colorectal تومورونه په دغه سیمه کې پیدا کېږي)، Guajak-Test ددې لپاره چې occult blood په غایطو موادو کې پیدا شي (لکه Haem occult-test په 3 درې) شایه شا تعقیبي معاینو کې د غایطه موادو له لومړنۍ تجزیه شوي پروسه یا دنده څخه ده. Coloscopy: تر Bopsy+caecum او د امکان په صورت کې دې اندسکوپ په مرسته د adenom لري کول یا پریکول سرته ورسېږي.

Endosonographie (د تومور پراخوالی د کولمو په جدار پورې چې دلته د T-Classification مخکې له جراحي عملیات څخه ممکنه یا شوني ده).

Abdominal-sonographie: د درجو یا grading په خاطر چې (میتاستاز په بڼه کې؟ Ascites یو ښه نښه ده چې د پریټوان مصاب کېدل ښي).

Thorax : Radiographie: په دوه خواو باندې چې د سپرو د میتاستاز درجه وښي؟ احتمالاً colon-CE په غبرګ یا Deuble contrast تخنیک (هغه وخت چې coloscopie دې ستینوز له کیله شوني نه وي)!!

Abdominal-CT یا NMR: Staging په خاطر، د لمفاوي غوټو د میتاستاز لپاره ولټول شي. ښارټوار: Tumor-Marker یوازې د کنټرول په خاطر، هیڅکله د screening میتود نده، CA19-9, CEA،

CA 125, CA 50، Thymidinkinase او داسی نور.

Immunscintigraphie له نښه شوي CEA او یا B72,3 MAb او یا FDG-PET (Flour Deoxglucose-) Positron-emissions-tomography د میتاستاز لټول په هډوکو کې.

Therapy

Operat: Ind, 90% د کارسینوم کېدای شي، چې د جراحي عملیات په مرسته لري شي. \leq Radical Operation: Tumor + د لمفاوي جریان سیمه (د A.Intestinalis په امتداد تر Aorta پوري)

باید پاکه شي.

په ټولیزه توګه د عملیات تګ لاره :-

د کولمو پاکول په Orthogradus یا فزیولوژیک ډول (3-5lit. لاتین Hypertonic-، Hyperton-solutio
solution= لکه Golytely Perioperativ-Antibiotica یواري لکه (Rocephin) Ceftriaxon، + (clont)،
metronidazol وریډي (I.V.) د انسټیزي Narcos سیستم له لازې یعنی هغه وریډ چې خلاص شوي ترڅو د
نرکوز دوا له هغه لازې تیره شي.

د Media laparatomie:OP-Princep، د شریانو او وریډونو ترل مستقیماً په تومور باندې باید شق ونه شي
په دې معنی چې په خپله د تومور په جسم شق صورت ونه نیسي، ځکه چې حجری یا ژوانکې بل چیري ونه
لېږدي (no-touch-isolation-technique)، د تومور پرې کول د خوځښت په حال (Mobilisation) په حال
کې، praepartion او لرې کول دي، Mesocolon دې میزنتیریال له ریښو څخه، وروسته بیا د
کولون Proimal او distal لرې کول له یو لږ څه روغې او مطمئینې سیمې سره (En-bloc-Resection) چې دا
د کولون په هغه سیمې کې چې تومور پکې میشته ده همدارنگه د پاتې شوي کولون په anastomosis پورې
اړه لري.:

الف: - دلته تومور په Caecum او یا colon-ascendens: بني خوا Hemicolecotomie = د کولون دهغې برخې
پریکول چې A.Ileo. Colica په مرسته اروا کېږي، + Mesocolon د کولون له Mesenterial (ریښې)
Anastomose د Ileum Terminalis له Colo-Transversum (= Ileotransversostomy) نو په دې توګه د
Ileocaecalvulvus لرې کېدل دي، چې د Diarrhoe تمایل زیات لیدل کېږي.

ب: - colon transversum Ca.

په مکمل ډول: complett trans-versum resection + د کولون دواړه کنجونه Colon-flexura د احتمال په
صورت کې سر بیره پر دې د hemicolecotomie پراخول کینی یا خو هم بني خواته نظر په دې چې تومور کومې
خواته پروت وي، د لمفاوي جریان له کبله چې دواړه خوا ته جریان لري! (RIOLAN-anastomose).

ج: - Tumor in Sigma

Sigma-Resection، خوښه به دا وي، چې Sigma+colon descendens لرې یا پریک شي (= Left hemi
colectomie) <== colon-transversum-rectum-anastomose شي (= Transversorectostomy) سرته
رسېږي.

د: - هغه وخت چې په کولون کې د تومورونو شمېر ډیر وي:

دلته Colectomie او Ilorectostomie کیږي.

بڼ: - په FAP: د کورنۍ اډینوماټوز پولیپوز کله چې وپیژاندل شي، نو یو مکمل
Ileoanastomy+Proctoclectomie صورت نیسي.

ک: - کېدای شي، دغه عملیات Laparoscopic هم ترسره شي.

C: Solitarius Metastas دې Hepata او pulmo (بڼه اوسې و) تومور په یوازې توګه کېدای شي، چې پریک
(resection) شي، همدارنگه دا چې په Ovaria کې کوم خطر لرونکی نښې لیدل شوی او پیژاندل شوي وي، نو
باید Ophorectomie هم سرته ورسېږي.

D: Postoperative :-

Infusion's therapie د 5-6 وروځو پورې وروسته له عمليات څخه او وروسته له یوه عمل (= Stool-1 movment) څخه بیا چای ورکول، وروسته بیا د مایع موادو ورکول، بیا د نرمو او تیریدونکو خوړو ورکول، د 8-10 ورځې وروسته له عمليات څخه بیا نیمه جامد خواړه، د دریناژ لري کول له دریمې یا څلورمې ورځې پیل او وروسته بیا په بنډاژ بدل شي، یعنی چې سکریټ د بنډاژ په مرسته لري کېږي، د کوکونو یا گنډل شوي تارونو لري کول په 10 لسمه ورځ د عمليات.

2. Chemotherapie:

وروسته له جراحي عمليات څخه د adjuvante تدابیر د colon-Ca. لپاره د UICCIII + په وریډي ډول یا د I.V. له لارې (5FU)-Fluoruracil+(Folinacid) د 6 میاشتو لپاره (MAYO-Clinic-Shema)، اوس سربیره پر دې له Irinotecan (Campto) سره یوځای او یا له Oxaliplatin سره ورکول کېږي. بنیمو تراپي د تومور د بیا وده کولو امکانات په تولیزه توگه لږ کوي، البته تقریباً د 40% په شاوخوا کې. 3. Palliativ: عمليات په Ileus کې => د سیمې خپلواکه کولو عمليات څرنگه چې د Tumor-exstirpation، احتمالاً د یوه colostomy ایښودل (Anus-praeternturalis)، Chemotherapie او احتمالاً Radiatio یا شعاعي درملنه.

Prog. - په ټولو colon-ca. کې د 5 کالو د ژوند کولو ژوندي پاتې کېدلو اټکل 55% ده.

Tumor T1-2 (= UICCI) تقریباً 80%.

T3-4 (= UICCII) = 60-70% که چیرې لمفاوي غوټې هم مصاب شوې وي (= UICC-III) 30-40% او په لري لېږدېدنې کې (= UICC-IV) 20-5% ده.

په Solitarium کې، په Ro کې د ليري لېږدېدنې یعنی په یڼه کې 25-35% وي. Complico.

Invagination, Ileus, Obstruction => acut Abdomen.

Fistula, perforation / گاونډیو اورگانو ته لاره پیدا کول.

compression: Miction, Ureterstenose د Potency مشکلات یا ستونځې.

4: HNPCC (LYNCH-syndrom):

ډیر لوړ خطر همدارنگه د Endometrium او Ovarial کارسینوم لپاره، همدارنگه د معدې وړو یا نړیو کولمو، پانکراس کارسینوم، د صفراوي قنات یا لاره، Ureter او دې کلیوي د حویضي کارسینوم. 5-Sutura insufficiency د یوځایوالی یا anastomose، په سیمه کې، peritonitis او Ileus. مورد بیا مینځ ته راتگ کچه تر تقریباً 20-40% ده، په تیره بیا د عمليات په لومړنیو دوو کالو کې (Localrecidive او Anastomos recidive).

DD:

تر ډیره حده له غلطې پیژاند گلوۍ سره: Diverticulitis, Appendicitis, Haemorrhoids.

Colitis-Ulcerosa, morbus-CROHN, Intestinale-Lymphom-Adenom د کولمو توبرکلوز.

(Pneumatosis Cystoides intestini) Pneumatosis-Coli

Therapie: هغه وخت که ناروغ شکایت لري، نو بيا د Antibiotica+HYperbare O₂ Therapie

[[Rectum Carcinom]]

ورته نوم يې په انگرېزي Rectal-Carcinom ده، aetheologie او epidem: عیناً لکه د colon carcinoma په شان ده.

Pathologie:

A. سيمه: 60% د colorectal تومورونه په ريکتوم کې ميشته وي (4-16cm له anocutan line څخه لري وي).

B. لمفاوی جريان:

د هغو لمفاوي غوتو يا عقداو له لارې چې په Perirectal شحمي غړو (adipose tissue=lipid tissue) د Caudo-Craniale په خوا (جهت) په هغو لمفاوي غوتو کې چې په استقامت دي، / A.rectalis- sup. / A.mesenterica inf. پېښېږي.

همدارنگه ريکتوم د 1/3 distal برخه کې هم يو شان مينځ ته راځي، مگر دلته دې لمفاوي غوتو شيمر لږ ده، په ندرت سره، peri-rectal-adipose-tissue شتون لري، لومړی د تومور رسيدل Analcanal ته کولای شي، چې په Iliacale.L.N کې ميتاستاز ورکړي.

C. وړيدی جريان:

هغه لوړ موقعيت لرونکي کارسينوم=> د Plexus-Rectalis.Sup. له لارې ځان Vena portae=portale vein ته رسوي.

هغه کارسينوم چې موقعيت يې ټيټ وي =< د plex. Rectalis inf. له لارې څخه په V.Cava Inf. کې لوېږي.

Clinic:

د وينې بهر کېدل، د مخاط بهر کېدل يا وينه لرونکې او مخاط لرونکې غايطه مواد.

د kote يا غايطه موادو د دفعاتو زياتوالي، احتمالاً Tenesmus.

د Os-Sacrum په سيمه کې د درد شتوالی شوني وي.

احتمالاً Ileus symptom (البته چې دا وروستی نښې دي).

-: Diag.

Anamnese او کلينيکي پلټنې: Rectal-digitale-examin (1/2 دريکتوم ټول کارسينوم تومورونه د

Palpation په سيمه کې يا هغه سيمه چې جس کېدونکي وي پراته وي)، چې په دې توگه د Rectum-

Exstirpation ضرور وي.

Sigmoidoscpie، په تيره بيا په لومړنی تشخيص يا موندنه کې coloscopie صورت مومي.

Endosonographie: د دې لپاره چې وښودله شي، چې تومور څومره په جدار کې خپور شوي (infiltrat) دي او

آيا تومور په گاونډيو اورگانو کې هم خپرېدل لري (لکه مثانه Os sacrum, pelvis, vagina, prostata او د

يوه سيمه ايز excision (T1,No) ضرورت شته او که نه؟

Urologic معاینات: cystoscopy که چیري په مثانه کې خپرېدل = Infiltrat شتون ولري سرته رسېږي.
Gynaecologic پلټنې: هغه وخت چې په Uterus، Adenexe او Vagina کې infiltrate موجود وي.
همدارنگه ټولې نورې هغه پلټنې چې په Colon-Ca کې د Staging لپاره سرته رسېږي.

Therapie

Operative

Palliative

Prog. څرنگه چې په colon-Ca وویل شو، دلته هم همدارنگه د 5 کالو د ژوند کولو اټکل په ټولو ډولونو د ریکتم کارسینوم کې 50% ده.

UICC-I: 80-90% پورې پینځه (5) کاله د ژوندانه اټکل.

UICC-II: 70%، UICC-III: 30-40%.

نن ورځ په 80% د پېښو کې د sphincter د ساتنې جراحي عملیات ممکن ده، د OP. letalitaet تقریباً 2-4% ده.

Complica.

Perforation، Ileus، درز یا لاره پیدا کول مثاني، Uterus (رحم) او یا Plexus-sacralis ته => درملنه:

(په دوه مرحلو کې عملیات):

د یوه Praeternaturalis Anus ایښودل یا جوړول.

د تومور لري کول او که چیري ممکنه یا شونې وي د continuitaet بیرته اعاده کول او د Anus-

Praeternaturalis تړل یا بندول، په لوړه کچه مړینه = Letalitat (15-20%) هغه وخت که چیري اختلاطات مینځ ته راشي.

OP دې Anastomose دسیمې د sutura-insufficiencia او Ileus.

Sexuell-dysfunction (Erections، Ejaculation ستونځې) د مثاني فلج د plexus-pelvinus د

Alteration له کبله.

Recidive (20-30%) پېښو کې چې ډېره د دوه (2) کالو په جریان کې مینځ ته راځي او کېدای شي، چې

وروسته تر 15 کالو هم پیدا شي، نو پدې توګه باید د ناروغ مراقبت په منظمه توګه وشي.

DD

هر شپږم ناروغ چې د کولون او ریکتم کارسینوم لري، حتماً ترڅنګ یې Haemorrhoid (بواسیر) هم

لري! => هیڅکله تر هغې پورې چې ټول معاینات سرته ونه رسېږي، او تشخیص په دقیق ډول معلوم نشي د هیموروئید په تشخیص باید خوښې ونه ښودله شي.

Analfissura، anal abscesse، Analfistula

Colitis ulcerosa، Morbus-CROHN

<<ANUS>>

[[Analfistula او Anal abscess]]

تر ډېره حده د proctodeal glands ناروغی جوړوي.

Aethologie



د proctodeal glands د جريان ستونځې او مکروب (infect).
 د Intra-abdominal د اورگانو ناورجن کېدل = Pus=empyem دهغه له
 پرمختګ سره (Diverticulitis, Appendicitis).
 د ريکتوم د مخاطي غشا زخمي کېدل (Ulceration) (لکه Morbus-CROHN او Colitis Ulcerosa).
 ولادې تراوما (Vaginal-ano rectal-fistale)، شعاعي درملنه.

Path.

الف: د proctodeal د غدواتو د جريان ستونځې لکه په قيصيت کې چې دا بيا د غدواتو د پراخيدو سبب
 گرځي، دې ناو (Pycom) توليدنه، د درز پيدا کېدل او په پای کې د ناو خالي کيدل.
 = Abscesse = په حاد ډول د ناو د توليدني څخه عبارت دی.
 = Fistula = په کرونيک ډول د Proctodeal glands infect ده.

ب: - GOODSALL-Method -

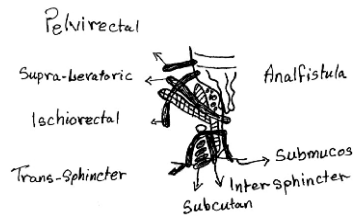
ج: - سيمه: د Proctodeal-glandulae شتوالی په تيره د Commissura شا او خوا ته (= dorsal)، چې
 fistul تر ډېره حده د 6 بجو = 6hou د SSL (= dorsal) کې 80% پرتې وي.

اپيدیمی:

F<M، مناسب عمر د 30-40 کلني پورې، life-time-risk: 2% ټول انسانان د ژوندانه په دوران کې پرې
 اخته کېږي.

Inter-sphincter او Transsphincter-fistula دواړه تقريباً 95% د ټولو فستيوول برخه جوړوي.

ډولونه:



1. وروسته د فستيوول څخه پيښې:

complete fistel

دنته خوا (داخلي) فستيوول، چې له بهرنی فستيوول سره اړیکې
 لري

=> اړیکې له anal canal (Mucosa) او جلد سره .

نا مکمل = Incomplete-interal-fistel = Incomplete: چې له کولمو څخه پيل کېږي، په پانده ډول

خلاص کېږي.

Incomplete-outside fistel = بهر خوا ته فستيوول

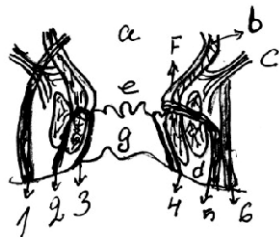
چې له cutan څخه پيل، په پانده ډول پایلې لري.

Rectum=a

M. Sphincter-ani-internus -b

M.Levator-ani -c

M. sphincter-ani- externus -d



Linea dentate -e
Proctodeal glands -f

Complete pelvirectal (extrasphincter) fistula
Complete intermuscular (intersphincter) fistula
Complete subcutane fistula
In complete Subcutane fistula
Complete ischioirectale (trans sphirner) fistula
Incomplett Pelvirectale Fistula

-II- د نن ورځې يا اوسنی Modification (ډولونه دي PARKS په طريقه 1976):-

-:Fistula ani=Anal fistula

Subcutan fistula

Submucosa fistula

Inter sphincter fistula

Trans sphincter fistula (چې يا تيب او يا لوړ قرار لرونکی وي).

Suprasphincter, supra levatoric fistula

Extra sphincter fistula:-pelvirectale fistula

Ischioirectal fistula

(urethra,prostate,vagina,Bladder)Rectoorganic- fistula

-:Analabscesse

. Perianal/subcutan-abscesse

Perianal/periproctic abscesse

Submucosa-abscesse

Inter muscular-abscesse

Ischioirectal-abscesse

Pelvirectal/ileorectal-abscesse

:Clinic

Dolencia ، په تيره بيا Defaecations-dolor د

کښېناستلو شکایت.

په ټوليزه توگه عکس العمل: تبه، leucocytosis، خستگي يا بې حالۍ،

نمجن (مرطوب) ناو لرونکی (زوي لرونکی) حتی Kot=cote ډوله افرازات وتل د فيستول له خلاصولو

څخه ياسوري کولو څخه.

:Diag.

تاريخچه د ناروغي =Anamnese او کلنيکي پلټنې:

دې perianal د شاوخوا سور والی يا سور رنگه سيمه : په هغه وخت کې چې چې digital-rectal معاینه يا

palpation صورت ونيسي.

نو بيا احتمال لري، چې په جس کې پارسوب احساس شي يا وبنودل شي.

Rectosigmoidoscopy,proctoscopy (چې تقريباً 20-25cm د ليدلو وړ وي) او coloscopy ددې

لپاره چې ورسره نورې ناروغي هم ولټولي شي، (لکه Diverticulitis,Malignoma, polyps).

Transrectal-Endosonographie (د فستيوول او يا آبسسه شتون روښانه شي).
 Probing انگريزي لکه Bougie غوندي پرتله يا مقايسه کېږي، د احتمال په صورت کې له
 Methylenblue يا اوس Patentblue په تيره بيا په Intra operative کې هم پکارول کېږي.
 Radiographie (اوس ډېر نادر ده) او په ناپيژاندل شوو، حالتونو کې بيا NMR څخه گټه پورته کېږي.
 Sphincter manometrie.

-:Therapie

Fistula:Operative: د فستيوول د سرچينو لري کول، د Proctodeal-glands په لري کولو سره، دريناژ د
 فستيوول سيستم کې.
 مخکې له جراحي عمليات څخه:-
 په اورتوگراډ ډول د کولمو پاکول = Orthograde colonic irrigation د څلور ليتره = 4liter هايپرتونيك لوشن
 په مرسته لکه Golytely.

-:Inter-and-Transsphincter fistula

Fistulectomie د PARKS په طريقه = Excision دهغه فستيوول چې دننه خوا پرانستې (باز دي + د
 Sphincter هغه برخه چې د فستيوول څخه لاندې شتون لري، همدارنگه Excision د فستيوول هغه برخه چې د
 بهر (باندې) خوا يې پرانستې يا سوري شوي وي.

Secondary-wound-healing = د پرهاړ رگونه په ثانوي ډول => نو په دې اساس بايد پرانستلی پاتې شي!

C. supra and extra sphincter fistula

د دريناژ اينودل د يوه تار په مرسته (seton).

d. subcutane/submucose-fistula په بيضوي يا ovale ډول شق کېږي، او په ابتدايي يا لومړني ډول تړل
 کېږي، يا ترميم کېږي، ډيره نښه به وي که چيرې دې جنتامايسين Gentamicin اسفنج کېښودل شي
 (Sulmycin, implant E).

Abscesse

a- په ټوليزه توگه Incision او د ناو يازويي يا دننه محتوياتو خالي کول په پوره ډول کفايت نه کوي، بلکه
 دا بايد په مکلفيت سره يو T- ډوله يا ovalar شق يا Incision سرته ورسېږي، چې تر ممکنه حده پورې
 څومره چې لوړ وي هغومره ټيټ هم وي.

b- د پرانستې پرهاړ درملنه:- open-wound therapie او د يوه strip- Tamponage اينودل.

په ټوليزه توگه (عمومي ډول):-:

تر 4/5 برخه د spincter محتويات يا دستگاه په ټيټه کې سره بيل کړل شي، بې له دې چې دې Incontinece
 خطر شتون ولري.

وروستی درملنه يا درملنی دويم پړاو:-

دوه واري په ورځ کې = په اوبو کې کيناستل (لکه د Camilla-lasion سره) او په پای کې د H_2O_2 سره لواز +
 وروستي لواز يا پاکول د Nacl او يا Ringer-lactat (سرته Nacl-lactal-losion-or-Ringer-lactatlosion) او

ورسته له (Rivanol) Ethacridin، سره په تیره بیا د پرهار پاکول او د پرهار گرانولیشن پرمخ بیول یا بڼه کول (هغه وخت که چیرې پرهار یا تپ سوچه یا پاک وي) له (Streptokinase/-dornase) (Varidase- Gel) Stool Regulation (نرم غایطه مواد).

پاملرنه: - Morbus-CROHN په فستیول کې هیڅکله Excision نه کیږي، بلکې یوازې فستیول د بېلونې په توګه وې او تراشل کیږي.

پایلي = prognos:

د ثانوي پرهار (زخم) رغېدنه (یا جوړېدنه) کېدای شي، میاشتي په بر کې ونیسي!! مګر بڼې پرمخ ځي.

Complica.

د فستیول بیا مینځ ته راتګ (Fistula recidive) (10% د پېښو کې) په تیره بیا هغه وخت چې جراحي عملیات په پوره ډول Radicalitat یا په جذري توګه صورت نه وي نیولی.

د فستیول بڼه نه رغیدل او د آبه بڼه نه رغیدل په هغه ناروغانو کې چې په HIV-Infection اختسته وي لیدل کیږي.

Incontinence<= sphincter insufficiens.3 OP

DD

Morbus-CROHN: په تیره بیا په ناپېژاندلی شوي یا غیر وصفی ډول کې او په هغه ډول کې چې ډېر فیستول ولري.

Pilonidalsinus Diverticulitis , Lymphoma, Tumors

Tailgut-cysts

ژوبلېدنه = Traumatic (چې ډیرې نادري دي) پردی یا بیګانه شیانو شتوالی،

وریډی اتانات = Vernereal-diseases، پرازیتی ناروغي، توبرکلوز، Diabetes-mellitus،

AIDS, Actinomycosis

[[PROCTITIS]]

لاملونه:-

Venereal infection = جنسي ناروغي.

Eitrige proctitis <= gonorrhoe (ناولرونکی پروکتیتس = (empymatos- proctitis).

<= Lues III, Condylomata-lata <= Lues II, Ulcera <= Lues I

(Condylomata-ulcerosa) Gummata-ulcerosa

. Ulcera <= Ulcus molle (پوست) ډېر درد لرونکی

. Fistula , stricture <= Lymphogranuloma-inguinalis

. <= AIDS فیستول لرونکی، نمجن او نه جوړېدونکی مکروب.

Tropic (veneric) infection د بېلګې په توګه گرنولوما وینوروم = granuloma venereum (ورته نوم:

Donovanosis) چې دا بیا سبب د perianal papela او foetide secretion ګرځي.

Morbus CROHN او Colitis ulcerosa له کبله.

Allergie Eczema

ډولونه:

الف: - proctitis: التهاب یا زخم د anal په سیمه کې چې د anal-dolor سره یوځای وي.
ب: - د proctitis خاص یا ځانګړي ډولونه:-

Papillitis: Anal-papilla التهابونه، چې ډیره د یوه Cryptitis سره یوځای وي.
Cryptitis: چې د Anal-papilla تر مینځ قرار لرونکی کریپتونو التهاب له امله مینځ ته راځي.

:Clinic

Pyogenic, Haemorrhagie او یا اوبه لرونکی افرازات، خارښت.
Tenesmus, Anal dolor

درملنه:

Antiphlogistic suppositorium: Conservativ
Anal polyps د Complica جوړیدنه یا پیدا کېدل.

[[ANAL FISSURA]]

(ورته نومونه:- Anal ulcer ، په انګریزي کې ورته anal fissure)

Defination: د درد لرونکي او اوږد محاله درز در لودل په Anoderms (د آنال په پوستکي) کې چې تر ډیره حده په شپږو (6) بجود Posterior=lithotomie-position (د ی شاه له خوا Cammissur) باندې شتون لري.

:aetheologie

په chronic ډول د M.sphincter-ani-int دې spasmus/tonus لوړیدل یا ډیریدل سبب د chronic fissure ګرځي => چې د Muscle د فیبروز (fibrose) او د یوه درز جوړیدل دهغه په پوستکي کې چې دهغه سره یې پوښلی ده کېږي.

د یوه fissura (درز) مینځ ته راتګ د scybalas (دې ډیرو کلکو غایطه موادو توپونه) ، chronic-obstipation همدارنګه anal-sexuell practicum (د anal له لارې جنسي عمل له کبله منځ ته راځي).
Lesion یا ژوبلېدل دمکروبوونوله کبله ، د بېلګې په توګه مساعده زمینه د cryptitis, Haemorrhoid د Anoderms د الاستیکیت د له مینځه تللو له کبله.

Morbus CROHN

:Pathologie

د analderm کې یو درز دي.



Columnnae/sinus-anales له پای څخه او د anal-fissure د linea-dentata څخه پیل کېږي، => سبب د یوه dolor لرونکي reflectoric sphincter-spasmus او د تړلو د muscle د فیبروزي کیدلو سبب ګرځي => چې دا بیا په خپل وار د نورو درزونو (fissure) (یا ورته circulus vitiosus ویل کېږي) لامل ګرځي.

:Clinic

Defaecation's-dolor = د تغوټ درد او وروسته له هغه څخه درد د sphincter cramp له کبله.
haemorrhagie
Perianal pruritus او د mucose افرازات.
chronic obstipation (چې د درد د زیاد کېدلو مرستندویه ده).

:Diag.

Anamnese او کلینیکي پلټنې:
په Inspection کې د یوه Lesion شتوالی د anal کانال په لاندنی برخه کې ښیي.
rectal-digital-Examination یوازې د L.A په مرسته معمولاً ممکنه ده، (د sphincter tonus ډېریدل یا لوړېدل).

:Therapy

Conservative: موضعي انسټیزي ورکوونکی، انتی فلوجسټیک مرحم (لکه
faktu, cinchocain+policresule مرحم یا Ointment، د ضرورت په صورت کې کېدای شي، چې anal
پراخ شي)، او یا suppositor (Hamamelis، Tompositor H) همدارنگه د ناستې Bath (لکه-Cammile-
Bath-Robuge) او داسې نور.
Stool regulation د مینځنی Laxatives انگریزي او په لاتینه laxare (لکه د بوتو + senna + هندي
flohsamen، Agiolax، Granulat) په مرستې سره.
د سیمه ایز یا local-anasthesy په زرق سره او یا Botulinumtoxin-A.injection (Botox) په
M.sphincter-ani-interna کې.

:Operaive

Ind: اړینتوب: Chronic sphincter spasmus

:Complication

.Ulceration

مزمنه یا اوږد محاله د ناروغي تگ لاره یا پرمختگ یې چې سبب دی <= Scar (نډبه) = Fibrose لرونکی
هم ورته ویل کېږي، pectenosis.
OP : Incontinencea=C

:DD

.anal carcinom

.Veneric-infection, haemorrhoid, anal-abscesse, anal- fistula

[[Hemorrhoids - Haemorrhoids]]

Defin.=تعريف: دغوټوپه ډول پراخيدل يا پارسوب د A.Rectalis-sup په شاخچو کې په تيره بيا په V.rectalis-sup کې، دننه (داخلي) هيموروئيد = چې د corpus-cavernosum-rectie د هايپرپلازی (hyperplasia) له کبله مينځ ته راځي (arterio-venoses) سيمه يا د شرياني وريدي بالښت البته د رگونو بالښت او همدارنگه د Plexus-(rectalis internus).

Aetheologie:

chronic-Obstipation. هغه څوک چې تل په ناستې باندې کار کوي.

د anal sphincter tonus لوړ والی يا ډيريدل.

د connective tissue د ټينگوالي او ثبات لږوالي يا بدلون نسبت د سن يا عمر په اساس يا بنسټ.

-Patha.

د هيموروئيد يا بواسير منځته راتگ له 30 کلنۍ څخه پيل کېږي، چې

د الاستيکي رينيو (fibros) د

degeneration له کبله په corpus-cavernosus-recti منځته راځي.

سيمه = local: د anal-canal په سيمه کې د Linea-dentata څخه

د پاسه (Zona-haemorrhoidalis) شتون لري، چې ډېره يې د 7,3 او 11 بجو

د lithotomie-position په هغه سيمه کې چې د A.rectalis sup شاخچې

يا څانگې شتون لري، ليدل کېږي، يا مينځ ته راځي.

Epid.

الف:- 70% ټول هغه کاهل انسانان چې عمر يې له 30 کالو څخه لوړ وي، د proctoscopie معایناتو په

واسطه د هيموروئيد شتوالی بنودل شوي يا ثابت شوي دي.

ب:- احصائيه يا پلټنې:- حدس وهل کېږي، چې 1000/100.000 په کال کې.

ج:- (2:1) M>F و متوسط عمر: تقريباً دژوندانه 50 کلنۍ ده.

ډولونه:

د Haemorrhoid ډولونه د syptoms او staging په اساس.



Haemorrhoidal-prolaps

Grad	Symptom	results
I	Anorectal-haemorrhagy- Pruritus ، درد نه لري. معمولاً احتمالاً ani	دې د پاسه Linea-dentata د پاسه غوتې، چې دې بهر څخه د لیدلو وړ نه وي. لاټین reversio، انگریزي Reversible
II	په ندرت سره وینه ورکول. معمولاً سوخیدل (سوخت) او نمجن (wet)	دې زور وهلو (فشار) له کبله غوتې دې باندې خواته prolaps ورکوي، او reponation بیرته په خپله کوی، دې fibrotic ډول ته بدلون بیل کېږي.
III	وینه ورکول نشته، مخاطي افرازات خارښت، درد، احتمالاً دې. Mocusulceration	Proplaps د abdomen د فشار له کبله او یا د Defecation له کبله، د sphincter-tonus لوړ والی، هیڅکله په خپل سر reposition نه کېږي! Fibros!
IV	ډېر سخت درد لري، Ulceration	کتې مټ لکه III اما هیڅکله دلاس په مرسته (Manuell) بیرته نه ارجاع یا reponible کېږي = fixition Mucosa prolaps

Clinic

Anorectal haemorrhagy (روښانه یا تازه وینه)، دې تشناب په کاغذ باندې او یا خود غایطه موادو د شاوخوا باندې خط لرونکی روښانه وینه .
خارښت=Pruritus، سوخیدل (نمجن)، مخاطي افرازات او د پردیو شیانو دشتوالي احساس البته په سیمه کې.
پستې (نرمې) ترکلی مقاومت لرونکی غوتې ، د anorectal درگونو په سیمه کې روښانه شین رنگه (آبي کمان) prolaps .
ډیرو زیاته وینه ورکول هغه وخت ممکن وي، چې شریاني فشار لوړ وي او یا د portal فشار لوړ وي، د وریدو اضافه بار).

:Diag

Anamnese (تازه او روښانه وینه؟ چې له زور وهلو سره اړیکې ولري؟) او کلینیکي پلټنې: palpation او
Anoscopy =< د sphincter tonus لوړ والی، دې فیبروټیکو غوټو لیدل یا لمس کول دي.
proctoscopy او Recto-/coloscopy (د تومور دشتون رد کولو لپاره).
رادیوگرافي: colon-CE د تومور د ردولو لپاره.

:Therapie

-A Conservativ.

په ټولیزه توګه: د وزن راټیټول (کم کول)، د پرسونکو (هوالمونکو) خوړو له خوړلو څخه ډډه کول، او د بدن خوځښت (سپورټ).

stool regulation (دمیوی او سبو خوړل، احتمالاً نرم یا ضعیف Laxancien د بېلګې په توګه senna،
هندي flohsamen، agiolax، Granulat، یا Lactulose، Bifiteral).

د Anal پاک ساتل (کیناستل د camilla په اوبو کې، Camilla-Bath-Robugen).

دارو یا درمل: Ointment، suppositorium (لکه Factu-ointment، H-،
suppositorium، Tampositor) Hamamelis د کورټیزون لرونکی او
یا سیمه ایزه انسټیزي لرونکی Ointment څخه =< هیڅکله د (دوامداره) درملنې په توګه ګټه وانخستله شي
! همدارنګه - ASA- suppositorium - 5 مرسته یا تاثیر کوي.

sclerosition (3-5ml/nodus ملي لیتره دهرې غوټې لپاره 5% فیصده Phenoloil)
cauterisation او یا infrarectocoagulation، cryotherapie، په I او II درجه کې =< Scar یا ندبي پاتې
کېدل. لاتین Ligare-binding = د تار په مرسته د هیموروئید پریکول یا قطع کول دلته هدف له تار څخه درابري
حلقو لیګاتور ده البته د BARRON په طریقه یا تګ لاره (چې دلته دغه ګردې یا حلقوي رابر د هیموروئید
بیخ ته ور اچوي تر څو چې په نګروز اخته شي، او په پای کې پریک شي) البته دا په II درجه کې تر سره کېږي.
د Haemorrhoid لري کول د Haemorrhoidsarterialligatur په واسطه د MORINAGA د تګ لاري
په اساس د وینې د رګونو پیدا کول د Dopplersonographie (ځانګړې sonographie په protoscop کې ده
چې تر سره کېږي) په واسطه.

-B Operative -:

Indication: ضرورت: په Stag III-IV کې :-

MORGAN, د Submucos haemorrhoidectomie

MILLIGAN او PARKS د تگ لارې په اساس:

Praeparare یا آماده کول د دری اصلي غوتو، Excision, د هیموروئید غوتو، Ligtur دهغه دری (3) شریانو چې دغه سیمه اروا کوي، د Mucose د برخې گنډل دهغه تار په مرسته چې په خپل سر جذب کېږي یا رشف کېږي، او یا دا چې پرهار پرانستی (باز) پرینودل شي، او Tamponad په پرهاري سیمه کې کېښودل شي.

1. د ډیرو ناخوالو موندونو یا حالاتو په صورت کې بیا د anal plastic-Reconstruction ضروري ده.
2. د احتمال په صورت کې سر بیرته پر دې sphincterotomie => دي چې Anals phinctertonus لږ کوي یا راتیټوي.

3. postopera: په لومړي ورځ وروسته له عملیات څخه د Tamponad لري کول، بیا 2(دوه) وارې د ورځې (وروسته له هر غایطې عمل څخه) د ناستي Bath په هغه اوبو کې چې Camile ورسره یوځای شوی وي، د غایطه موادو حالت باید نرم وي (لکه دی senna + هندی Floshamen، Granulat Agiolax، په مرسته).

Complication:

a. Haemorrhagie چې کیدای شي، د لږ اندازې څخه تر ډیری زیاتې اندازې پورې موجود وي، په تیره بیا په Chronic-haemorrh., stag, I چې پایلې یې Anaemia ده.

b. د یوه prolaps شوي غوتې Incarceration (یا ناخوښه، بند شوي) => درملنه: Haemorrhoidectomie.

c. Infection او Necrosis.

d: OP Post operative-Analstenose، په لویه کچه د Anoderm resection کې د dhaesion (فیبروتیک سرینوالی) له کبله مینځ ته راشي.

DD

1. Anal-ca., colon-ca.: Maligne Disease.

=> پاملرنه: کېدای شي چې دې هیموروئید د وینې ورکولو تر شاه یو Tumor (تومور) پټ وي =>

2. Perianale Thrombose.

3. Ulcus recti, anal fissur, Marisken.

4. Anal papille-hypertrophie ("Anal polyps")، "د پشکي غابڼونه":

درملنه: لري کول یا پرې کول یې باید صورت ونیسي.

5. د کولمو التهابي ناروغي، دریکتم پولیپونه، دانال آبسسه، Analfissura او fistula.

6. Morbus BOWEN (کارسینوم په situ د Epidermis کې لکه د Arsenex position).

7. condylomata acuminata (HPV-infection)، یا خو (Lues) condylomata lata.

8. Anal prolaps، دایروي شکله، گنجي د Rectum prolaps.

[[Perianal Thrombose]]

(ورته نومونه: - perianalvenethrombose, Anal vene thrombose په غلطه توگه دې بهرنی (خارجي) هيمو روئيد په نامه هم ياد شوي).

:Aetheologie

- a. Forciertes pressact (جبري فشار) د Defecation ، Postpartal ، په وخت کې .
- b. د subcutanvenen د perianal چاوديدل يا Ruptur له کبله تر ډيره حده پورې تر مېوز مينځ ته راځي.

:Clinic

1. په نابيره توگه (دفعته) وروسته له Defecation څخه د perianal په سيمه کې د dolor پيدا کېدل.
2. د anal په بهرنی څنډو کې دې شين رنگي ، درد لرونکي غوتو Palpation.

:Diag.

Anamnese او ليدني (Inspection) موندني:-

بهر ته راوتلی يا په جووته توگه آبي - بنفش (blue-livid) رنگه ، غوتی د anal په څنډو کې ، چې تر ډېره کچه د يوه Perifocale oedema سره وي د digital-Rectal معاینه چې درد لرونکی وي معمولاً په لږه توگه شونې وي.

:Therapie

Conservative: که چير ته په Perianal Thrombose باندې وخت ډېر تير شوی وي < اضافه له يوې اونۍ يا هفتې) نو محافظه کارانه درملنه کېږي.

- a. د پارسوب لپاره ، analgetic Ointment (لکه Diclofenac, voltaren) او نمجن ټوکر.
- b. Stool regulation (سرچينه ، Lubriancien ، په پوره اندازه د مايعاتو ورکول mild Laxancien ® ، لکه Senna + هندی فلو هزامين Agiolax Granulat).

:Operative

Indica: کله چې Perianal Thrombose تازه وي يا په لنډ محال کې پېښ شوي وي. يوه stabincision د Local anaesthesie څخه وروسته (لکه، دسيمې سپول يا انجما د Ethylchlorid-spray په مرسته) په توگه پاکول يا لری کول د Haematoms د يوه تيری (تين) کاشوغي يعنی قاشق په مرسته .

Complica: کېدای شي ، چې دې analmarisken مينځ ته راشي.

[[MARISCAE]]

ورته نوم يې: د anal گنجي (چملکي ، قات ، قات بودن).

لاملونه:-

- a. معمولاً وروسته له Perianal Thrombose څخه مينځ ته راځي.
- b. په بنڅو کې وروسته له Pregnancy څخه ډېر مينځ ته راتلاي شي.

:Clinic

- a. دې Perianal په سيمه کې د 0.5-2cm په اوږدوالي د پوستکي Hypertrophie ډوله گونجې چې د کش کېدلو له کبله مينځ ته راځي، تر سترگو کېږي.
- b. Pruritusani

:Diag.

Anomnase او ډېره و صفي يا تپيک د ليدلو وړ موندنې :-
 چې دغه د پوستکي گونجې بيرته نه رغيدونکي (Non-reponere)، او د abdominal د فشار له کبله د احساس وړ نه وي.

درملنه:-

Operat. :- که چيري ناروغ شاگې وي بيا نو د هغه لري کول د سيمه ايزې انستيزي په مرسته بايد تر سره شي.
 Complica. د Anus پاک نه ساتل په دې معنی چې د Anus پاکولو کې ستونځې => تخريش د کچې لوړ والی => pruritus.

[[Anal Prolaps – او Rectum Prolaps]]

: aetheologie

- a. Anolprolaps :- د هيمو روئيد 3/4 درجې، Analsphincter-disorder.
- b. Rectumprolaps: سستي په Sphincter apparat کې، تر ټولو ډېر بيا په هغه بنځو کې چې عمر يې له پنځوسو کالو څخه لوړ وي، بنځې << نارينه = 1:6 په تيره بيا په Multipara (هغه ميندې چې له 3 څخه ډير ماشومان يې نړۍ ته راوړي وي). په شيدو خوړونکو ماشومانو کې :-
 د Angulation نشتوالی او يا دې ريکتيم تثبیت يا Fixation.

:Patha.

1. Anolprolaps:

د anal د پوستکي د هغې برخې د ټينگوالي کمښت يا کمزوري کوم چې په هغې عضلي باندې قرار لري، چې د ټولو دنده ترسره کوي، => چې دلته بيا د Anal د mucose د وتلو يا خوړنديدلو لامل گرځي.

-2 Rectum prolaps:

يو بدلون د ريکتيم په قطر کې موجود وي چې له دغې سيمي يا سرحد څخه دننه خوا

[(Rectum mobile) intra peritonealem colon]
 [pelvinum

سيمه تنگوالي ښيي او بهر خوا

[(Rectum fixum) Extraperitoneale-Rectuma,mpulle]

پراخوالي ښيي چې د يوې ناسمي يا مساعدي سيمي په توگه د يوه Invagination لپاره = Prolaps چې د ريکتيم د ټولو طبقو د باندې يا بهر ته وتل دي.

Anal-Prolaps



Rectum-Prolaps

ډولونه :

Analprolaps

Typ I غير حقيقي = كاذب ډول (Haemorrhoid, Mucosahypertrophie)

.incomplett = Typ II

Child- Congenital, Complett - Typ III او كسبي په بالغو كې)

Rectumprolaps :- (Procidentia recti)

: Clinic

Anorectal Incontinence = Fecal incontinence = Incontinentia alvi ، Pruritus ani : Analprolaps .a

، د Mucose غشا گنجي دې radial په ډول .

.b Rectumprolaps : Incontinence ، نمجننوب ، وينه او د مخاط وتل ، د Mucasy غشا دورانې ډوله

غير منظم والي .

-: Diag

1- Anamnese او كلينكي پلټنې : دې Squatting په وخت ، يا هغه ځانگړي ناستي دي چه په هغه حالت ناستي كې زور وهل مخ په بنكته خوا.

2- Rectal- digitale examination: د analprolaps كې نرمي او پستي سيمي، په Rectumprolaps كې بيا كلکې يا سختې د ريكتم به مخاطي غشا كې جس كېږي.

2- Procto/ Rectoscopy: د مخاطي غشا رنگ سوروالي نښي،

Ulceration (Biopsy) اخیستل ، تر څو چه له rectum-ca څخه وپېژاندل شي يا تشخيص تفريقي يې وشي).

3- Defaecographie .

:Therapie

Conservative :- په ټوليزه توگه : Cotregulation

Analprolaps : د Sclerotherapy لپاره هڅه بايد وشي (وريدي يا Vena-sclerotherapy)

Rectumprolaps: په حاده مرحله كې بايد manuelle Reposition صورت ونيسي.

:Operative

a. Analprolaps : د هيمورويد عمليات په ډول سرته رسېږي.

b. Rectumprolaps: د عمليات يا OP پرنسيپ <= Angulation بنه والي او د Sphincterapprat ټينگوالي

Prognos: بيا منځته راتگ = Recidive تر 4% پوري اټكل شوي

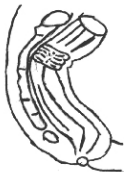
:Complica

1- Simple recti Ulcus <= به تيره بيا كله چي به مخكني څنډه كې ژور

Ulcus شتوالي ولري او د در ملني يا رغيدني كچه بنه نه وي DD: Rectum-

Ca <= نو پدې وخت كې بايد Rectoscopy او Biopsie ضروري.

2- Incontinence: بي له در ملني :



OP : 3 - د Obstipation مخ په زیاتېدونکې توگه ډیروالي
- << Incontinentiaalvi = Daefacation's incontinence

aethealogy = لاملونه:

1- میخانیکي = **Mechanic**: Rectumprolaps ، Analprolaps ،
Anal-/Rectum-Ca. Haemorrhoidal prolaps د جوړښتونو انومالي، د Angultation نشتوالي
(دې anorectal دې سرحد غبرگ کېدل) ، rectal fistula ، intraanal condylom ، Descensus-perinei د
زیاد عمر یا زړښت په وخت کې Incontinentia.

2- **Traumatic**:-

چې د Ischium د سیمې د impalement تروما (ترضیض، ضربه) او یا د Contusion له کبله مینځ ته راځي.

3 **Neurogen**:

لکه په Transverslesion ، Discprolaps ، همدارنگه Conus-Cauda- Syndrom (Dysraphysyndrom-)
(spinabifida).

د plexus- pudendus ژوبلیدل ، Apoplexia اوداسي نور.

4- **Sensoric**:-

د Anderm نشتوالي .

5- زخمونه = پرهاړونه = التهابات :-

لکه Proctitis ، Colitis Ulcerosa ، Morbus CROHN ،

Colonirritabile .

6. **Pregnancy**:

د Perineal laceration په هغه وخت کې چې ما شوم دنیا ته راځي (د زیږون په وخت کې).

7. **latrogen**:

جراحی عملیات په هغو سیمو کې چې Contenance وي یا په Contenance-Organ، صورت نیسي د
Radiation له امله د Laxativa له امله

اپیدیمولوژی:

a- خیرني نیسي چې 400/100,000 کسانو کې په ناروغي اخته کېږي.

b- نارینه < ښځینه ، او مناسب عمر چې له 65 کالو څخه لوړ وي.

ډولونه:

د anamnese او Clinic په اساس :

Grade1: Stressincontinence ، دې لاتدیني جامو ناولي کېدل

Grade11: د گاز او مایع غایطه موادو د تیننگوالو او کنترول له لاسه ورکوي

Grade111: د نیمه جامد غایطه موادو د وتلو د کنترول له لاسه ورکول.

Grade IV: Complete incontinence ، پدي معني چي د غايظه موادو د كنترول له لاسه وركول په هر ډول چه وي.

:Diagnosis

1. Anamnesis (Operation) ، ژوبليدونه يا تروما ، د غايظه موادو فريكونسي .
- او همدارنگه كلينكي پلټني : د Sphincter tonus پلټنه په اساسي يا digital ډول، همدارنگه سربيره پردي د مثاني د Incontinencia پوښتنه هم وشي.
- 2 - Procto-/Rectoscopy: اورگانيكسي ناروغي (scar، ندبه، Fistula، Prolaps، Tumor) ?
- 3 - Sphincter manometrie (anorectale Manometry) ، Electromyographie د M.sphincterani ext
- 4 - Endosonographie (د Analsphincter ديفكت ؟، Eternus-Internus defect).
- 5 Defaecographie او Video defaecography

-:Thearapie

-: Conservativ -a

په فعاله توگه د Pelvics floor Musclettraining (دې حوصلي Pelvic floor gymnaastic) او رزيم درملنه (له قهوه يا Caffee څخه ډه ډه كول او همدارنگه له هغه خوړو څخه چه گاز پيدا كيږي ونه خواړه شي) چه له نيمايي كال څخه زياد وخت په برنيسي.

سيميزه درملنه :- هغه Compress چه ځيښونكي خاصيت ولري، تخرش شوي حلدي سيمه د Zincoxid لرونكي Ointment (مرحم) په واسطه مالش شي Biofeedback-Training د 6-12 مياشتو لپاره او يا Sphincter electrostimulation په تيره بيا Sacrale Sphinalnervstimulation.

درمل يا دارو:-

Loperamid (د كولمو د خوځښت يا تخليه لږوالي Imodium) په بنځو كې چه د Postmenopause مرحله كي وي د امكان په صورت كې Hormonsubstitution صورت ونيسي.

Operativ

- a Rectum-/ Analprolaps

مناسبه يا د اصولو په اساس بنسټيزه يا اساسي درملنه

- b Muscular/ لاملونه :

1. د Sphincter عضلي بيا تقلص يا Reconstruction د گنډلو يا sutural له كبله، كله چه د Circumferencia سيمه له 1/3 څخه ډيره نه وي ژوبله شوي.
- 2 - Anterior Levator- and Externusplastic
- 3 Sphincterplastic
- 4 د يوه مصنوعي sphincter پيوند (Implantation).

- C Paliativ تدبيرونه :-

د يوه Praeternaturalis مقعد (Anus) اېنسودل (Colostoma) .

Complication يا ناخوالي:

الف: دې Perianal د پوستکي Maceration يا نرم والي

ب: سر بيره پر Descensus/ Prolaps Vaginae Uteri Urinary Incontinence

ج: OP: Analstenose ، Perineale infection .

<<Proctalgie د anorectal د درد سندروم>>-

aetheologie (لاملونه):-

-a Proctalgia Fugax: ناپېژاندلي شوي لاملونه .

-b Coccygodynia:

اوږد محاله کښناستل ، د Pelvic ژوبليدنه – هغه جراحي عملياتونه چه د Pelvic په سيمه کې تر سره کېږي

، Deliverie (ولادت ورکول) همدارنگه Neuralgie

ډولونه:

الف:- Proctalgia fugax :- ډير قوي ، حمله يا تيري کوونکي ډول ، Cramp لرونکي (Convulsivellie ډوله)

درد (dolonce) درلودل د Rectum په سيمه کې بي له اساسي يا بنسټيز اورگانیک څخه (د M.Levatorani

تقلص = Spasmus؟ تر سوال لاندي ده) ، معمولاً د شپي له خوا ، دا خوږ يا dolor کولاي شي چه څو ثانيي تر

ډيرو دقيقو پوري پاتي شي.

ب: Coccygodynia: د dolor شتوالي د Os, Coccygis په سيمه کې د Levator-muscles د شخي

(convulsive) له کبله مينځ ته راځي چه په بنڅو کې نارينه ته .

-:Diag

1. Anamnese او کلينکي پلټنې rectal-digitale- examination

2. Procto-/Rectoscopy=> د نور اورگانیکو ناروغيو د مخنيوي او يا هم پېژاندلو له کبله.

-:Therapie

-A Cnservativ :-

-a Proctalgia Fugax: درملنه د تودو او بو حمام په وسيله پدي معني چي په تودو او بو کې کښناستل او

Spasmolytica ، Diazepam ، Nitrate ، د anal د سيمي د اورگانیکي ناروغيو لري کول يا درملنه.

-b Coccygodynia: فزيوتيرالي يا فيزکال تيراپي ، کښناستل په طبيعي ډول ، rectal-digitale Massage،

(6x/day = شپږ واري په ورځ کې) د امکان په صورت کې د Os. Coccygis په شا و خوا سيمه کې د

Infiltration anaesthesie ور کول بڼه دي.

-B Operativ :-

په Coccygodynie پېښو کې د Ultimaratio يا په پای کې د Os Coccygius exstirpation? له پوښتنې

سره پایلي

تفريقي تشخيص:-

Analneurosis

<< Pruritus Ani = د ائال د سيمي خاربنت >>

--:aethelogie

الف : anorectale fistula ، Haemorrhoid

ب : Mycosis ، Eczema ، Dermatosis (د بيلگي په توگه Psoriasis) ، Rhagade (چاودنه - درزونه) ، Contactdermatitis Oxyuriasis

ج :- Diabetesmellitus ، Morbus-CROHN ، Chronic- Diarrhoe

Alcohol - نيكوتين Icterus ، درمل .

--:Clinic

دې خاربنت (Pruritus) شتون په Anal-/perianal-eczema/Dermatitis

--: Diag

1-Anamnese او كلينكي پلټني.

2-Procto-/ Rectoscopie: د دي لپاره چې د نورو اورگانيكو ناروغيو پلټنه او مخنوي وشي په تيره بيا د

anal carcinom پيښو كي.

--:Therapie

Conservativ :- د بنسټيزو ناروغيو درملنه يعني هغه ناروغي چې د دي ناروغي يا نورو ناروغيو لامل گرځي ،

د Fecal regulation ، ساړه بندازونه ، پري مينخل (شتن) بي له صابون څخه ، همدارنگه antiprurigation ،

انسټيزي كول او كورتيزون لرونكي مرجم (لکه: Sheriproct® + Cinchocain + Prednisolon).

--:Complication

a- دگرولو (خاريدن) له كبله: Excoriations <=== Ulceration (د ډير مهمه DD: Anal carcinoma).

b- Lichenificatio د پوستكي يعني په پوستكي كې سطحي خپریدل

--: DD

تل يوه Anal carcinom ته پاملرنه وشي!

<<<Anal Carcinoma>>>

ورته نومونه :- analcanal carcinom ، د ائال د څنډو کارسينوم.

--:aethelogie

Herpes-(HSV) او Humane Papilloma-Virosen (HPV) تر بحث لاندې راځي.

--:Pathologie

a- هستولوژيک . تر ډيره حده Squamous epithelial Carcinom

، Basaloid ceel Carcinom ، Verrucosis Carcinom (د پوستكي ناروغي).

Adeno carcinoma , Spinaliom (چه په لومړني ډول شتون ولري او يا خو له ديکتيم څخه پراختيا موندلې وي).

Lymphom, malignes Melanom
- میتاستازیک :-

ډیر مخکي یا تر ټولو لومړي Lymphogen ، Perirectal ، inguinal ، iliacal ، Praesacral ، mesenterial ، Haematogen او دې شاوخوا سیمو په Tissue کې .

اپیدیمو لوژی .

1. Analcanal Carcinom (3/4 د پېښو جوړوي) << د آنال د څنډې له کار سینوم څخه .
- 2- مساعد عمر یا سن : هغه کسان چې عمر یې له 50 کلني څخه لوړ وي .
- 3 نادراً یا لږ پېدا کېدونکي Tumor (چه یوازې 2% د ټول colorectal Tumors جوړوي) .
احصایه : تقریباً په کال کې 0,5 / 100,000 / year ښودل شوي .

ډولونه :-

الف: - Zona-anocutanea: Analcanal-Ca- همدارنگه Columnae-anales ، Lineadentata (په ټولیزه توګه تقریباً 4-5 cm اوږدوالي په بر کې نیسي) .
د anal د څنډې کار سینوم : د پوستکي بهرنې برخه ،
Squamous-epithel = Zona cutanea (هغه پوستکي چه وینسته لرونکي وي) .

ب: TNM د Analcanal Carcinom :

T2 ، 2cm > T1 دې 2-5 cm

T3 ، 5 cm < T4 ، خپرېدل یې په ګاونډیو اورګانو کې

N1 دې Perirectal لمفاوي غوټې اخته کېږي .

N2 دې Unilaterale LN of A. Iliaca int او یا inguinal .

N3 bilateral .

-:Staging

I T1N0M0 II T2N0M0 -T3 N0M0

III all N1-N3 IV all M1

Clinic :- سرینې لرونکي یا غوړینه او په تماس سره وینه ورکول

(Contact haemorrhagie) ، Dolencia ، Ulceration ،

2- Pruritus ، په آنال سیمه کې ، غلط احساس لکه د پردې شیانو د شتوالي احساس ، احتمالاً

Incontinence

3- د faecal عادي یا نورمال حالت کې بدلون .

4- د وزن له لاسه ورکول ، د inguinal سیمي لمفاوي غوټو لوییدل .

-:Diag.

- a - Anamnese او کلینکي پلټنې , rectal-digitale palpation ، د Inguinal د سیمي جس کول (-inguinale- Lymphnodes) .
- b Procto-/Rectoscopie له بیو پسي سره چې وخیږل شي (یعني امتحاني بیوپسي) په تیره بیا هغه excision کله چې موندنه له $1\text{cm} >$.
- c Endosonographie: په خاصه توګه د درملني د بریالیتوب د کنترول لپاره چې د Radio-chemotherapie په واسطه تر سره شوي وي.
- d Plain abdominal radiographie : Radiographie همدارنګه
- colon-CE=colon-contrast-enema (د دویم تومور د بندولو لپاره؟) ، abdomen-/plvic NMR or CT او همدارنګه Thorax-radiogr. د درملني مخکني یا لومړني درجه یا staging کې .

-:Therapie

- Conservativ** :- د analcanalca لپاره د وړانګو او کیمیاوي درملو یوځای تطبیق کول (Radio-chemotherapie) : د وړانګو اندازه:
- 45 Gy د وړوکي pelvis لپاره او د تومور د سیمي لپاره په پوره ډول تر 59 Gy پوري . Chemotherapie -5
- FU + Mitomycin-C چې له پنځو اونيو څخه (هفتو) زیادي وي او همدارنګه Curativ intention په T1 او T2 ، د تومور د پراخوالي په صورت کې بیا Palliative chemotherapie له FU + cisplatin - 5

-:Operativ

- Ind** : د انال د څنډو کارسینوم ، اډینوم کارسینوم او پډي حالت کې لکه دانال کانال کارسینوم د وړانګو او کیمیاوي درملو درملنه نده وړاندې شوي.
- Anal canal Ca : Abdominoperineal-Rectumamputation په یوه Praeteraturalis Anus ایښودل.
- د Anal د څنډو کارسینوم کې : دې تومور لري کول په روغه سیمه کې هم + وروسته له هغه د وړانګو تطبیق

پایلی:

60% هغه ناروغان چې یو Anal canal-ca لري محافظوي درملني ته هدایت یا لارښونه شوي ده چه له Radio-chemothera سره 5 کاله په منځني توګه د ژوند کولو حدس کېږي البته %80-30 په تیره بیا د دغه تومور په لېږدېدني (میتاستاز) پوري اړه لري.

:Complica.

- 1- ډیر مخکي لمفاوي میتاستاز ورکول.
- 2- په لوړه درجه د anal stenose ، په مکمل ډول incontinence او rectovoginal fistula.
- 3- OP: Incontinencia

:Prophylaxis

Postoperative: د تومور جدي مراقبت د پوښتنو (anamnese) او د بدن پلټنې (ليدني او کتنې).
Abdominal-sonographie او Rectoscopie په لومړني کال کې وروسته له هرو دري مياشتو ، په دويم کال کې په هر شپږو مياشتو کې ، وروسته له هغه په کال کې يو وارې.
Pelvic CT (يا MRT) هرو شپږو مياشتو په لومړيو دوو کالو کې.
Thorax-Radiography په لومړي ، دريم او پنځم کال کې .

-:DD

1- Haemorrhoid ، Anal Fissura ، Perianale Thrombose

2- Hidradenitis-suppurative ، Eczema ، Fistel ، Anal absces

3- Morbus BOWEN ، Basaliom

4- Condylomata ata ، Condylomata,acuminate: BignenTumor

[[ABDOMEN]]

Acut abdomen

Defin: تعريف:- په حاده توگه د ناروغي هر هغه شکایت يا نا آرامی چې په بطن يا abdomen کې پيدا کېږي، هغه ته اکوت اپدومن وايي، چې يوه بيړنی پيژاندنې (تشخيص) او درملنې ته ضرورت لري. هغه شکايتونه (symptom) په لاندې ډول دي:

Guarding , Dolonce (د ژغورنې په خاطر مقاومت) يعنې کله چې ابدومين په لاس سره جس شي دفتناً شخي پيدا کوي (د فاعلي سيتسم) =Nause = د خوابدوالي (دلبدي) او په ټوليزه توگه د وجود يا بدن د حالت محدوديت تر shock پورې.

:Aetheologie

:Intrapeaitoneale diseases

1. inflammation : چې له perforation سره او بې له هغه څخه وي لکه Appendicitis ، Diverticulitis ، Adnexitis, colitis ulcerosa ، همدارنگه ، Duodenalulcus, gasterulcus, gastritis ، pancreatitis ، Morbus CROHN.

2. Peritonitis <= perforation (د بطن د جوف التهاب).

3. د يوه خالي يا مجوف غړي (اورگان) بنديدل (Obstruction) چې دهغه لامل يا له بهر څخه وي او يا خو هم پخپله د اورگان له خوا <= stase, inflammation حتی تر Ileus بندبن يا د کولمو پورې ، همدارنگه دې ureter او يا ductus choledicus کولیک (Colic).

4. Ileus = د کولمو ده ترانزيت يا بهير ستونځې (چې په ميخانيکي ډول :- Brides, Tumor Volvulus, stenose,

5. invagination, valvulus, او يا خو په paralytic ډول).

6. Abdominal Trauma

7. Mesenterial infarct vascular-iseases

8. Intestinal ischaemia, Aorta aneurysma, په دیر کچه Haemorrhagic په abdominal جوف او یا په gastrointestinal tract کې
9. Extra uterin graviditaet,
10. torsonsovar, oavariacyst, Endometrosis= gynaecologic
- :Extra peritoneale diseases**
1. Thorax -:cardial infarct (په تیره بیا د شاه په برخه کې pneumonia (Posterior wall) (په تیره د basal یا لاندنی برخه کې) ، Basale pleuritis ، pneumothorax ، Poulmonalembolie ، Oesophagustumors ,oesophagitis ،
2. Retroperitoneum :Colic_renal ، Nephral infarct
3. Skelett :Fructurs (په تیره بیا vertebral fructur د عصبي رینو تخریشي سندروم (Columna-vertebralis
4. abdominal wall :Haematoma (لکه په اتني کواگولیشن درملنې کې = (anti coagulation-therapy
5. Haematalogic diseases = د وینې ناروغي: Porphyry ، Leucose ، Haemophilie او داسې نور.
6. systemic-diseases :Hyperlipidaemie-Diabetes-mellitus، MorbusADDISON، Parathyroidismus, uraemia
7. Collagenosis
8. Neurologic diseases :Tabes dorsalis (Lues) Neuralgic (Epilepsie, psychosen
9. Morbus BORNHOLM,Trichinosa (COXSACKIE-virus) ، Mononucleose-Meningitis-Leptospirosen-Malaria,Herpes-Zoster: infection
10. Lead: intoxications (کیمیایي عناصر) ، Arsen, Thalium ، Alcoholic hepatitis
- Non-Specific-Abdominal-Pain=NSAP : دې گېډې ستونځې یا شکایت بې له دې چې لامل یې روښانه وي، تر 30% د پېښو کې چې دا په واقعیت یا ریننتینې توگه د 48 ساعتونو په شاوخوا کې له مینځه ځي.
- Pathologie -: د گېډې د dolence ډولونه :-
1. Somatic dolor : peritoneum paritale afficiert :- لکه پدې ډول چې : قوي ، تېره یا تیز د چاقو یا چرې وهلو په ډول سوځیدونکې درد ، په ټاکلي ځای کې یې شتون (دقیق localisation) په تدریجي ډول یې زیاتیدل ، ځینې وخت یې پیل د بدن له بلې سیمې څخه وي.
2. Visceral dolor :- چې له پرانشیمتوزو غړو څخه پیل کېږي، پټ (مبهم) شدت یا قوت یې لږوي، په لږه توگه سیمه ایزه کېږي.

او که چبرې له خالي يا جوف لرونکي اورگان خخه دا Dolencia پيل شي، نو بيا يې dolor دغه خانگړتيا (خصوصيات) لري:-

شدید، خپې لرونکې (موج مانند) ډول = منظم ډول (rhythmic)، شخ کېدل = hypertonic=cramp ډول او په بندښ = Obstruction کې بيا = colic ډوله درد وي.

3. د Dolence (درد) پيدا کېدل يا جوړښت (HEAD-Zone): د کولمې (intestinum afferens) او cutan afferens په spinal cord کې سره يوځای کېږي، او د دماغ لپاره يو visceral dolence په ياد شوي cutan سيمه کې مينځ ته راځي، (درد مينځ ته راتللی شي) د بېلگې په توگه د sub phrenic process = shoulder (ته خوځېږي) appendix = نامـــــــــــــــ (Umblicus)، Inguinal = Ureter lithiasis او Genitale برخه کې.

- Viscero-Viscerale Reflex (دې پريټوان ډير شديد تخريش يا عکس العمل) چې په Reflectic ډول peristaltic حرکاتو د دريدلو سبب کېږي. =>
- Ileus Intestinal para lyse (auscultatoric) يا په اوريدلو کې يوه مړه سيمه په abdomen کې).
- سيمه = local دې پورې اړه لري چې کومه سيمه يا غړي (اورگان) په ناروغي اخته ده.

اپيديمو لوژی:

a. عمر او جنس ته پاملرنه: - په ماشومانو کې تر ډيره حده Appendicitis په لوی عمر کې هم اپنډسيتيز ممکن وي، خو تر ډيره بې له دې چې تبه ولري او symptom يې هم ډير لږ تر سترگو يا احساس کېږي، برعکس په لوی عمر کې بيا Deverticulitis ډير ليدل کېږي، او همدارنگه د تومور شتوالی امکان لري. په ځوانو ښځو کې يا يو Graviditaet او يا خو هم gynaecologic ناروغي (لکه Adnexitis, gvarial cysta) لپاره فکر يا سوچ وشي.

b. ډير والی يا کثرت:

Appendicitis (55% څومره چې ناروغ ځوان وي، هموغومره يې احتمالات ډير وي)، cholecystitis (15%)، Ileus (10%)، دي gaster-/Doudenalulcus سوري کېدل = Mesenterial Perforation (7%)، Acut pancreatitis (5%)، infarct، او intestinal affection (4%)، سر بيره پر دې Gynaecologic ناروغي (4%).

:Clinic

- 1- Acut-abdominal-dolor: په منتشر ډول د څو ساعتو په ترڅ کې مينځ ته راځي، د abdomin دفاعي مقاومت ښودل شوي.
- 2- د خوا بد والی (دلېدي) او استفراغات.
- 3- Meteorismus.
- 4- په ټوليزه توگه ستونځې او بدلونونه: لکه تبه (fever)، Exsiccosis، ډاريدل، سطحې ساه اخيستل (superficial respiration)، سرې خولې، Tachycardی تر shock پورې.

- 5- هغه ناروغان چې پريټونيت لري له خوځښت يا گرځيدو څخه ډډه کوي، ځکه چې د پريټون د تخريش له کبله درد پيدا کېږي، => Relieve-posture پېښې په ټول شوي ډول د بطن د جدار څرخ والی
- 6- دې foetor ex ore => تر ټولو ډېر endocrine ميتابوليکي metabolic ناروغي.

Diagnose:

هدف د تصميم نيول يا پريکړه کړل دي، چې ايا بېرني عمليات ضروري ده او که نه؟

- 1- Anamnesis: پخوانی يا تير شوي، جراحي عمليات ؟ => briden ، د زړه پيژندلی شوي ناروغی ؟ => mesenterial infarct ته سوچ يا پام کول، Alcoholismus, Pancreatitis:Cholelithiasis پيژاندلی شوي وي، يا ممکن شتوالی ولري؟ Amenorrhoe ؟ => Extrauterin graviditae سيستماتيکي ناروغي ؟ (لکه Leucosis, Neoplasie, Diabetes, Haematologic ، سفرونه ؟ => gastrointestinal infection د خوی يا کرکتر ؟ (څرنگه چې پاس بيان شوه) ، درمل: medicamentum لاین ؟
آخريني واري دې Cot (غايظه مواد) او Urin (ادرار) ناستي ؟

2- کلينيکي پلټنې:

- a. ليدنه = Inspection: دې scar (نډبه) شتوالی (= پخوانی Laparotomy) !! برجستگي يا بهر ته ځوړند کېدل يا راوتل لکه flank په Retroperitoneal process, pancreatitis (=GREY TURNER -sign).
د نامه (Umbilicus) د شاوخوا شين رنگه (آبي رنگ) کېدل چې (CULLEN-Phaenomen) د بېلگې په توگه په abdominal haemorrhagie ، Extrauterin graviditae ، ځيني وخت هم په pancreatitis کې ليدل کېږي، تناکي لکه په herpes zoster کې.

- Hernia (په تيره بيا دې Inguinal, Umbilical سيمه کې) Facies abdominalis ، تناکي ، ICTersu ؟
b. Palpation: د مقاومت کول يا بنودل چې تر ډېره حده د پريټون د inflammation يا التهاب له کبله مينځ ته راځي.

په ابدومن باندې دگوتو په څوکو د ټکوهلو له کبله د درد مينځ ته راتگ همدارنگه کله چې د ابدومن په جدار فشار وارد شي، يا ټيل وهل شي او بيا بيرته پريښودل شي ، دې درد شتون چې د خوشيکولو درد هم ورته وايي.

? Resistance (لکه ، pulsation (ټيگې وهل) = نبضان => abdominal aorta aneurysma).

- c. Percussion: لوړ غږ tympanic (چې د هوا شتوالی بڼي)، ټيټ او آرامه غږ = deaden (= دې مايع شتوالی څرگند وي، لکه Ascites).

- d. Auscultation: اوسپنيز يا آهني غږ ، لوړ يا روښانه جگ غږ او د کولمو چاوديدونکي غږ => په تيره بيا په ميخانيکي Ileus يا بندښ کې (چې د بندښ يا مانعي په مقابل کې د دغه سيمې د hyperperistoltic حرکاتو مينځ ته راتگ دي).

"Death silence" = مړه سيمه: پدې سيمه کې intestinal paralysis په peritonitis او paralytic Ileus کې ليدل کېږي.

? Vascular murmur => چېسې په Nephralarteria stenosis، Aorta aneurysma کې دغه غږونه تر غوږ کېږي.

e. Rectal digital Examination دې Douglas-dolencia، او دې دوگلاس پارسوب يا برجسته کېدل، په pus=pyo او مایع لرونکي موادو په تولیدلو دلالت کوي او همدارنگه د وینې او تومور شتوالی تر پوښتنې لاندې راځي؟

RRF = د فشار لیدنه یعنې د وینې فشار، temperatur, puls، یا حرارت: د rectal او Axillar د درجې اندازه کول (په نورماله توګه تفاوت یې 0.50C، زیاتوالی د بېلګې په توګه په اپنډیسیتیز Appendicitis) کې.

3. لابراتواري پلټنې:

a. په ټولیزه توګه: blood-sugar, Leucocyst, Haemogramm=blood-count،

bloodgas, Electrolyts, Coagulation.

b. bilirobin او Ap, GGT, GPT, GOT: Lever = Hepato.

c. Pancreas: Amylase, Lipase (Pancreas-amylase).

d. Nephral: Urin status, Uric acid, Urea, Creatinin.

e. که چیرې mayocard-infarct تر پوښتنې یا اشتباه لاندې وي، نو بیا: CK, CK-MB, LDH او TroponinT وپلټل شي.

f. Pregnancy test: Extra utrin graviditie.

4. abdominal sonographie: چې په دې پلټنې کې د غه لاندې شیان لټول کېږي = لکه appendicitis، دې مایع شتون په خپلواکه توګه (آزاده مایع)، Viscabiliaris، بډوډي (NephroPancreas)، د کولمو د حلقو خط السیر (دوه (2) حلقې یادوړې) = Invagination.

5. Radiographie:

a. Plain-abdomen = د آبدومن رادیوګرافي په خالي توګه یا په ولاړې او یا هم ناروغ په کینې خوا یا اړخ قرار ولري، اخستل کېږي:

په بندښ = Ileus کې دې مایع خیال = mirror imaging. که چیرې منگ = calc-infiltration وليدل شي، نو دلالت په تیږه = stone کېږي.

دې خپلواکه (آزاده) هوا شتوالی د دیافرګما لاندې برخه کې، په ductus choleducus کې => دې سوړې کېدلو = (perforation) دیوه جوف لرونکي غړي یا اورګان باندې دلالت کوي، یا په انګریزي کې Perforation of the holloworgan.

b. Thorax radiographie: چې دلته دې پنوموني، د زړه د چوکات یا Atelectasis/pleuritis، cord outlin خپرنه کېږي.

سر بیره پر دې (علاوه پر دې) د امکان په وخت کې CT abdomen، I.V. Urographie، gastro-intestinal Enema ددهغو —و contrast media په مرسته چې په اوبو کې دحل کېدلو وړ وي لکه gastrografin. په Invagination کې Colon-Contrast-Enema=Colon-CE (چې له یوې خوا تشخیصي

بڼه لري، او له بلې خوا د درملنې په توگه پکار ول کېږي،، prae operative angiographie = کله چې دې mesenterial infarct اشتباه شتون ولري).

6. ECG: د infarct نښې: ST لوړېږي، او د R څوکه له مينځه ځي).

7. Endoscopie = oesophagogastrroduodenoscopy /-Gaster. او gastritis ، Duodenalulcus ، همدارنگه Papilla-inspection, Reflux Oesophagitis ، (Haemorrhagie peritonitis?) diagnostic ، Peritoneal lavage

8. diagnostic lapara scopie: په تيره بيا په ناپيژاندل شوي، موندونو کې <= explorative .laparatomy

DD: Vomitus, Nausea, abdominal dolor ، هغه اساسي symptom په acut abdomen کې جوړ وي، چې دهغو له مخې بايد ډيري جدي پاملرنې وشي، همدارنگه کېدای شي، چې ډيري نورې ستونځې او لاملونه هم ولري.

Nausea او Vomitus = Emesis شتوالی په دغه لاندې ناروغيو کې دپام وړ ده:

Central

Commatio: (دماغي يامغزي فشار) لکه Encephalitis، د کوپړی تراوما = انگريزي head-trauma ، (Tumors ، haemorrhagie).

Migran: سرگنگسي، سترگوته د شيانو سم نه معلوميدل (dizz iness) ، morbus Meniere ،

Psychomatic

Bulumie , Anorexia, Conversions eurosa

: Multifactor

Extar uteringraviditaet, pregnancy = Graviditaet

:Hepatogen /Biliarie

Coma hepaticum, Hepato cirrhosis, Hepatitis د ductus- choledicus = صفراوي لاري dyskinesia چې په انگريزي biliary-dyskinesia ورته وايي ،choledocholithiais،cholelithiasis ،cholecystitis ،Papilla stenose،Papillalithiasis ،cholangitis ،postcholecystectomie- syndrome ،ductus choledicus Neoplasie

Inoculatio noxa = د خراب شويو ، شيانو ننوتل په بدن کې: لکه Mycoseintoxication ، Entero toxina ،hormonal-contraceptive، ، Laxancia ،Fungi intoxication Medicamenta، Alcoholic، لکه Cytostatica Vasopressin, Morphine, Diuritica او داسې نور،

Lupus erythematodes panarteritis nodosa

Tubercluisis : primary bacterial

:Pseudoperitonitis

Haemolytic crisis,

hypercalcaemia, Porphyrie ، hyperlipidemie ، Uremia, (Ketoacidosis) Diabetic coma

:Therapie

Conservative: د درد لپاره په acut توگه مخکې له دې څخه چې روغتون ته ورسېږي: 1Amp. sphincterspasm د Buscopan) Butylscopolamin I.V، هېڅکله باید Morphine ور نه کړل شي، ځکه چې د خطر زیاتوي او همدارنگه د ناروغي symptom پټوي یعنې ناروغي د پردې لاندې پټه پاتې کېږي. که چیرې ناروغ Emesis ولري: نوبیا 2ml I.V Metoclopramid (paspertin) ورکړ شي که چیرې ناروغ بې خوده یا په ځان نه پوهیږي:-

نوبیا ناروغ په یوه اړخ (څنگ) وضعیت ورکړل کېږي، د امکان په صورت کې Gaster- intubation او Sond تطبیق شي ددې لپاره چې له Aspiratioin څخه مخنیوی وشي. په شک حالت کې: Volum substitution (Volums Expander, Ringer lactate) ډیر اړین دي.

:Operative

Mesenterial visceral، duodenal-perforation او Gaster- Ileus, Acut appendicitis: Indication stenosis (ځانگړې درملنه یې په خپله برخه کې وگوري).
Prognose: هر acut abdomen یوه بیړنۍ پېښه گڼل کېږي، او مجبوراً باید وپېژاندل شي! 90% دې پېښو کې باید acut abdomen د جراحي عملیات د درملنې په موخه وشي.

[[Abdominal Trauma]] د بطن ترضیفات

Aetheologie = لاملونه:-

- a. Abdominal-stump-trauma: د بېلگې په توگه د موتر د ټکر له کبله ضربه، د موتر دې شترنگ له کبله ضربه، له یوه جگ ځای څخه لویدل یا په بل یو شي لگیدل، Explosion، د دوه شیانو ترمنځ تر فشار لاندې راتگ (فشردن)، د مینځ ته راتللو له کبله تراوما.
- b. Abdominal-trauma: د ډوله perforation لکه د چرې له کبله ټپ یا پرهاړ، د اسلحې د استعمال له کبله او داسې نور او یا خو هم Implant trauma.
- c. Iatrogen: لکه Laparotomie, Laparoscopie, Punctions.

:Pathologie

- 1- abdominal-organ یا دابدومن دیوه اورگان که هغه یو درز یا سوری (perforation) او یا هم خیریکیدل (پاره شدن) وي: لکه، Nephro, Mesenterium, Hepato, Spleen, Duodenum, Gaster، diaphragma (تر ډېره کچه د پریتوان د جدار د شاه برخه= Retroperitoneal wall)، وړې کولمې، غټې یا لوی کولمې، مثانه، پانکراس او cholecyst.
- 2- Vascular-trauma او یا د Mesenterium دننه یا بهر خواته درز پیدا کېدل => چې د Intra-abdominal haemorrhagie ته راوړي.
- 3- Intestinal perforation کې په هغه وخت کې چې cholecyst ruptur، Ducts، choleducus rupture شتوالی وي => چې د peritonitis لامل گرځي.

Clinic

- a. Symptom يې توپير لري ، له لږ څخه تر ډير قوي يا شديد درد پورې.
- b. د Contusion نښې ، Haematom ، پارسوب ، د نښې يا نيش وهلو سيمه يا نښه.
- c. د acut abdomiens لوحه يا مرحله او د شاك نښې.

Diag.

- 1- Anamnese (د ژوبلېدنې څرنگوالی چې څرنگه چيرې، څه وخت او داسې نورو پوښتنې، دې ژوبلېدو مقدار، اندازه درجه) او کلينيکي پلټنې: دې abdomen inspection يا د ابدومن ليدنه:-
د ضربي يا ژوبلې سيمې نښې، د perforation له کبله د ابدومين پرهاړ، Haematom، د Flank يا تشو پارسوب = د بدوډو دسيمې پارسوب، guarding = دساتنې عکس العمل ښودل او د کولمو غړونه.
که چيرته په هغه لومړنۍ پلټنې کې کوم پتالوژيک شي ونه ليدل شوه بيا يو لنډ محاله کنترول+ Sonographie: بايد سرته ورسيرې.
- 2- Sonographie-abdomen: که چيرې خپلواکه مايع وليدلې شي، نودلالت په وينه (Haemorrhage) کوي، همدارنگه د orange-trauma له کبله Ruptur (چاوديدنه د Hepato, spleen او Pancreas).
په دې معنی هغه وخت چې په ابدومن کې مايع وليدله شي نو بايد پدې سوچ يا فکر وشي، چې د تراوما له کبله کوم اورگان چاوديدلی او هيموراژي مينځ ته راغلی ده، لکه د بېلگې په توگه پاسني ياد شوي اورگانونه.
- 3- Radiographie: دې abdomen ليدل يا عکس اخستل په ولاړې او په کينه خوا قرار ورکولو سره ښه څرگندېږي (لکه پردې اجسام، د اورگان ژوبله او دخپلواکه مايع شتون په abdomen کې) او همدارنگه د اورگان بې خايه کېدل يا غير اناتوميک سيمه کې قرار درلودل.
Thorax (ورسره ضميمه شوي ژوبليدنه لکه diaphragma ruptur, Pneumothorax ،
Bronchus-Trauma, Oesophagus Trauma)، نن ورځ په Polytraumatic ناروغانو کې ډېر ښه او په عين وخت کې Spiral-CT ابدومن، تورکس او کوپري تر سره کېږي برسیره پر دې د لاسونو او پښو راديوگرافي نظر دناروغ حالت ته ترسره شي.
- 4- لابراتوار: پيرني لابراتوار د جراحي عمليات لپاره (Haemogram، Blood count، Coagulation ،
Electolys، د Nephro-Hepato-Value او pancreas د محتوياتو اندازه، همدارنگه دې وښې
گروپ او cross blood)، د وينې ذخيره blood- conserve تياره شي، (Urinstatas Blood)؟.
- 5- Peritoneal lavage: هيڅکله په Ileus او adhaesion کې پريتونيال لواژ ونشي ځکه چې خطر دی
perforation شتون لري!
- 6- که چيرې perforation په ابدومن کې تر پوښتنې لاندې وي، او يا تشخيص دقيق نه وي نو بايد تل يو
پيژاندونکی يا تشخيصي Laporatomie ترسره شي.

Therapie

Acut. A: دې Vitalfunction برقرار کول يا اعاده کول، په sterile (ستريل) ډول دناروغ پټول احتمالاً د کولمو دحلغو prolaps يا بهر ته راوتل، هيڅکله مخکې له روغتون څخه پردې اجسام لري نه شي! ، روغتون ته د ناروغ لېږده ونه.

B. Indication: Operativ هر سوری شوی ابدومن باید د جراحي عملیات له لاري پرانستل شي!
پت یاترلی ابدو مینال تراوما په intra-abdominal haemorrhagie ، Organ trauma کي.

1. Perforation abdominal-trauma: د پرهار لیدنه Laparatomie (د لومړنی پرهار په سیمه کي باید سرته ونه رسیږي) د ابدومن د ارگانو لیدنه او د سوري شوي سیمې د ننوتلو ماهیت یا سیمه Tetanus (prohylaxis).

2. د کولمو سوري شوي ځایونه باید وگنډل شي، سیمه ایزه وینه درونه ، پریمینخل (Lavage) له Taurolidin losion سره = هغه انتي بیوتیک چې bactericid اثر لري (لکه Drianage Taurolin 0.5%).

3. Intestinal - Tear: د کولمو په ناروغي اخته سیمه باید لري یا resection شي.

4. Hepato, Spleen او Pancreas ژوبلیدنه یا تروما => باید په خپله برخه کي وکتله شي.

Prognose یا پایلي: -

د پینې پایلي په دې پوري اړه لري، چې د اورگان د ژوبلي کچه خومره او د شاک حالت په کومه کچه کي قرار لري.

Complication:

1. Mass-haemorrhagie/intra abdominal-haemorrhagie کتلوي وینه ورکول => Shock ، حیاتي یا دژوندانه خطر.

2. intestinal prolaps: هغه وخت چې د پیریتوان جوف پرانستل شوی وي.

3. Ileus (همدارنگه وروسته له څو ورځو ، لکه یو پت پاتي شوی mesenterial- haematom او د کولمو د نکرز پایلي).

4. Sepsis focus => posttraumatic pancreatitis , posttraumatic cholecystitis .

5. abdominale compartment syndrom د abdomen نتي فشار د لوړ والي له کبله ($25\text{cm H}_2\text{O}$) => Intestinal minor perfusion ، د V. cava inf. تر فشار لاندې راتگ

(compression) چې له کبله یې د زړه زماني حجم لږ کېږي، OligoUria تر Anuria ، pulmonary atelectasis ، د ساه ویستلو Respiration=د فشار لوړوالی! درملنه: د فشار لري کوونکی laporastoma او د یوې لوی جالې گنډل او په پای کې (له 2 هفتو تر 6 میاشتو) د abdomen تړل.

6. له Polytrauma سره د نورو غړو یوځای ژوبلېدنه:

لکه: diaphragma- ruptur/contusion, vertebra-cervical-, Pneumothorax, multiple costa-fractur, cerebral hemorrhagy, Retro peritoneal .haematom, pelvic fractur, vertebra-fracture, fractur, cranium fractur.

DD:

a. ورسره د نورو غړو یا اورگانو ژوبلېدنه (Polytrauma) + dolor د پراخوالي یا دخپریدلو جهت.

- b. د ابدومن د جدار خپل کیدل یا ژوبلېدل، د ابدومن د جدار هیماتوم (hematom).
- c. Thorax trauma, veterbral fractur (دې قاعدوي پوښتیو ماتیدنه)، pelvic-fractur.
- d. Retro peritoneal haematom.
- e. Diaphragma contusion / - ruptur
- f. Urogenital organ Trauma

[[Gastro – Intestinal-Haemorrhagie=GIH]]

((د معدې او کولمو وینه ورکول))

پتالوژي:-

سیمه = loca: د Gastro-intestinal د پورتنی برخې وینه ورکولو کې ټولې هغه هیموراژي شمیرل کېږي، چې له Oesophagus څخه تر Duodenum پورې وي چې دا 90% د ټولو GIH تشکیل کوي. د GIH په لاندینی برخه کې د Treitz-band (1819-1872) د پراگ یو پتالوگ وه plica duodenojejunalis چې موقعیت یا سیمه یې د Jejunum له پیل څخه تر Anus پورې رسېږي، چې 10% د GIH جوړوي. ډېر والی = کثرت:-

1. دې GIH په پورتنی برخه کې 90% <= چې

Ulcerations 50%
Erosions 5% Varix 20%
Oesophogitis 5%
MALLORY - WEISS -syndrom 5%
Carcinum 5%

2. Intestinal haemorrhagie یو فیصده (1%) جوړوي.

3. د لاندینی GIH 9% جوړوي <= چې له دې څخه 8% فیصده Haemorrhoid haemorrhagie جوړوي، پاتې برخه یې تر ډېره حده Diverticle haemorrhagie او هغه وینه ورکول چې د Angiodysplasie له کبله مینځ ته راځي، تشکیلوي.

پاملرنه:- په 30% فیصده پېښو کې د وینې ورکړه، ډیره وي! له دې ناروغانو څخه نیمه برخه یې د Haemorrhoid (بواسیر) لرونکي وي، چې له هر دویمې پیژاندنې یا دویم تشخیص څخه بلل کېږي، پدې معنی چې هغه ناروغان چې وینه ورکول ولري، نیمایي د دوی څخه د هیموروئید لرونکي دي.

د عمر او کلتو په حساب بیلول:-

تر ډېره حده بیا د GIH لاندینی برخې ته پاملرنه وشي.

ماشومان:- MECKEL-Diverticle, Ileus, Invagination.

رسیدلي ځوانان = بالغ: Haemorrhoid

sepsis, Haepatocirrhosa،

Latrogen: Anticoagulation, cytostatica, NSA، د لاندینی برخه وینه ورکول او

دې وړو یا نړیو کولمو وینه ورکول:-

MECKEL- ،Adenoms Polyposis,Diverticlosis, Haemangiomi, Angiodysplasie, Haemorrhoid ، aorta- intestinal-fistel ، mesenterial د Diverticle, Invagination, Hernia, Ileus ، colon-sigma, Rectum, Anal-tumors Colitis ulcerosa/morbus CROHN, Ischaemic, Colitis Rectim prolaps, Ulcus , recti, proctitis Analfissura, syndrom، carcinoid . Intestinal-endometrosis .
Infectoses : لکه :

. amobiasis =Amebiasis, Tuberclose, cholera, salmonella, Entritris .
 Isatrogen: لکه وروسته له عملیات څخه د سیمپي وینه ورکول .

کلینیک:-

a. د GI د پورتنی برخې هیموراژي:
 روښانه سور رنگه وینه = Haematomesis (وینه لرونکی استفراغ) ، Haemoptoe = وینه لرونکی خراشکه یا بلغم.
 قهوه لرونکی استفراغ = قهوي رنگه استفراغ = وینه له Haematin جوړیدو سره (د وینې تماس له معدې له تیزابو سره مینځ ته راځي).
 b. دې GI د لاتدنی برخې هیموراژي:-

روښانه سورنګه وینه = Haematochezia.

Tarry Stool= Melaena : دې هیماتین د جوړیدلو له کبله تورنګه Cot = غایطه مواد (تر ډیره حده د GI په پورتنی او همدارنګه په لاتدنی برخه کې مینځ ته راځي).
 Occult blood = هغه وینه چې د لیدلو وړ نه وي یعنې macroscopic نه وي بلکه Microscopic وي ، چې تر ډیره حده chronic hypo cromic – anaemia وي ، لامل یې معمولاً Neoplasia وي.
 c. Shock: شاک د ډیری وینې بهیدلو له کبله مینځ ته راځي.

:Diag.

1. Anamnese (الکول ، Hepatocirrhose ، د پانکراس ناروغي دی، Ulcus ناروغي ، Gastritis ، شدید استفراغات ، د وزن کم کیدل (کمزوري کېدل) ، Dysphagie ، Anti coagulante ؟
 او همدارنګه کلینیکي پلټنې: لکه Inspection (لیدنه کتنه) palpation او Auscultation (اوریدل) د ټول abdomen .
 Digital-rectal-examination (Tarry stool او یا د وینې شتوالی؟).

2. - دې GI د پورتنی برخې وینه ورکول:-

د اندسکوپي په مرسته باید وکتل شي او روښانه شي!
 OGD، Qesophago-gastro-duodenoscopy = د امکان په صورت کې د وینې درول دې درملنې په خاطر.

3. GI د لاندینی برخی وینی کېدل:-

Proctoscopie او Recto/coloscopie ، همدارنگه د شدیدو وینه ورکولو په صورت کې یا په بل عبارت که چیرې وینه ورکول له حده ډیره وي نو بیا OGD صورت نیسي،-Ultima Ratio explorative laparotomie :-

4. لابراتوار: coagulation status, blood count د یونی (جگر) انزایمونه او cross blood اخیستل د وینې بانگ لپاره که چیرې د وینې بهیدل ډېر وي!

5. رادیوگرافي: که چیرې تشخیص روښانه نه وي نو په دې وخت کې باید Angiographie وشي (هغه وخت چې له 1-2ml/min وینه ډېره ضایع شي نو بیا دې په Angio کې ښه دلیدل وړ وي).
په Haemobilie (دې Haemorrhagie) =< ERCP

ډولونه:-

دی Gastrointestinal د پورتنی برخی haemorrhagie ډولونه دې اندوسکوپیک څیړنې په اساس:-

Typ I : دې Acut abdomen نښې لکه:-

Ia: د فواره په شان یا د شیندلو په شان شریاني وینه بهیدنه.

Ib : فعال ډوله خښوونکي وینه بهیدنه.

Typ II : دلنډ محاله تیرې شوي وینې تویدنې نښې یعنې لږ څه مخکې چې وینه تویدنه پېښه شوې وي.
II a

II b : سرین لرونکې یا سرینناک د وینې علقه (Coagle).

II C : یو Ulcus چې تیاره رنگ لري، او په هیماټین پوښلی وي.

Typ III : هغه دلیدل وړ Laesion=Laesus=ژوبلیدنه چې د پورتنی نښې پکې نه لیدل کېږي = بې له وینې بهیدنې اما د وینې بهیدنې تاریخچه =Anamnese لکه (Haematomesis او Tarry stool) شتون ولري.
تیراڼې = درملنه:-

1. 70-80 % د وینې بهیدنه په خپل سر (خود بخود) درېږي.

2. acut:conservative: په سخته وینه تویدنه یا ضایع کېدلو کې (د GI-tract پورتنی برخی) =<
Venous enterance= ورید پرانستل شي، د وینې تیارول (د وینې بانگ) د ضرورت په وخت کې یا د امکان په صورت کې Intubation.

Terlipressin : Medicamentum (Glycylpression, Glycyl+ Vasopressin) او وریدي انتی بیوتیک Antibiotica I.V. =

Nasogastric tube او Gasteral lavage (له سرو او بو سره) او (OGD) Endoscopy =< اندوسکوپیک لیگاتور او د Clip-Application-Ulcus او Varice-haemorrhagie او احتمالاً د (1:20000) Perivasaladrenalin او یا Intravasal cyanacrylat- sclerosis، (Histoacryl) او یا submucose fibrin gluing (د مخاطي غشا لاندې فیبریني سرینس) ، Argon plasma laser او یا Electro coagulation تر سره کېږي.

3- له حده زياته د Varice وينه بهيدنه :-

Compression له Sound (تیبوب) سره دی 12 تر 48 ساعتو پورې چې په نني طبابت کې ډېر لږ دي استفادې يا پکارونې وړ ده.

- a SENG STAKEN-BLAKEMORE sound:Oesophagus-Varice له دبلو (ده) بالونو سره .
- b Gastral fundus varice .

compression د LINTON-NACHLAS په مرسته ، په هغه وخت کې چې د وينې تويدنې واټن لږ يا نه وي يعنې په هغه مدت زمان کې چې وينه نه وي =< يا Bleeding free interval => کې Ligature ، sclerosis او يا Elective shunt - OP .

:Operative

Indication : بيړنۍ : په شديد شاک کې (کله چې 2li وينه ضايع کول يا له لاسه ورکول په 4 (خلورو) ساعتونو کې شوي وي) ، فواره وي ډوله وينه بهيدنه ، د اندوسکوپ په مرسته نه دريدونکې وينه بهيدنې کې په لومړي وخت يا ډېر ژر جراحي عمليات :-

هغه وخت چې د وينې بهيدل له 3li په 24 ساعتو کې وي (4-6 convserve) پکار دي .
جراحي عمليات په دې ډول مخ ته ځي چې سيمه ايزه گنډل ، همدارنگه دې ديفکت د پاسه سيمه وگنډله شي .

:Prognose

80-90% وينه بهيدنه کېدای شي ، يا کولای شي ، چې Conservative درملنې په اساس تر کنترول لاندې راشي ، چې له دې جملې څخه 3/4 برخه په خپل سر دريږي ، Letalitaet : دا د وينې بهيدنې زياتوالی يا شدت پورې اړه لري .

:Complica.

1. هغه وخت چې د وينې له لاسه ورکول (ضايع کول) <1000mli وي ، بيا شاک پرمختگ له RR (د وينې د فشار تیتوالی) او تاكي کار دي سره (shock index > 1) .
2. Coagulatpthy, Nephral insufficienc <= shock
3. Aspiration pneumonia
4. Recidive haemorrhagie

:DD

، spleen - / hepato rupture : intra peritoneale haemorrhagie
، Tubar abort, Tubar rupture ,Mesenterialhaemorrhagie ,Aorta aneurysma rupture,
، gynaecologic-cysts,--Endometriose ,Tubargraviditaet

[[PERITONITIS]]

ورته نومونه :- د گيډی دجوف مکروبي کيدل ، دې گيډی د پردی التهاب اناتومي : Perietale peritnoneum
(جداري پريتوان)

Vis cereale peritoneum هغه برخه چې د کولمو او نورو غړو په سر پروت وي .

مساحت = ټول مساحت : 1,5-2.25 m²

له venose, arteria او Lymphatic=capillar څه يو مخصوص جوړ شوي جال ده (په تيره بيا په Centrum
<= tendineum > خپريدونکي پريتوانيال انکفت په پلورا جوف کې ممکنه ده).
فزيولوژي: يو لوی سيمه (Resorption او د ريزورپشن قدرت او توانايي درلودل ، په حدود د 20ml د
Exudat شتوالی په نورمال ډول د جوف مينځ کې وي.

I. Acut Peritonitis : (5-30% letalitaet).

a. Perforation (=) په ثانوي ډول په باکټري مکروبي کېدل ، په تيره بيا په اپنډيسيتز appendicitis دې
Ulcus ناروغي، تومورونه، chole cyst ruptur (د صفراوي کيسې چاوديدنه)، pancreastrauma /
pancreatitis.

b. Permigration's peritonitis (د باکټريــــا د ليريدني له کبله)، (lymphogen) په
chole cystitis, Mesenterial vascularinfarct, appendicitis , Ileus همدارنگه د مکروب پورته خواته
تگ (صعود) د Tube=salping له لارې په سوزاک Gonorrhoe= کې.

c. پردي شيان (foreign body).

d. Penetration ، د بېلگې په توگه په

e. Ileus strangulation, invagination, volvulus...

f. هغه ژوبليدنه چې دې چرې د ننوتلو له کبله مينځ ته راځي.

g. Intestinale Lschaemia.

h. (Primary) Haematogen پريتونيستز(لکه په پنو موني او Angina tonsillaris) په تيره په ماشومانو
کې.

i. Cholecyst ruptur :sterile peritonitis

تومورنه : urin (ادران) ، chylus.

II – chronic Peritonitis : (5% letalitaet).

a. Colitis ulcerosa, Morbus CROHN ، توبر کلوژ.

b. Incomplett mechanic ileus

c. Polyserositis (د روماتيزم د ناروغيو په چوکاټ کې).

d. Peritoneal carcinom

e. Peritoneal dialys

f. (Ventriculo peritoneale shunt) Liquordrainage

g. Radiatio = د وړانگو له امله.

h. Intra- peritoneal chemotherapie

III. Latrogen / post operative peritonitis : (20-60% letalitaet).

a. د abdomen د جراحي عمليات په وخت کې انفکت يا باکټري کېدل.

- b. Anastomoseinsufficiency
- c. پردی شیان (لکه د تار د گنډلو شیانو) هیر شوی تامیون او یا هیر شوی د بطن دستمال)
- Germ spectrum IV** :- په تیره بیا په فزیولوژیک ډول د لویو کولمو اساسی فلورا
- a. Aerobic باکتریا: لکه E-Coli, Enterococcs, Enterobacter, Klebsella.
- b. Anaerobic باکتریا: لکه Clostridis, Bacteroids.
- c. Fungi: لکه Candida albicans.

پتالوژي:

1. د باکتریا کولوني => دې التهاب + اذیما او د فیبریني مواد جوړیدل => چې له کبله یې د مایعاتو یا اوبو ضایع کېدل hypovolemia او په پای کې دې شاک لامل ګرځي (Spiral shock).
2. په ماشومانو کې یو پراخه پریټونیت (diffuse-peritonitis) په بیه سره پرمختګ کاندې، نو په دې توګه دغه جال د یوه "peritonitis brack": په اساس په لومړۍ سر کې په لږ یا متوسط (منځنۍ) توګه جوړېږي، یعنې په دې معنی چې په تدریجې توګه پریټونیت مینځ ته راځي.

اپیدیمو لوژي:

ډېر والی: 70% Appendicitis, 15% Postoperative د تراوماتیکي عواملو له کبله 2.5% باقي یا پاتې شوي فیصدي د Cholecyst, Colon, Ileum, Jejunum او Pancreas باندې د لاملونو په اساس ویشل کېږي.

ډولونه:

- A. Bacterial peritonitis (د 95% پیښو جوړوي)، Steril (ستریل) Chemic toxic (لکه دې Bile (صفرایي مواد)، Urin (ادران) او یا درادیوګرافي د کاترست موادو اړیکې (تماس) (Barium، باریوم) د perforation له کبله I او یا د وړانګو (Radiatio) د اثر له کبله.
- B. سیمه ایزه: Local: (Circumscript) په سیمه ایزه توګه او په پراخه (diffuse) توګه peritonitis.
- C. Patho anatomic :-
- Putride (purulente) Empyen, haemorrhagie, fibrose, serose او (Stercorale) Cotic، پریټو نیټیز (Peritonitis).
- D. Staging ویشنه یا بیلونه د FEIFEL په اساس (1983):
- I Stadium: پراخه قیح (خیره) درلودونکې پریټونیتیز (Peritonitis) بې له دې چې نور غړي (اورګانونه) پکې برخه ولري یا په ناروغي اخته وي.
- II Stadium: خیرۍ لرونکې peritonitis په ثانوي ډول د یو بل غړي یا اورګان څخه.
- III Stadium: هغه peritonitis چې له هغه سره په ثانوي ډول دوه یا ډیرو نورو اورګانونو برخه اخستې وي (لکه (Respiratory insufficiency, Nephro-insufficiency).

Clinic:

1. د یوه acut abdomen symptome: د ابدومن د جدار مقاومت یا شخي (abdominal-Rigidity)، د پیر شدید درد چې د ناروغ په بنوریدو یا خوځښت سره مینځ ته راځي، Meteorismus، Vomitin، خان ژغورل، توانایی له لاسه ورکول (کمزوري کېدل) د احتمال په صورت کې تبه (fever).
2. Facies abdominalis (ډار لرونکې، مخ په خرابیدونکې څیره).
3. د شاک نښې: د Puls لوړ والی، د RR تپت والی او Oliguria.

Diag.:

1. Anamnese او کلینیکي پلټنې د یوه Acut abdomens لکه څرنګه چې پاس بیان شول.
2. لابراتوار: تر ټولو چې ډېر اهمیت لري، هغه وروسته له جراحي عملیات څخه دي، ځکه چې په هغه وخت کې د ابدومن جس کول (Palpation) گران وي.
- a. د Creatinine لوړ والی یوه نښه ده لپاره د بډوډو د بڼې دندو نه اجرا کولو (Renal insufficiency) د پیل نښه ده.
- b. د Serum lactat لوړ والی د شاک د پیل (شروع) نښه ده چې په پریټونیتیز کې د هغه مقدار لوړېږي.
3. رادیوګرافي:
- د Abdomen رادیوګرافي = د آزاده هوا شتوالی؟، د بندښ (انسداد) نښې = Ileus.
4. Sonographie: د آزاده مایع د شتوالی د بنودنې لپاره.

Thyrapie = درملنه:

- a. لومړنی او مهم هدف: په لومړی مرحله کې باید دهغه څه درملنه وشي، چې د پریټونیت لامل ګرځېدلی وي، یعنې د پریټونیتیز چینه (د اساسي ناروغیو عملیات) د اتاناتو یا Infections د چینو له پرمختګ څخه مخ نیوی وشي.
- b. دې ابدومن د جوف لواژ د انتي بیوتیک لرونکو مایعاتو یا لوشن په مرسته (0.5% Taurolidin یا Taurolin یو ځل یا په یواریزه توګه او د Drainage ایښودل که چیرې ضرورت یا لازم وي. Etappen lavage (Silicon wave drainage) او یا څو Etappen lavage.
- c. جدي مراقبت په ریکوري کې (Intensive care unit) او درملنه (د مایعاتو تعادل ایا بیلانس، parenteral تغذیه او همدارنګه Ulcusprophylaxis).
- Nasogastric-Tube، د ضرورت په صورت کې Intestinal-tube (Dennis-Tube)، د Ileusprophylaxe د وړو کولمو د بندیدلو د مخنیوي لپاره.
- d. Medicamentum = درمل، دارو، دوا:

پراخ اثر لرونکي یا systemic-Antibiotica therapie د وریډ= I.V. له لارې = پراخه پوښښ لکه Cefalosporin [Cefotaxim, Claforan] Anaerobic - antibioticum+ [Clont, Metrnidazol]، د ضرورت په صورت کې له دریم انتي بیوتیک سره یوځای والی پدې معنی چې دې

دری انتی بیوتیکو په مرسته درملنه : + یو Aminoglycosid [Refobacin, Gentamycin] ، په تیره بیا وروسته له intra perativ smear څخه چې هدف یې Antibiogramm ده .
 په میکوتیکو (فنجایي) ناروغیو کې بیا له systemic-antimycotica-therapie څخه گټه پورته شي .
 په conservative - Therapie کې بیا له پراخ اثر لرونکي انتی بیوتیکا سره درملنه پیل کېږي: که چېرې پریټونیتیز د پنوموکوک له کبله وي نو بیا (Cephalosporin) ، د Gonococcus-infection لپاره (penicillin) او د Tuber-culose-infection کې (حد اقل دری = 3 Antituberculotica د 6-9 میاشتو پورې ورکړل شي).

Prognose = پایلې:

په ټولیزه توګه مرینه = 30% - 5% letalitaet ده ، او دغه Letalitaet دې پورې اړه لري ، چې ناروغي څومره موده یا وخت مخکې پیل شوي، او همدارنګه په ټولیزه توګه څومره د نکروز کچه ده [یو قانون یا قاعده شته چې په هر یوه ساعت کې چې Ileus شتون ولري، تقریباً 1% یو فیصد د مرګ یا مرینې کچه وي].
 په یوه post operative - peritonitis کې حالت ډېر جدي او خراب وي او دې مرینې کچه له 20 - 60% پورې رسېږي.

Complication:

1. septic shock د Pulmonal و Renal بیا نه رغیدل = decompensation .
2. Douglas- , Retrocolic, intestinal abscess, subhepatic, subphrenic: intra abdominal abscess .
3. آبهسه : لکه یڼه = ځګر ، توری = تیلې = spleen او د پانکراس آبهسه .
 3. اورډ محاله Etappenla vaga کولای شي، چې سر بیرې پر دې د میکوزیک باکټري یا مکروب مینځ ته راوړي.
4. وروستی کامپلیکشن: میخانیکي Ileus یا ایوس د adhaesion له کبله.

DD:

- a. له هر Acut abdomen سره.
- b. Pseudoperitonitis یا غیر ریښتیني پریټونستز (Uraemia ، Diabetes_mellitus, porphyry) ،
 .(Meningitis)

[[ILEUS = د کولمو بندښ]]

تعریف = Definaition:-

د intestinal passage = د کولمو د لیږدونې په دندو کې ستونځې چې دې کولمو د بندښ او یا خو د کولمو دفلج له کبله مینځ ته راځي، په بل عبارت د گازاتو او غایطه موادو بندښ یا نه تهریدل یا خارج کېدلو ته Ileus (ایوس) وايي.

ډولونه:

1. میخانیکي ډول:-

Obstruction له بهر څخه (Occlusion لکه تومور، ستینوز) او یا هم له دننه څخه (Obturation لکه cotball = غایطه مواد توپ، پردې اجسام یا شیان، او یا خو دې strangulation له کبله چې د-Mesenterial-vascular د برخه اخستلو له کبله مینځ ته راځي لکه په Hernia، Volvulitis کې).

2. پرايټیک ډول: - Paralytic Ileus

التهابی / توکسیک (په پریټونیستز کې)، انعکاسي یا عکس العمل په ډول (لکه colic)، vascular او یا میتابولیک (لکه په Hypokalemia).

3. -Septic

• لکه دې سربو اتوکسپشن (Lead-Intoxication)، Askariasis، porphyria،
 Intestinal passage ستونځې: Complete / incomplete (په مکمل یا غیرمکمل ډول).

• تگ لاره یا د ناروغي مسیر:

Chronic recidive Ileus/chronic (subileus) subacute / acute

• سیمه:-

که چیرې په پورتنۍ برخه کې وي (= Intestinum = نری یا وړې کولمې)، په بندښ (Ileus) اخته وي او که په لاتدینۍ برخه کې وي نوبیا کولون = یا پلنې کولمې په ناروغۍ اخته وي.

[[I Mechanical Ileus I]]

:aethologie

1. Adhaesion: Abstriction اوسره نښتل = Diverticulitis, Tumors, Bridenileus همدارنگه Intestinal

ateresia (تر ټولو ډېر وړې کولمې په نوو زیږېدونکو ماشو ما نو کې د(6 میاشتو)-Intestinal-Coprostate،

duplicature، stenose (نوي زیږېدلۍ، Meconium--Ileus په Morbus-Mucovicirose،

HIRSCHSPRUNG، Bezoar (=Gastrolith)، gastro Intestinal Tuber culase،

2. :Strangulation

(تر ټولو ډېرې وړې کولمې د Blood-circulation له ستونځو سره، د Hernia له کبله (Incarceration)،

Invagination، (Rotation-anomalie) Volvulus،

3. Chole lithias ileus (Spontaneous-cholecysto-Intestinale-Fistule)، چې تیځه په نری کولمو کې او

یا په BAUHIN - valvus کې بندېږي یا نښلي).

:Pathologie

a. Stase = Distension = د کولمو د جدار پراخوالي = د سیمې د اروا لږ کېدل = سیمه ایزه

هایپوکسی = په سیمه کې د دندې تر سره کولو ضعیف والی یا ستونځې مینځ ته راتگ.

b. دې stase (ستان) له کبله مینځ ته راتلونکې پېښې = د کولمو په جدار کې د مکروب ننوتل = Bacteria-

Toxemia = penetration

c. د کولمو د جدار پارسوب = Odema = چې د کولود جدار (دیوال) د ډبلوالي سبب ګرځي = Hypovalemi

مینځ ته راځي.

d. د اوبو يا مایعاتو توئیدل د کولمو په لومن (Intestinal lumen) کې سبب دي (Emesis, Hypovolemia) Shock کېږي.

e. سیمه ایز یا لوکل عصبي وعایي عکس العمل (Local-neurovascular Reactions) =< postaggression-syndrom.

وېشنه = درجه بندي = Calcification.

f. - Intestinum-tenue: 50% لامل یا علت یې سرینس کېدل (التصافات) یا Bride یا Adhaesion جوړ وي (چې له 4 اونيو (هفتې) څخه بیا تر لسو (10) کالو پورې وروسته له جراحي عملیات څخه ممکن وي) په strangulation کې بیا دغه ممکنه حالت ژر او ګړندی وي.

g. - Colon: دلته 60% لامل د colon-carcinom جوړ وي.

کلینیک:

1. په acut ډول پیل یا مخ په زیاتیدونکي ډول (صعودی تدریجي) شکایت او نښې (symptoms) په subileus او یا incomplete-Ileus کې لیدل کېږي.

2. سخت او شدید کولیک ډوله درد په تیره بیا په (Peristaltic-synchrom) کې.

3. Ructus, Nausea (ارګمي، آروغ) او Emesis.

4. Cot, Meteorismus او د ګاز یا هوا بندوالی (Flatus).

5. تبه = Fever, tachycardie, Leucocytose او Haemo-concentration.

6. د نری کولمو یا دورو کولمو بندښ په پورتنی برخه کې:

تر ټولو مخکې استفراغ (Emesis)، حتی د غایطه موادو استفراغ ممکن ده، Meteorismus لږ وي (د ابدومن جوف خالي وي).

7. د کولمو د لاتدیني برخې الیوس یا بندښ (لکه په ریکتم کارسینوم کې):

تر ټولو مخکې د Cot او هوا بندیدل، Meteorismus (= د ګازاتو یا هوا تولیدل په کولمو کې)، Emesis ډېر وروسته پېښېږي چې له (لاتین) misereri سره (cotemesis) یوځای وي.

-Diagnose

A. Anamnese (پخوانی دې ګېډې یا جراحي عملیات) او کلینیکي پلټنې: palpation،

Percation (Meteorismus) \.

Stenose-peristaltic: Auscultation =< ډېر لږ قرار لرونکی یعنی له الیوس سیمې څخه پورته او اشیلاقي ډوله غږونه اوریدل کېږي، وروسته کله چې پر الیتیک الیوس مینځ ته راشي، نو بیا د Peristaltic خوځښت لږ او یا له مینځه ځي (یوه مړه سیمه).

Rectal-Examination: په Palpation سره د دوګلاس جوف درد لرونکی وي، که چیرې Invagination شتون ولري، بیا د ګوتې په څوکه کې د وینې شتوالی لیدل کېږي.

B. رادیوګرافي: Plain-abdominal-Radiographie (چې په ولاړې په کینې خوا قرار درلودل او یا د شاه په تختته ځملاستو حالت کې اخستل کېږي).

=> Mirror Imaging ? د آب ترازو په ډول یا د ترازو په ډول کاتترس لرونکی خطونه چې مایع او هوا سره بیلوي ښکاره پېږي.

دغه د گاز او مایع ویشنه د ناروغۍ د سیمې ښه څرگندونه کوي:

الف:- که چیرې دغه خیال په منځنۍ برخه کې وي بیا د پروکولمو د بندښ څرگندونه کوي.

ب:- که چیرې بهر خوا وي یعنې له مرکز څخه لرې، وي (د کولون په چوکاټ) => بیا نو د کولون الیوس یا بندښ څرگند پېږي.

ج:- که چیرې Choledochus کې هوا شتون ولري (Aerobilia) => Cholelithiasis-Ileus (تیره په Duodenum کې د هغه فستیول له کبله چې د cholecyst او Intestinus-tenue تر مینځ وي، لیدل کېږي).

د:- دې خپلواکه یا آزاده هوا شتون په ابدومن کې د مجوفو غړو سوري کېدل یا perforation څرگندونه ده.

ج:- Colon-contrast-medicin له Gastrografin سره (په اوبو کې د حل وړ ده): د کولون دهغې سیمې د ښودنې لپاره چې له الیوس څخه تپت قرار لری پکارول کېږي.

ح:- Gastrografin-passage: د وړو کولمو په الیوس کې د سیمې د ښودلو لپاره (خو ډېر وخت یا اوږد محال په کار لري).

خ:- Angiographie (کله چې د mesenterial-infarct-Ileus اشتباه یا گمان شتوالی ولري).

C. - لابراتوار:-

میتابولیک الکولوز او هایپو کلیمي د کانگو له کبله، د الکترولیت او حجم له لاسه ورکول (Haemo-concentration) ښودونکی دي coagulation!

D. Sonographie : Abdominal sonographie

درملنه:-

Conservative : دفتراً یا په بیړنۍ توگه د gastroduodenal-Tube ایښودل ، د CVC (Central-vene-catheter) له لارې د مایعاتو جبران یا تلافي ، د امکان په صورت کې د کولمو پاکول (اماله) د کولمو د تحریک یا خوځښت لپاره (همدارنگه د اندوسکوپ په مرسته د کولمو پاکول یا لواز او stent ایښودل ممکنه دي).

دوامداره کنتیتر ایښودل => دې ادرار یا Urine د بیلائس دې اندازه کولو لپاره او دې انتي بیوتیک ورکول هغه وخت چې د Intra-abdominal-inflamation شتوالی ولري.

-Operative

Indication: دې بیړنۍ درملنې ضرورت یواځې هغه وخت لیدل کېږي، چې mesenterial-infarct شتون ولري، غیر له هغه باید انتظار و ایستل شي، ترڅو چې دې ناروغ دورانې حالت ثابت یا نورمال شي.

a. Intestinale-decompression (د bride (فرانسوي) او Adhaesions پریکول، د پردیو یا بیگانه شیانو لرې کول ، همدارنگه دې Tumor-resection) په لومړۍ سر کې روښانه ده، که چیرته د کولمو دې، passage (دې غایطه موادو لېږدونه) ممکنه نه وي نو پدې توگه باید یو Anus-praeternaturalis) stoma کېښودل شي،

stoma د جراحي له مخې يوه پرانستل شوي خو له يا اړيکه له يوه جوف لرونکي اورگان څخه بهر خواته معنی ورکوي.

b. Mesenterial infarct-Ileus: د مړې شوې يا نکروتیکي برخې يا سيمي لري کول او څوکه په څوکه گنډل يا-Anastomose End-to-End.

c. Middle-Enterotomy:-Cholelithaisis-ileus، د کولمو د لواژ يا پرې مينځولو لپاره د فستيوول بندول يا ترميم د دوه (2) عملياتو په واسطه.

d. دې CHILDS-PHILIPS-Operation په ميتود يا تگ لاره له يوه Recidiv-adhaesion-Ileus څخه ژغورنه يا مخنيوی.

-:Postoperative

وروسته له جراحي عمليات څخه تر پينځو(5) ورځو پورې Infusion-therapy د مرکزي وريدي کتيتري يا C.V.C له لارې او کله چې ناروغ ته غايظه موادو عمل پيدا او هغه بهر شوه نو بيا دخولي له لارې د خوړلو پروگرام پيل شي، چې په لومړي کې چای (tea) او بيا وروسته او بلنه غذا، بيا تيرېدونکی نرم خواړه ، وروسته بيا له لسمې (10) ورځې نرم خواړه (light-diet)، د گنډل شوو، تارونو (کوکونو) لري کول په لسمه ورځ صورت ونيسي.

Prognose:- د پاسني يادو شوو پتالوژيکي پيښو له کبله د شاک د يو لوی خطر په اساس=> د مړينې کچه (5-25%) وي په هر ساعت سره چې درملنه په شاه ولوېږي، يا ځنډ پيښ شي ، نو دې مړينې کچه هم لوړېږي، يعنی په ساعت کې تر 1% پورې رسېږي!

البته دا شميره په ميخانیکي اليوس او په پرايټيک اليوس کې نوره هم لوړېږي.

:Complication

a. د ميخانیکي اليوس بدليدل په يوه پرايټيک اليوس باندې .

b. Shock

c. د تکرار کيدلو (Recidive) دلوروالی حد په لومړنيو څلورو (4) کلنو کې تر 50% پورې ده.

:Prophyla.

I. OP: دوړو کولمو په ميزو کې د Mesenterial-plicae دې CHILDS-PHILIPS د ميتود په اساس:-

d. د وړو کولمو حلقې Meso په داسې ډول يو له بل سره گنډل کېږي، چې دې U شکل به ولري.

II-Intestinal Plicare يادوړ کولمو حلقې يا گونجی د NOBLE په طريقه :- د وړو

کولمو حلقې مستقيماً له سيروز- سيروز (direct-serose-serose) سره وگنډل شي،

چې دانسداد د بيا تکراريدلو چانس ډېر لږ ده اما د وړو کولمو دې فستيوول خطر

شتون لري.

نو په دې خاطر يوازې په کرونیک تکراري اليوس کې کار ترې اخستل کېږي.



Postoperative -III

د یوې اونۍ یا 1 هفته لپاره یو اوږد Intestinal-Tube څخه گټه پورته شي، تر څو چې د کولمو له تاویدلو(قاتېدلو) څخه د مستطیل په ډول ژغورنه وشي.

DD

Acut abdomen a

Mesenterial infarct <= strangulation b

Paralytic_Ileus.

لاملونه:-

Intra abdominal-inflammation -

Pancreatitis , cholecystitis, Appendicitis, Peritonitis

:Vasculaer -

Claudicatio abdominalis, acut mesenterial infarct

- Reflectoric = عکس العمل:-

Postoperative وروسته د ابدومن د جراحي عملیات څخه (وروسته له جراحي عملیات څخه د کولمو اتوني Atonie) د 24-72 ساعتونو لپاره نورمال ده، Colics، Haemorrhagy، abdominaltrauma، vertebralfractur، pelvicfractur، د یوه میخانیکي ایوس له اختلاطاتو څخه گڼل کېږي.

- Morbus-HIRSCHSPRUNG ، Colitis-Ulcerosa ، Morbus-CROWN ، Toxico-Megacolon ، په ولادی ډول Aganglionose په یوه Intstinal Segnent کې.

Neurogen -

Herpes zoster, syringomyely, Tabes dorsalis

:Metabolic -

.Alkaloid - toxication, Uremia, diabetic-ketoacidosis, hypokalemia

.Graviditact: Hormonell -

-: Medicamentose -

.Parkinson-medicamentae, Anti depressiva, Opiate

Patho.

A. د α -and β - Receptors د فعالیت له کبله د کولمو peristaltic خوځښت له مینځه ځي <= چې دا دې دندې یا وظیفې د نه سرته رسولو لامل گرځي، چې دغه حالت په کولمو کې د مخ په زیاتېدونکي Distension له کبله مینځ ته راځي.

B. Myogene-Transport ستونځې یا د عضلې د انتقال ستونځې چې په دغه عضلي کې دنده لري.

Clinic

1. Singultus, Nausae او Emesis (له حده زیات استفراغ).

2. د کولمود طبعي او نورمالو غږونو نشتوالی.

3. Meteorismus

4. دې اېدومن د جدار سخت والی (peritonitic-reflex) او یا خودې اېدومن د جدار نرم والی.

Diag.

a- Anamnese: د ناروغي تاريخچه او کلينيکي پلټنې (څرنګه چې پاس بيان شوه)، Auscultation: په اېدومن کې مړه سيمه يعنې peristaltic حرکات نه اوریدل کېږي.

b- راديوګرافي، لېراتوار، سونوګرافي.

Therap.

Conservativ: sympatholytic له α - او β -بلاکرو سره α -، β -blocker او يا psycho-pharmaca + α -Blocker (لکه Triperidol، Dihydroergotamin، chlorpromazin) او يا سمپاتوليتيک د مرکزي Peri-dural catheter له لارې.

b. peristaltica (هغه وخت ورکول کېږي، کله چې د کولمو غبرونه = Borborygmus د اوریدلو وړ وي) د بېلګې په توګه ceruletid® (Takus) د I.V. له لارې.

c- Cholinesterase-Inhibitors

لکه (Bepanthen®) Pantothenacide، (Mestinon®) Pyridostagmin.

d- Gastro-/Intestinal-Tube, Rectal-Enema (DENNIS - sonde) چې په وړو کولمو کې له پراستليتيکو خوځښتونو سره يوځای ليرېږي، Intestinal-Tube چې دې کولمو دې دننه موادو په مقابل جهت (برعکس) عمل کوي.

e- د مایعاتو ورکول، الکتروليتي مواد ورکول او همدارنګه د دوی تعادل (ورکړه، او بېرته خارج کول) په جدي مراقبت خونې کې = (Intensive-medicin - room) تر جدي مراقبت يا پاملرنې لاندې.

f- د خوړو د خوړلو بندول، د اتني بيوتيک ورکول په هغه صورت کې = چې Intra abdominal التهابات شتون ولري.

Operativ

Indica: - په مطلق ډول د يوه جراحي عمليات اجازه يا سرته رسول په يوه پراستيک الیوس کې هغه وخت کېږي، چې دغه الیوس (انسداد) دې يوه ميخانيکي الیوس له کبله مينځ ته راغلی وي، = چې بايد دې اصلي لامل درملنه وشي.

Ultima ratio: دې ډېروزياتو Intestinal fistula جوړول.

III MORBUS-CROHN III

ورته نومونه: Ileitis terminalis، Enteritis regionalis CROHN، ندبه جوړونکي انتریتز، Sclerosic-chronic-Enteritis په انګريزي ورته CROHN'S disease وايي.

Aetheologie

1. نا پیژاندل شوی، تر ډیره حده کورنۍ سرچینه لري، ارثي حالت يا Genetic disposition، همدارنگه ممکنه ده، چې له بیلا بیلو هغو جینتیکی فکتورونو له یو ځایکیدلو څخه چې له ټولو نقطو څخه مینځ ته راځي، دغه ناروغي پرمخ تگ وکړي.
2. هغه خواړه (غذایي مواد) چې د Toxic موادو لرونکي وي، د خوړو فکتورونه (تر ډیره حده د ډیرې خوړې یا بوره لرونکې خواړه لکه چاکلیت او داسې نورو له کبله منځته راځي).
3. Immunologic-defect، سیمه ایز انزایمیک نیمگړتیاوې یا دیفکت چې د کولمو په Mucose یا مخاطې برخه کې شتون ولري.
4. باکتریايي علت (لکه Virus، Mycobacterium-avium-ssp.- Paratuber,culosis).
5. مساعدې زمینې: لکه په د خانیاتو باندې اخته خلک (5 واري لوړ خطر لري، په تیره بیا په بنځو کې).

Pathologie

- A- Transmural-Inflammation (چې په هغه کې Mesenterium + Serosa شامل دي) = Fistula، Abscesse،(Anal, Cutan Intestinum, Vesica, Vagina).
- B- دې کولمو د دیوال یا جدار فیبروتیک کېدل او د چرم په ډول ډبلوالی = segmentale-strictura چې د کولمو له بندښت سره یوځای وي. (Intestinal Obstruction)
- C- د Aphthoid laesion په ټول GIT یا په ټول معدې معایي سیستم کې چې له خولې څخه تر anus پورې لیدل کېږي.
- D- تخریبات یا التهابات د Mesenterium او لمفواوي غوټو = پنډوالی او Scar یا ندبه لرونکي = د کولمو contract = چې په پای کې segmental stenose مینځ ته راوړي.
- E- Histologie -: Disproportional infiltration (چې له مخاطي غشا (Mucosa) څخه Serosa خواته مخ په زیاتیدونکي ډول وي) له لمفوسیت او پلازما سل (دپلازما ژوانکي) + د اپیتلوئید ژوانکي یا حجرې لرونکي گرانو لوم (Granuloma) بې له دې چې (لاتین) Caseus (په انگریزي caseation) ولري، د ډیرو هستولرونکي لوی یا غټې ژوانکي (LANGHANS-Typ) = پدې معنی چې یو کرونيک التهاب د کولمو په ټول جدار کې مینځ ته راځي، (LN+Meso+(Transmural).
- F - Localistion = سیمه :-
- segmental-Inflammation (لاتین discontinuus) چې د معدې معایي ټوله لاره (GIT)، دخولي له جوف څخه نیولی بیا تر انوس (Anus)، یا Anal canal پورې پرې اخته کېدای شي.

Clinic-Relevant: Ileocolitis-40%, Terminal-Ileum 30% , colon 25% او Anal Canal نورې

برخې (لکه Gastroduodenale بنودني یا تظاهرات، یواځې تقریباً 5% د پینسو جوړوي.

پاملرنه:-

Disproportionate = morbus-CROHN = غیر متناسب او discontinuus = نامنظم ډول التهاب دي.

Epid.

- a. احصائیه = Incidence: په کال 4/100.000 جوړوی او Prevalence = شیوع: په عمومي ډول / 40 100.000، کې چې نارینه = بنځینه یعنی نارینه او بنځینه په مساوي ډول اخته کېږي.
- b. مناسب عمر:- د ناروغي د زیاتوالي کچه د 20-23 کلنی عمر کې لیدل کېږي.
(د ځوانۍ په مرحله کې) او همدارنگه دې 60 کلنی عمر په شاوخوا کې کورنۍ پېښې زیاتې لیدلې کېږي،
یعنې په ارثي ډول.
ډولونه: = مرحلې:-

1. acut یا حاده مرحله: Oedematose - phlegmonose-Inflamm.
2. Sub acut مرحله: د submucose څخه خپریدونکې Ulcus جوړیدنه.
3. Scar یا ندبې مرحله: د Stenose مرحله.
4. د Fistula د جوړیدنې مرحله.

Clinic

- A - Crampe: Intestinal یا تشنج لرونکی Inter-mittente (لایتن) یا غیر متناوب یا غیر مسلسل درد (dolor) د abdomen د لاندنې برخې ښۍ (راسته) خوا کې (75%) او Diarrhoe (نری غایطه مواد 70%) له روښانه ښوو (Symptoms) څخه شمیرل کېږي، (چې DD یې باید له Appendicitis سره په کلکه وشي).
- B - Fistula (30-50%) په ټولو هغو ناروغانو کې چې په crohn اخته وي، دې آبسه جوړیدل (20%) او Fissura (5%).
- پاملرنه:- کله چې فستیول ولیدل شي، نو باید Morbus-CROHN ته پاملرنه یا فکر وشي او دهغه د ردولو پلټنې تر سره شي.
- C - Kot په Urin یا Vagina کې (د دننه خوا فسیستول).
- D - Haemorrhagie اود Mucose (مخاط) شتوالی نادر وي (برعکس په ulcerose colitis کې ډېر یا معمول وي).
- E - Extra Intestinale:-
1. دې وزن له لاسه ورکول په 50% پېښووکي (علت یې د Malabsorption تر Cachexia پورې هم رسېږي) ، خستگي، کمزوري، د اشتها له لاسه ورکول دهغه درد له کبله چې دې خوړو د خوړلو په وخت کې ورته پیدا کېږي.
 2. تبه = Fever 35%
 3. 30% Anaemia
 4. (اناتومي) Articulation یا بندونه: 15% Arthritis همدارنگه Ankylosere spondylitis (تر ډیره حده HLA-B27-Positive وي).
 5. دې سترگو ښې 10% (Episcleritis, Uveitis, Iridocyclitis) دې سترگو ښې

6. لابراتوار: Primary-Sclerosing-cholangitis, pericholangitis, چي د هغه په پايله کې biliare-Cirrhose مينځ ته راځي، Granuloma په Hepato paranchym کې.
7. Cutan :- 7% Erythema-nodosum, pyoderma, gangraenous, Acrodermatitis-enteropathica. (د Zinc لږوالی يا نشتوالی له کبله).
8. اوږد محاله complication: Hepato -Amyloidosis همدارنگه دې بدو او او توري اميلوبدوز-Oxalat-Lithiasis !cholelithiasis, Nephro-Spleen-amyloidosis
- F Depressions
- G ماشومانو کې: د ودې يا نشوونما ستونځې.

-:Diagnose

1. anamnesis (رواني يا Psychosomatic پيدا شوی فکتورونه) او کلينيکي پلټنې.
2. راديو گرافي: =< X-Ray upper gastro intestinal CM, د SELINK په طريقه. د Bilbao-Tube / Naso gastral Tube له لارې خو ليتره منحل شوي باريوم او يا تر ټولو بڼه به وي، چې په اوبو کې د حل وړ مواد يا Contrast medicin ورکړل شي=> چې د هضمي سيستم گنجې = (چين و چروک) په بڼه توگه څرگندېږي، همدارنگه د colon-contrast-enema.
3. کاملاً روغه او ورپسې بيا سيمه ناروغه وي. اندوسکوپي او بېلابېلو سيمو څخه بيوپسي:-
4. په ريکتوسکوپي او کولو سکوپي کې داسې بڼکاري چې په يوه ډيره اوږده سيمه کې Ulcera ليدل کېږي چې سرحدونه يې له روغې سيمې سره ثابت او روښانه وي، Fissura, aphthoid Laesions او Stricture.
5. Biopsie: نه يوازې له هغه سيمې څخه چې ناروغه ده، بلکې دهغې له شاوخوا سيمو څخه هم واخستله شي!
6. بايد ژور يا تېټه بيوپسي واخستله شي (د دې لپاره که چيري Transmurale په ناروغي اخته وي، اما پاملرنه، perforation).
7. Histologie
8. اپتولوئيډ ژونکې (حجرې = cell) لرونکي Granuloma + ډېری لوی ژونکې چې دې ډېر هستولرونکې دې ډېره بڼه ښودنه ده.
9. (DD: له TBC او Sarcoidose سره) هستولوژي د ناروغي د پېژاندني يا diagnose لپاره چې مطمئن شي ډېره مهمه ده.
10. Sonographie :-
11. CoCard's Phaenomen يا Target phaenomen په Transversbild (چې داډيما يا پاراسوب له کبله د کولمو جدار ډبل يا ضخيم بڼکاري)، Abscesse (په تېره بيا دې Douglas په جوف کې).

6. لابراتوار:-

↑CRP، ↑B.S.S=E.S.S=Erythrocyte-Sedimentation-rate-speed، لېشانتته (خفيفه) anaemia، د البومين لېوالی، د Cu او Zinc کم والی چې د ناروغي حالت پورې اړه لري، Coagulation disorder.

7. Bacteriologic-cot-examination ددې لپاره ترڅو پورې چې ثابت شي، چې دغه ناروغي میکروبي نده يعنې له کوم باکټري څخه مينځ ته نده راغلي.

Therapie:

Conservative: - هغه خواړه چې په اسانۍ سره جذب کېږي، د دروندو يا ثقيلو خوړو له خوړلو څخه ډډه کول ballast-poor-diet= دې وسپنې (آهن Fe) او Vitamins ورکول چې بايد Parentrale ورکړل شي، د ناروغي په پرمختللي حالت کې بايد Parenterale تغذيه شي، له نيکو تين څخه ډډه وشي (سگرت او نور دخانيات، د Symptomatic-diarrhoea په شتوالي کې Anti-diarrhoica لکه Imodim®، Loperamid ورکړل شي.

Medicamenta: - په تيره بيا په acut stadium يا حاده مرحله کې :-

Glucocorticoid: په systemic ډول (په خاصه توگه کله چې وړې کولمې په ناروغي اخته وي):

Oral Prednisolon 40-60mg/day تر رغيدو (Remissio) وروسته له هغه د کلينيکي په بهير په اساس د 6-12 هفتو کې په 5-10 مرحلو کې په تدريجي توگه لږ يا کم شي په اوږد محاله درملنه کې دغه جانبي عوارض ورکوي بدلون،:

Osteoporosis، دې cuten بدلون، د وزن زياتوالي او په ماشومانو کې د ودې (نمو) وروسته پاتېکيدل (تاخر په نمو يا وده کې)؛ (د امکان په صورت کې دې Osteoporose Prophylaxe دې Vit-D په واسطه صورت ونيسي.

1. 5-Aminosalicylic-Acid (Pentasa، Salofalk، claversal) 4gr په ورځ کې د التهاب ضد اثر په وړو او غټو کولمو کې له Tablet، Supp. او clysmo وي. او يا 3x1g /day sulfasalazin (Azulfi-dine) يوازې په کولون کې اثر اچوي. دې 5-ASA جانبي عوارض پدې ډول دي: MetHB جوړيدل، تبه، Exanthem، Emesis دې سر درد، (Thrombocytopnea،-Agranulocytosis، haemolytic Anasmie).

2. = Immun suppressiva

Azathioprin 1-2.5mg/kg BW/day (Imurek) په کورنيک فعال ډول کې لږ تر لږه دې 12 مياشتو لپاره ورکړل شي، که چيرې له Azathioprin سره مقاومت (Resistance) شتون ولري نو بيا Methotrexat 25 mg I.M 1xweek د شونې ده.

3. Metranidazol 2x0.4g / day :- (Clont)

په Acut CROHN کې په تيره بيا هغه وخت چې فستبول جوړ شوي وي، او همدارنگه که آبه شتوالی ولري، ډېر ښه پکار وړل کېږي، دې 2 (دوه) اونيو لپاره، Max يا آخري

سرحدیې د (۲) میاشتو لپاره، جانبی عوارض یی Polyneuropathy دسر خوړیدل، Nausea، او دې پوستکي cutan= بدلونونه.

4. که چیرته درملنه نښې یا مثبتې پایلې ونه لري، (لکه: Corticoid-resistance-acut-inflammation) : د یوه وارې لپاره Monoclonal-Antibody-infusion چې دې Tumor-necrose-factor-∞ په ضد عمل کوي، Infliximab (5mg/kg/BW-Remicade)، د ضرورت په صورت کې تکرار یې وروسته له 2 او 6 اونيو څخه کېږي.

په Remission کې : که چیرې د ناروغۍ نښه والی څرگند شي، نو بیا 5-ASA په دوامداره توګه دې درملنې لپاره (2-4g/day) دې درملنې په پای کې (یعنې د Acut مرحلې درملنه او دې ناروغې لري کول) د Recidive-prophylaxis لپاره هڅه وشي، چې (په نه سیستمیک یا عمومي ډول بلکه په سمیه ایز = local ډول اثر لرونکي).

Glucocorticoide څخه لکه Budesonid, Entocort 2-3x3mg/day او دې ماهي له غوړیو څخه جوړ شوي مواد په آزاده توګه په وړو کولمو کې دې بیا مینځ ته راتګ د مخنیوي لپاره استعمال شي. همدارنګه (ferum)Fe,-Vit.B12 او دې folic-acid لږ والی ته پاملرنه وشي.

- رواني ناروغیو ته پاملرنه، Psycho therapy.
- Graviditaet یا Pregnancy :

د acut حالت د پورې وهلو یا له منځه وړلو په وخت کې باید Anti conception و کارول شي، دې Graviditaet له کبله د ناروغی زیاتوالي لامل کېدای شي، چې Sulfasalazin او همدارنګه د ضرورت په وخت کې Steroid (Prednisolon) واخستل شي پاملرنه : ستیروئید کولای شي، چې دې Fetus په وده منفي اثر واچوي او دهغه وده (نمو) په شا واچوي او د Adrenocortical-insufficiency سبب وګرځي.

• Operative :

Complication: Acut: Indication (Peritonitis, Perforation, Ileus), Stasis یا Therapie-resistance-Haemorrhagie+-Congestion.

Therapie ressitence: Relative-OP-indication

هغه وخت چې conservative درملنې په کامل ډول نښې پایلې ونه لري، Therapie Refractaere، فیستول او آسسه کې ⇐ که چیرې جراحي عملیات په شاه وغورځول شي، یا ځنډ په کې راشي نو د Resistance او complication کچه لوړېږي.

90% – 70 ناروغان مجبور وي، چې دهغوی د عمر په اوږدو کې حد اقل یو وارې جراحي عملیات شي.

الف: د OP آماده ګي د یوه Elective-OP لپاره :-

په مطلق ډول پارانترال (Parenteral) تغذي (د 14 ورځو لپاره) چې پرهار ته یو څه هوسایي وړ بڼې (د دندې په لحاظ د کولمو آرامی).

ب: - Minimal-Chirurgie (د کولمو د یو برخې پریکول په ذخیرو وي ډول) هغه وخت چې درملنه او رغونه ناشونی یا نا ممکنه وي!! پدې معنی هغه وخت چې دسیمې ناروغی دروغیدنې نه وي نو باید Intestinal-

minimal-Resection) دې پر لږ برخه د کولمو پریک یا لري شي، او نور برخه ذخیره وساتله شي) اجرا شي، معمولاً جراحي عملیات په لاندنیو برخو کې اجرا کېږي:-

IleoCaecal resection او یا Hemicolecotomie (هیڅکله له 2-5cm د روغې سیمې څخه زیات و انخستلای شي و یا پریک نشي البته د اطمینان په خاطر دغه روغې سیمې څخه پرې کېږي) + څوکه په څوکه یا end to end-Ileocolostomie ترمیم اجرا شي.

هیڅکله باید Appendectomie د ژغورنې یا وقایوي ډول که چیري Appendix او یا cecum په ناروغي اخته هم وي اجرا نشي، ځکه چې د فستیول خطر شتون لري).

ج - Diagnose یا ناروغي پیژاندنې په خاطر د میزاشتریال د لمفاوي غوټو (غدواتو) لري کول او د Biopsy اجرا کول دي.

د :- د امکان په صورت کې د یوه لېږدونکي Praeternatural Anus ایښودل تر هغه وخته پورې چې فستیول او یا نوره ناروغي روغه شي.

ډ :- دې نیکوتین بندول (غیرله هغه د ناروغي د بیرته مینځ ته راتگ کچه 3 واري لورېږي).

Prognosis :- د جراحي عملیات څخه وروسته د ناروغي د بیا مینځ ته راتگ احتمال په 25% دې پېښو کې لیدل شوي البته په 5 کالو کې او 40% په لسو (10) کالو کې.

Complication:

1- د ننې یاداخلې (لکه په مثانه، entero-enteral, Vagina, Ureter) او یا خو بهرنی (خارجي) fistula (تر ډیره حده درد نه لري)، نه رغیدونکي او recidive, analfissura, ureterstricture د Ureter تنگ کېدل.

2- Abscesse، په تیره بیا (20-25%) Perianal.

3- (Ileus, Subileus) stenose

4- Septic processe (د بېلگې په توگه، Toxic, mega colon، په تیره بیا په peracut= hot CROHN سیريږي).

5- Conglomerat tumor: د کولمو د حلقو هغه التهابي برخې چې یو له بل سره نښتي وي (subileus).

6- Perforation (خپلواک سوري کېدل نادر دي ځکه چې دا ډیره ورو ورو پرمختگ لري، معمولاً دا یو پټ یا پوښلی د Perforation وي (Abscesse).

7- Amyloidose په بیلا بیلو اورگانونو کې (چې دلته chronic التهاب وي).

8- Nephro lithiasis (چې اوکزلات ډوله تیرې یا Oxalat lithiosis)، Osteoporosis او همدارنگه دې

fractur د خطر زیاتوالي.

9- Fatty Liver, sclerosened cholengitis, Chole lithiasis.

10- Haemorrhagie (نادر دي، دې کولیتس اختلاطاتو پورې اړه لري).

11- سرطاني ډولونه یا degeneration نادره ده اما د instestinalcarcinom او Anal د Fistula-Ca په سیمه

کې راپور ورکړ شوی دي.

12- ماشومان: - په ماشومانو کې دې تبې (Fever) شتون ، دې وزن له لاسه ورکول او دې نه ودې کولو ستونځې (هدف د بڼې نه ودې کول دي).

OP

Anastomose Insufficiency, Fistula

DD

- 1- تر ټولو مهمه پیژاندنه یې (DD) له Colitis Ulcerosa سره .
- 2- Non-infectious-Intestinal-Diseases: لکه Radiatio-enteritis (د شعاع یا وړانگو له کبله د کولموالتهاب) Diverticulitis, Ischaemie colitis , Appendicitis د ځینې خوړو = غذايي موادو له کبله حساسیت ، BRENEMAN-syndrom (په ماشومانو کې): Mesenterial-abdominal dolor او lymphodous reaction کله چې د پورتنی تنفسي لارې التهاب شتون ولري.
- 3- Infectious-Intestinal-diseases: Yersinen, shigella, (Typhus abdominalis)-Salmonellosa=(Lymphadenitis-mesenterica) Tuberculosis Actinomycosis (تر ټولو زیاد د Ileo caecale) په سیمه کې ځای ناستې پیدا کوي، Chlamyd's infection (Gardia lamblia) Lamblia، Intero invasive-E.coli, Compylo bacter, (DD) له Proctitis لکه Anal sex (لواطت)، Hamosexuale، همدارنگه-Viral-gastro-intestinal، abdominal-Lues، infetction،

4- Maligne lymphoma, sarcoma, carcinoid, colon carcinom

5- د کولموشکایتونه د رواني ناروغیو له کبله او داسې نور.

<<COLITIS-ULCEROSA>>

ورته نوم یې: په انگریزي [Ulcerative-Colitis]

Aetiology

A. تر ډیره حده کورنۍ ناروغۍ = genetic disposition ، احتمال لري ، چې ډېر نور فکتورونه هم پکې داخل وي.

B. Auto immunologic-infections (hypothesis) .

C. رواني فکتورونه هم تر پوښتنې لاندې دي یا پرې بحث کېږي.

Patho.

الف: سیمه: Rectum تل په ناروغۍ اخته کېږي، په مسلسل (Continue) ډول اخته کېدل ، له ریکتم څخه پیل او مخ پورته خواته تر ټول کولون پورې شونې ده (په د معنی چې له distal څخه د Proximal خواته) ، نور مخ په پورته پرمختګ یې (چې ورته Backwash ileitis ویل کېږي) نادره ده، خو دې ناروغۍ نیمایي برخه کې ټول کولون اخته کېږي.

ب: = هستولوژي: - یوازې د Mucosa او submucosa (Proportional -inflammation) په ناروغي اخته کېږي. Cryptalabscesse (په دې پورې اړه لري چې خومره Leucocyt په crypts کې شتون لري)

Ulcera دي pseudopolyps ترمينځ. په پرمخ تللي حالت کې بيا د Epitheldysplasie مينځ ته راځي، چې لومړنی نښه د Carcinom ده (Maligne Transformation).

پاملرنه: - مسلسل continueral + متناسب-proportional = colitis-
Inflammation ulcerosa ده.

اپيديمي:-

1. نارينه > ښځينه (1.5:1) سپين پوسته انسانان ډېر اخته کېږي، نسبت تور پوستو ته (تناسب يې 4:1) = تور رنگه د سپين رنگه .
2. مناسب عمر: -د ناروغۍ کچه د 20-40 کالو کې ډيره وي، همدارنگه په 60 کلني کې .
3. احصايه: کال / prevalence, 6-12 / 100.000 : 80-150/100.000 خلکو کې .

ډولونه:

- A- تگ لاره (مسير) : Chronic-recidive, subacute, acute (چې تر ډيره حده پېښېږي، تقريباً 80% د پېښې جوړه وي) کرونيک پرلپسې ډوله يا مسلسل ډول پرمخ تللی شکل يې (تقريباً 10%) او-Chronic-acute intermittent ډول يې ليدل کېږي.
- B- Haemorrhagie-proctosigmoiditis (يوازې Sigma او ريکتيم اخته کېږي، پايلې يې ښې دي).
- C- Colitis-gravis (ډېره بده تگ لاره لري)، (5% Toxic-mega-colon: خرابترين ژوند تحديد کونکی ډول ده (تقريباً 30% ده).

Clinic:

1. وينه لرونکی، مخاط (mucose) لرونکی diarrhoe په معمولي ډول دې ناروغۍ له symptom څخه شميرل کېږي، دې غايطه موادو د عمل ورکولو زياتوالی (چې تر 30 وارو پورې په ورځ کې هم رسېږي).
2. د anal له لارې د وينې بهيدل بې د غايطه موادو له شتون څخه.
3. Tenesma, Abdominal-dolor (د درد شتوالی يا مينځ ته راتگ مخې يا دفعتاً وروسته د غايطه موادو له عمل څخه).
4. د وزن له لاسه ورکول (Malabsorption) تر دې چې په cachexia اخته شي.
5. Depressions
6. Extra-intestinal-symptoms: نادر دي (DD: معمولاً له Morbus CROHN سره) ⇐ تبه، د وينې لږ والی يا anaemia ankylosial-spondylitis, Arthritis, (تر ډېره حده post. HLA-B27)، Ophthalmic-symptom (لکه د Episcleritis, Uveitis)، Primary-sclerosic-cholangitis.
7. Pyoderma-gangraenosum: Cutan-symptom (نکروز شوی درماتوز)، stomatitis, phthosa, Erythema nodosum.
8. په ندرت سره فيستول ليدل کېږي، چې په دې توگه يې له ماربوس کروهن سره پيژاندل گران نه دي، يعنې DD: په Morbus-CROHN کې دې فيستول شتوالی معمول وي.

9. Toxic-Mega-colon: ډیره قوي Diarrhoe، وروسته د غایطه موادو دې بهر کېدلو توقف (Sistore) د توکسیک نښې، septic-Temptretur، سره تبه او رپریدیدنه، تاکی کار دی (Tachycardie)، Meteorismus، د کولمو دخوځښت له مینځه تگ او د ژوندانه خطر یا حیاتي خطر.
10. ماشومان: د ودې (نشوونما) ستونځې.

:Diagnosis

- A- Anamneses او کلینیکي پلټنې.
- B- Radiographie: Colon-CE: Pseudopolyps، د کولون جوړښت داسې ښکاري لکه یویمپ (pompous) شوي د بایسکل تیوب (Pompous of the bicycle inner tube).
- هیڅکله په Toxic-Mega-colon کې د colon-CE صورت ونه نیسي، ځکه چې د سوري کېدلو (perforation) خطر شتون لري، (حتی له gastrographie! سره هم باید ونه کارول شي).
- C- Mucosa-Biopsie+Recot-/Coloscopie: دیفوژ یا خپره یا منتشره رادیوگرافي، د همواري سطح لرونکي پرهاړ.
- (Ulceration) او (contact-haemorrhagie)Vulnerabilitaet، چې په ډیر لږ تماس سره پېښېږي، د Mucosa بدلون د مخملي (بخملي) ډوله گرانو لیر شکل باندې « د وړانگو په مقابل کې هیڅکله عکس العمل (Radio Reflex) نه نښي، pseudopolyps.
- په بیوپسي کې باید ډېر پاملرنه وشي، ځکه چې د پرفوریشن خطر ډېر دی! اما دکارسینوم د ناخوالو له کبله په د ناروغي کې باید بیوپسي واخستله شي، ځکه چې د ډېر اهمیت لرونکی ده.
- D- لابراتوار: -

- + Leucocytosis, Anaemia د کینې خوا بدلونونه - (Haemoto) left-shift، د Albumin, Prothrombin او ا لکترولیتو لویدل یا کم کیدل (په تیره بیا په توکسیک میگا کولون کې)، احتمالاً د Thrombocytosis د ترمبوز له خطر سره هم ممکنه ده.
- E- Bacteriologic-cot-Examination: د کولمو له هغو نورو ناروغيو د تشخیص لپاره چې د نورو مکروبونو له کبله مینځ ته راځي صورت نیسي یا تر سره کېږي.

:Therapie

- Conservative: لومړنی درملنه یا primary therapie:
- Symptomatic او غیر وصفی، هغه خواړه چې په اسانتیا سره جذب کېږي او نرم وي (بې له شیدو او د شیدو له خوږې یا شریني څخه، ځکه چې تر ډېره حده له Lactose intolrance سره یوځای، امتحان شي).

: Medicamentum

- 5-ASA (ورخ/ 2-4g) او یا Sulfasalazin او Glucocorticoid (درمل یا دارو او اندازه یې څرنگه چې په morbus CROHN کې ذکر شوه، په Systemic او یا سیمه ایزه توگه د حماله (Klysm) او یا Supp. په تیره بیا په proctitis کې په هغه حاده مرحله کې چې لوحه یې خرابه وي:-

په مطلقه توگه Parenteral رژیم، 5-ASA، په سیستمیک ډول (40mg/day-) Glucocorticoid (methylprednisolon) او د احتمال په صورت کې CiclosporinA I.V.+immunsuppress (4mg/Kg/BW-) او یا (Imurek)، Antibiotica، مایعات، الکترولیتو او Human albumin یا sandimmus انساني البومین باید ورکول شي.

-: Recidive prophylaxe

5-ASA (1.5-3gr/day) دخولې له لازې یا oral او یا په proctitis کې له Klyasma په توگه، او یا خو Sulfasalizin د دوامداره درملنې په توگه (زمان يې نده څرگند) که چیرې يې مخنیوی (Prophylaxis) صورت ونه نیسي، نو بیا څرگنده کیدل یا مینځ ته راتگ يې ډیره ده حتی له 80% څخه لوړ هم کېدای شي.

: Operative

انديکشن : په بېړنۍ حالت کې یا Emergency کې د جراحي عمليات انديکشن : Complication (کتلوي ډوله وينه ورکول یا پرله پسې توگه، په acut توگه د عمومي وضعيت خرابیدل، Sepsis، Toxic-Mega، Colon Perforation، یا په پرفوريشن باندې شک درلودل).

Elective-OP : Therapy-resistence، د ناروغۍ د بیا مینځ ته راتگ ډېر سخته حالت یا مرحله (-Colitis gravis)، extra intestinal-manifestation، اوږد محاله (<10 کالو) مخ په زیاتیدونکي ډول ناروغي، کله چې اشتباه په یوه Malignom ډوله ناروغي وي (dysplasie).

ماشومانو کې : هغه وخت چې د ماشوم د ودې ستونځې شتون ولري. (Growth Retardation)

-: Prognosis

د عمليات له کبله دې مړینې کچه په بېړنۍ جراحي عمليات کې 10-30% ښودل شوی، په دې خاطر باید په Colitis Ulcerosa کې ډېر مخکې د جراحي عمليات پریکړه وشي، (برخلاف دې Morbus-CROHN).

: Complication

. (3%) Haemorrhagie

. Spesis, Peritonitis , perforation \Leftarrow (2-10%) Toxic, Mega-colon, colon-dilation

carcino-risk-diseases - د کارسینوم خطر لرونکي ناروغۍ، څومره چې ناروغي اوږده یا دوامداره شي، همغومره دي خطر کچه لوړېږي، (یعنې 10% وروسته له 10 کالو)، څومره چې ناروغي پراخ وی پدې معنی چې وسعت زیات وي، همغومره د خطر کچه لوړه وي (40% که چیرې ټول کولون په ناروغي اخته وي او 30 کاله ناروغي دوام درلودلی وي).

له colitis سره یوځای ابتدایی sclerose لرونکي Cholangitis، (primary-scleroses-cholangitis=PSC)، چې (نامعلومو) حالاتو څخه مینځ ته راغلي وي، په حدود دې 5% د پېښو کې (چې د alkaline-phosphatase لوړ والی، ERCP: diag، په مرسته).

په دغه ناروغانو کې سر بیره پر دې د carcinom د خطر کچه لوړه ده.

درملنه = Therapie:

، په پرمختللي حالت کې بيا دې لړمون يا ځگر پيوند کول
Hepatotransplantation.

Thrombose يا ترمبوز ته تمايل.

Amyloidosis (وروستی يا ډېر وروسته کامپليکيشن په کورونیک التهابي پروسه کې).

OP: Postoperative-haemorrhage, Anastomose-insufficiee، د Ureter او مثاني ژوبلېدنه يا

تراوما. Sepsis, Ileus, stenosis، دې ريکتم او مثاني ستونځې. Pouchitis.

Prophylaxis: د ناروغی د پيل 5-10 کالو څخه يعنې کله چې ناروغي پيل او تثبيت شوې وي بايد په کال

کې يوواري coloscopie سرته ورسېږي، تر څو چې د کارسينوم شتوالی رد شي (که چيري يوازې.

Proctosigmoiditis موجود وي نو بيا وروسته له 15 کالو دې ناروغي څخه سرته رسېږي) او همدارنگه

وروسته دې Pouch له ايښودلو څخه.

DD:

له ټولو هغو acut ناروغيو څخه چې د مکروب يا باکټري په مرسته په کولمو کې پېښې شوي وي، بايد

وييژندلی او بيلې شي:

Amobiasis، Enteroinvasiva-E.coli،compylo-bacter،salmonella-shigello،yersiniosa او يا

Shisto-somiasis.

Adenoma، colon carcinom، Diverticulitis.

د Ampicillin له کبله مينځ ته راغلې Colitis (Ampicillin،Lincosamdie،Tetracy-clin)،

pseudomembranose دکوليستيز وروسته د Clindamycin له ورکولو (-Clostridium-association-difficile)

،(difficile)

Ischaemic-colitis (په تيره بيا د لوي عمره ناروغانو کې)، Radiatio-colitis.

Diversions colitis.

Cystic-Fibrosis.

د Psychosomatic له کبله دکولمو شکايتونه.

ډېره مهم او د پاملرنې وړ DD يې د Morbus-CROHN سره بايد وشي، چې دغه لاندینی چوکاټ يا ډېر

هم ټکي په کې بايد په نظر کې ونيول شي ⇐

	Colitis Ulceros	Morbus CROHN
Localisation:	Ileum، تر ډېره حده colon، تل = هميشه Rectum او proximal خواته نادر (Rare وي) چې ورته Back- wash ileitis هم وايي).	په ټول GIT کې ممکنه وي ، ترټولو ډېره بيا په Terminales Ileum کې
يا : خپرېدل يا مساحت يې.	Continue from distal to proimal = خپرېدل يې په پرله پسې توگه له پای څخه لومړی خواته يعنی له ريکتم څخه پيل مخ پورته خواته	Discontinue = په غير منظم ډول: روغه او ناروغه برخه څنگ په څنگ شتون لري.
Histology:	يوازي Submucosa+Mucosa په ناروغي اخته کېږي او همدارنگه دې Cryptusabscess.	Transmurale- inflammation (Disproportional) چې له Mucosa څخه پيل او تر Serosa پورې مخ په زياتيدو وي، د اپيتيلويد ژوانکی رنگه ډوله لرونکی Granuloma يا په بل عبارت اپيتيلويد ډوله ژوانکی لرونکی گرانولوما + د ډېرو هستو لرونکی ډېرې غټې ژوانکې (Cell)، د Mesenterial-lymphods په ناروغي اخته کېږي، په اخري پړاو (مرحله) کې: Fibrosis مينځ ته راتگ)
Clinic:	Haemorrhagie-mucosic- frequent diarrhoe هغه نس ناسته چې وينه، خراشکه لرونکی او په مکرر ډول وي. همدارنگه Tenesmus، او extra-intestina- symptoms نادر وي.	(Dolenica)، Fistula Abdominal dolor او معمولاً extra intestinal (- symptoms)

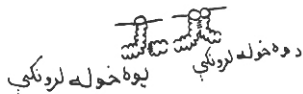
	Colitis Ulceros	Morbus CROHN
Radiology:	Pseudopolyps, Bicycle Linner-Tube د بايسیكل ډمپ شوي ټاير ، غير اصلي پولیپ	Fissura, Cobbleston fistulae, relief, stenosis, او د جدار ډبل والی
Endoscopy:	Diffuse-Ulceration, contact Haemorrhagie همدارنگه پراخه سور (قرمزي) رنگ لیدل کېږي.	Aphthen ډوله Laesion, یوروبنانه او Fistula, واضح Stenoses , Ulceration
OP:	Procto coletomy قرار لرونکې Poch – J + سره .	تراخړین حده پورې باید له جراحي عملیات څخه ډه ډه وشي یا خو هم (Minimal Chirurgie)، داځکه چې درملنه شونې نه ده یا خو هم ډېر لوړ complication ورکوي.
Complication :	Haemorrhagie, Toxic- Mega-colon- arcinomatose degeneration	د ننه او بهرنی فیستولونه، Abscesse, Fissura او همدارنگه Stenosis Conglomerat Tumor

[[STOMA-CARE = د پړانستلي شوي سيمي پالنه]]

ورته نومونه: Stoma - يوه يوناني کلمه ده، چې پړانستلو ته وايي، همدارنگه A.P=Anus praeternaturalis (معمولاً يوازې A.P او يا Anus praeter نومول شوي)، يوه مصنوعي يا د ډاکټر په لاس جوړه شوې د کولمو لپاره بهر ته لاره، Cotfistula، مصنوعي مقعد.

pathologie

Temporaere-stoma-care: د بېلگې په توگه په Ileus کې چې وروسته له يو څه وخته بيا د تکراري عمليات په مرسته رغوله کېږي، (تر ډېره حده وروسته له 3-4 مياشتو).
تر پای يا نهايت پورې د stoma پالنه:
Palliative تدبيرونه: لکه په Tumor Chirurgie کې.
ډولونه:-



Ileo-stomie (په لاس جوړه شوې مصنوعي) د small-intestinal يا وړو کولمو ته اړيکې بهر خواته).

Colostomie مصنوعي اړيکې د غټو کولمو يا کولون له بهر سره):

Sigmoidostomie, Transversostomie, Caecostomie ډولونو

سرته رسيږي.

چې دا په دوه ډولونو تر سره کېږي:

يوه خوله لرونکي (خوله لرونکي برخه يا Oraltigh په Stoma

کې اوبله يې پنډه گنډوله شوې برخه يا Aboral thigh).

دې دوه خولو لرونکي برخه (Oral and aboral thigh in stoma) Intestinal fistula (په يوه څنگ کې کولمه پړانستلي کېږي، او دې abdomen په ديوال (جدار) کې گنډوله کېږي، دې کولمو تسلسل يا Intestinal-continualtaet له مينځ څخه لار نه شي).

Urostomie

په فيستول، لويو پړهارونو، wound-dehiscence، پړانستلي پريتو نيال کارسينوم يا Open-peritoneal carcinom.

:Indica.

الف:- Ileostoma: Colonresection د بېلگې په توگه په Family-Polyposis-Coli,morbus- CROHN, Colitis-ulcerosa د کولمو تراوماتيك پړهارونه (زخمونه).

ب:- Colostoma:- د کولون په توموري جراحي کې په دغه لاندنيو حالاتو کې چې په پرله پسې ډول لرونکي نه وي non-continue-keeper-tumor surgery of colon

, Diverticle perforation, Ileus, therapie resistance

د Pudendus-neuropatie په شتوالي کې صورت نيسي يا تر سره کېږي.

ج:- Urostoma/Nephrostomie

دمشانی کارسینوم (Muscle infiltration).

Obstructed-Nephro-,neurogenic-vesico-urethral-dysfunction یا Hydronephrosis انگریزی.

:Diagnose

Anamnesis پخوانی ناروغی یا تاریخچه او کلینیکي پلټنې لکه پیژاندل شوي پخوانی ناروغی .

:Therapie

-:Operative

Stoma جوړول د M.rectus abdominis په سیمه کې په هغه ځای کې چې گنجې یا چمکې نه وي

ممکنه یا شونې ده (تقریباً 10x10 cm ساتي متره هواره یا بنویه سیمه کې باید سرته ورسېږي.

د پاملرنې وړ: Prae-Operativ.Mark=مخکې له جراحي عملیات څخه باید سیمه په نښه شي.

Colostoma تر ډیره حده دې Abdomen د (لاندینی برخې کینې چپه) خوا ته ترسره کېږي.

Ileostoma پیا تر ډیره حده دې آبدومن د لاندینی برخې بڼې یا dextra خواته ترسره کېږي.

-2- د stoma پالنه:-

نن ورځ یا په نني طبابت کې له هغه plate یا پارچې څخه گټه اخستل کېږي، چې پوستکي تخریب یا ژوبل نه

کړي (لکه Combihesive چې کیدای شي د 3-5 ورځو لپاره پرېښودل شي) او بدله شوي یا د بدلیدلو کڅوړ

باید سمه او ترسختې پاملرنې لاندې صورت ومومي، ترڅو چې د پوستکي گونجې په کې را نه شي.

د پوستکي پالنه:- یو وارې په اونۍ یا هفته کې د سیمې وینسته لرې یا تراشل شي، او داوبو او صابون په

مرسته پاکه شي، (هیڅکله باید د الکل او یا Benzin په واسطه پاکول سرته ونه رسېږي، پاکول تل باید له

بهر څخه دننه خواته دې stoma صورت ونیسي یعنې له lateral څخه medial خواته.

:Prognosis

په یوه stoma کې بنسټیزه ناروغي خاص رول نه لري چې د عمر دې لنډیدو سبب وگرځي، په دغه نوې

stoma-system سره دې د ژوندانه کیفیت په ټولیزه توګه لږ بندیزونه لري.

:Complication

Hernia دې ستوما په سیمه کې (هغه سیمه یا خالیګاه چې Hernia ترې مخ ته راځي په fascia کې ده،

څوړنډیدل یا مخکې راوتل دې آبدومن د جدار په para-stomal سیمه کې وي).

stoma-retraction (چې ستوما تر پوستکي لاندې سطحه کې وي).

Intestinal segment prolaps د

Toxic-contact eczema , allergic reaction.

د ستوما بلاک کیدل یا بندیدل (لکه دې رینډې لرونکو خوړو له کبله)، همدارنګه مخکې له ستوما څخه

دې، کولمو Syphone جوړیدل یا شتوالی.

Folliculitis,cutan-inflammation, د Mycosa میکروبونه ← سبب دې Scar = ندبه، Stoma

stenosis کېږي.

سر بیره پر Ileostoma د وړو کولمو له لاسه ورکول:

دې وړو کولمو دلنډیدلو سندروم + د اوبو او الکترولیتو دې ځای او سیمې د جذب او لېږدونې ستونځې، Urolithiasis،

.Peritonitis. 8 OP.

.Mucoshaemorrhagy, sutura insufficiencia

: Re-Operation-Anastomosa-insufficiencia, postoperative Ileus, Entero-cuton fistula, peritonitis

[[لرمون = ینه = Hepar -Hepato = جگر]]

-(Hepato-ruptur)Hepato-trauma

-:Aetheologie

A- د Hepato-trauma یا د لرمانه ژوبلیدنه په پټه توګه چې ورته ځپل کیدل هم وايي: لکه دې موټر د اشتړنگ له کبله ځپل کیدل، د ژغورنې یا ساتنې د کمربند چې په موټر کې وي، دهغه له کبله کامپریسون (Seat-belt-compression یا safety-belt)، دهر ډول چلونې له کبله چې تصادم مینځ ته راشي، ← سبب د

یوه درز یا چاودیدنې په ځګر یا لرمون

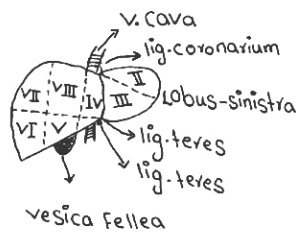
کې د بدن داسکلیت له امله کېږي،

همدارنگه د پړانشیم ځپل

Parenchym ruptur , parenchyma-contusion

-:Perforational-Hepato-trauma -B

انګریزي gunshot-,stab-wounds = د



چرې (چاقو) او اسلحې په واسطه پېښ شوي پرهاړونه، د costal-fructur له کبله پرفوریشن، Iatrogen (دې لرمانه پټ یا رانده puncture = پدې معنی هغه puncture چې بې له sonography سرته رسېږي).

اپیدیمي:-

الف: - د abdominal-trauma په 20% پېښو کې چې په پخه (کند) ډول واقع شوي حتماً Hepato یا لرمون پکې برخه لري.

یا په بل عبارت په 20% دې abdominal-contusion کې حتماً د Hepata ژوبلیدنه لیدل کېږي.

ب: - د یوه ابدومینال ژوبلیدنه په پخه توګه کې چې هیپاتو هم برخ پکې اخیستې وي، یا ژوبل شوي وي، تل باید د Intra-abdominal نور غړي یا اورګانونه هم کنترول شي، ځکه چې تر ډیره حده د دویم اورګان ژوبلیدنه پیدا کېږي.

:Clinic

1/3 برخه د پېښو خوځښت (مسیر) يې Inapparere (بې له هغه نښو چې د ناروغۍ نښوونکي وي)

يعني کوم خاص symptom نه لري یا پټ تیریري، هیموراژي په ځپل سر درېږي یا Spontane- sistere- haemarr.

کله چې دې abdomen په پورتنی برخه بڼې، خواته فشار ورکړل شي، نو بيا دې درد يا dolence شتوالی احساس کيږي، يعنې دې فشار له کبله درد (چې دغه درد بيا دې بڼې اوږې يا shoulder خواته خپريږي).
Hypovolumic-shock

:Diag.

Anamnese او کلنيکي پلټنې، چې په anamnese کې بيا دې Trauma څرگندول وي:-
Contusion-sign يا دې خپل کيدلو نښې، دې Douglas برجسته کېدل يا پارسوب، د دې abdomen د حلقې پراخوالي، دې flanks ياتشې يا دې دو دسيمې پارسوب او د مقاومت شتوالی دې ابدومن په پورتنی او بڼی خوا کې.

:Sonographic

د مايع شتوالی په ابدومن کې او همدارنگه دې Hepato موندني.
Radiographic: plain-abdominal-radiographie, Diaphragma له خپل اناتوميکي حالت څخه لوړ يا پاس قرار لري، البته بڼی خوا کې او يا خو هم Diaphragma-ruptur ليدل کېږي؟
د احتمال په صورت کې spiral-CT-native اوله CM سره
لابراتور:- د وينې شيميا = Haemogramm يا blood-count لوپري (ټيټېږي).
Peritoneal lavage (نن ورځ ډېر نادر تر سره کېږي).

:Therapie

Conservative: - په يوه Subcapsulaeere درزيارپچر کې چې وړوکی او يو دانه وي او يا يو وينه نه ورکونکی Copssulaeere-ruptur وي کېدای شي، چې د ډېر جدي او نږدې سونو گرافي په مرسته تر 10 (لسو) ورځو پورې تر کنترول لاندې ونيول شي، او انتظار وايستل شي.

:Operative

اندکيشن Haemorrhagie+Hepato paranchym rupture (چې په دې حالت کې ترانسفيوژن ضرور ده (Transfusion) چې شمير يې له زياتره له 4-EC څخه په 24 ساعتو کې ده (4-Erythrocyts-concentrat).
Median-laparotomie او څلورو وارو برخو يا 4-Quadrants کتل په دقيقه توگه.
Local-Haemostasis يا دې سيمي وينه درونه دې رگونو د گنډلو په اساس Vascular-structur، د مجبوريت په صورت کې د يوې برخې لري کول (Resection) او يا Tamponads (د ټامپون اېنبودل).
دې پرانشيم ټول يا بندول دې فيبريني سربښ په مرسته (Fibrin-gule)، د سيمي د کپسول گنډل، د ضرورت په صورت کې برسیره پر د Omentum Plomb (د Omentum majus د يوې برخې گنډل).
Intra-operative بايدوکتل شي، چې Ductus-choledocus د Cholangiographie له کبله نه وي ژوبل شوي.

د يوه دريناژ اېنبودل.

که چيري Haemorrhagie ډېره وي: کله نا کله د يوه لنډ محال لپاره (يا موقتي) Lig.Hepatoduodenal
د وينې جريان يا بهير بندول له A.Hepatica, V.portae او Ductus-Choledocus چې دې PRINGLE-

Manoure هم ورته ويل كېږي) سرته رسېږي، ممكنه وي (بې له د چې كومه ستونزه پېښه شي، تريوه ساعته پورې).

که چيرې V.Hepatica د پر ژوبل وي نو بيا د ضرورت په صورت کې د PRINGIE-Manour او په موقتي ډول سره د، V.cava بندول يا ترل يو واری د Hepato په پورتنی برخه او يو وارې په لاندینې برخه کې تر څو چې هیپاتو ته وینه لږه نشي. (تر 30 دقیقو پورې ممکنه ده).

که چيرې بيا هم وینه تويدنه (Haemorrhagie) ونه دریده نو په دې صورت کې ياد مجبوریت په صورت کې ټول لړمون يا هیپاتو دې ټامپون په مرسته شاو خوا کې ټینګ شي او ابدومن د څو ساعتو يا ورځو لپاره بیرته پټ يا وګنډل شي.

Ultima-ratio کله چې Hepato په ټولیزه توګه ژوبل او خراب وي: Hepatectomie، او دیوه Portocaval-shunt ایښودل (دوه واری=دوه ټایمه) Hepatotransplantation دې 24 ساعتو په مینځ یا جریان کې تر 48Max ساعتو په یوه Trans plantation's centrum کې ترسره شي.

-:Prognosis.

15% Letalitaet، اما که چيرې نورې اعضاوې ورسره ډېرې ژوبلې وي، دغه کچه نوره هم لوړېږي.

:Complication

کله چې haemorrhagie-postoperative تر کنټرول لاندې را نه شي (چې لامل یې دې ښې (لړمون) په دنده کې د ستونځو د مینځ ته راتګ له کبله وي).

subcapsulaer- Haematom

Extrahepatic-Ductus choledocus- Trauma

Duodenal-Trouma او يا Pancreas- Trauma

د V.cava چاودیدنه، د Diaphragma ښې خوا چاودیدنه (Ruptur) او د Spleen ruptur.

Cholemia=Bilhaemia, Haemobilie انگريزي bilio-vasculaere-shunt،

د Hepatocontusion/-Ruptur = په مرکزي برخه کې، يعنې د جګر په مرکزي برخه کې که ضربه، چاودیدنه

پېښه شوې وي، چې کامپليکشن يا ناخوالي يې: Abscess، مکروبي Hepatonercrasis، Biliar peritonitis-

Icterus،

Therapie: Selective-Embolisation، (انگريزي Therapeutic embolization او يا hepato-segment-

resection.

Biliar-fistula (د صفراوي موادو تويدل په abdomen کې) ← Biliar peritonitis، درملنه د صفراوي

سیستم آزاده کول دیوه Pigtail-catheter په ایښودلو د اندوسکوپ په مرسته.

(Posttraumatic Necrosis)

[[[Intrahepatic-Abscess]]]

:aetheologie

لومړنی یا primary : د باکټري يا مکروب خوځښت په صعودي ډول يا پورته خواته دې Ductus-choleducus له لارې (Cholecystitis-lithiasis-abscessus) ، Parasit-absce (لکه آمیب ، Echinococcus له کبله) .

Secundaery : مکروبي شوی cysts, postoperative posttraumatic او يا Haematogene لېږدونې (میتاستاز) لکه د توبرکلوز، Osteomyelitis، Tonsillitis، Furunculosis ، Endocarditis ، Umbilical-vene-sepsis او Pneumonia همدارنگه Pylephlebotic-Abscess (لکه Haematogen- metastase د venaporta-hepatica له لارې لکه د Diverticulitis او اپنډیستیز ، Morbus-CROHN ، colitis-Ulcerosa ، تپه ، تپه يا تجزیه شوی د colon-carcinom ، Subphrenic-Abscess (پرمختګ يې per-continuitatem په ډول ده) .

:پتالوژي

الف- باکټريايي صفحه يا لوحه يې: چې تر دېره کچه Intestinal-boacteria-flora د (لکه -Enterococcus, Klebsella) bacteriods او E-coli .

ب- سيمه: L.hepaticus sinistra >> Lobus-hepaticus-dextra ، چې 60% يې solitarii=solitaer لاین يا يوازي، يودانه او 40% يې multiple abscess وي .

:Clinic

Septic-Tempretur

دې اېډومن په نې او پورتنی برخه دې فشار په واردولو دې درد شتوالی Nausea ، Emesis يا زړه بدوالی احتمال لري، چې diarrhoe هم ولري يا پيدا شي .

Anaemia, Icterus

:Diagnoses

Anamnese (cholelithiasis) په حاره يا استوایي سيمو کې ژوند کول، Trauma) او کلينيکي پلټنې: Hepatomegalie ، دې هيپاتو درد يا Hepato-dolor د Percussion له کبله (په تيره بيا په Amoebiasis Abscess) .

Sonographie : په سونو گرافي کې دې غير متجانسه خيال يا Focus-Inhomogen- Inhomogen=herde ، د ضرورت په صورت کې د Fineneedle-punction (د باکټريولوژي او انټي بيوگرام لپاره) او د دريناژ ايښودل .

:Radiographie

Plain-abdominal-radiographie : دلته diaphragme-phrenicus له خپل اناتوميک ځای څخه پورته يا لوړ قرار درلودل، احتمالاً د pleura erguss شتوالی .

CT د ضرورت په صورت کې دې د CT د اخستلو په وخت یا په مرسته د Puncture/Fineneedle -biopsie / او Drinage.

4. لابراتور:-

Anaemia, Leucocytosis او په Amoebiasis کې بیا د antibodie شتوالی بنودونکی وي.

درملنه :-

Conservative :-

انتی بیوتیک له Clont, Metranidazol+cephalosporin، per-cutan-punction، د CT یا sonographie په مرسته او دریناژ د لواژ (Lavage فرانسوي) یا suction لپاره کتیترا ایبنودل.

b. Operativs :-

Indica - د دېرو آپسي گانو شتوالی یا Multiple abscess، هغه وخت چې conservative درملنې بڼې پایلې ونه لري، نو بیا دې جراحي عمل په مرسته د آپسي ټولونه او یا Segment-resection او post operative-Drinage.

Prognosis: په Multipale-Abscess کې دې مړینې کچه تر 30% شونې ده. Haematogenic ⇒ Amebia-Abscess-1:complica. Abscess perforation په abdomen او یا pulmonal کې.

2- په Septic ډول خپرېدنه، ریچر او پریټونیتیز او همدارنگه Pleura-empyem. DD - بېلونه یا پېژندنه یې له Hepatic-cysts، Hepato-Tumors، او Metastasis.

<<(Hepar cysticum) Hepatic- Cysts>>

اتیولوژي:

Congenitale-hepatic-cysts

Ductus-choledocus په وده یا نمو کې یو سو شکل یا deformation پیدا کېدل (Retentioncyst)، د DuctusCholedocus په هېڅ وجه اړیکې نشي موندلې =ØConnection، کېدای شي چه Multipel (چې همدارنگه نور اورگانونه هم اخته شي په تیره بیا بېوډي یا Nephro) او یا هم Solitarius (لاپتن) یعنې په یوازي توگه مینځ ته راشي.

Hepato-Cyst په کسبي ډول :-

ریښتني کیستونه یوازي د تومورونو په شتوالي کې:

mucinosi او یا Seroses Cystadenom (چې له ductuscholedocus څخه سرچینه نیسي یا Proliferation Cysts)، Adeno-Carcinom Cysts،

پاتي نور ټول کسبي کیستونه تقریباً ټول Pseudocysts یا غیر حقیقي دي.

C. Pseudo-Cysts :-

التهابات (TBC=توبر کلوز)، تر اوماتیک (Haemorrhagic)، (Scarotic, Cirrhose) degenerativ او یا توموري = Tumorousis (Tumornecrose).

Parasitaer: Echinococcus-granulosus (د سپي بند لرونکي worm) ، Echinococcus-multicularis د) گيدري بند لرونکي worm) .

پنالوژي:-

الف Echinococcus-granulosus (پخوا Cysticus نومیده) :
سپي اصلي کوربه دي ، پسونه تر مينځ ميزبان (کوربه) دي .
هستولوژي: Cuticula ،-germinative او يا -Proliferative Membran => له همدې ځايه د Protoscolices ورکړه پيل کېږي
د سپيو بند لرونکي worm لومړني مرحله ، لوي ياغت مایع لرونکي ډک cysts چې Septic مواد هم ورسره وي ليدل کېږي .

ب : Echinococcus multicularis (چه پخوا alveolaris نومیده) .
اصلي ميزبان يې سرې رنگه گيدري دي ، همدارنگه مورک ، پيشو ، سپي او انسانان .
هستولوژي : وړوکي ، وړو او پستو تياکو لرونکي Cysts (1-20mm) ، Tissue infiltration ،
اپيديمي : a solitarius يا منفرد hepato-cysts ډير وي او 10% اوسيدونکو کې پيدا کېږي .
b - دې Echinococcus په پېښه کې :
E.granulosus : په مديتراني هيوادو کې ، افريقا او سوهيلي (جنوبي) امريکا کې ډير ليدل کېږي .
E. multilocularis په Alasca ، Tirol ، جنوبي آلمان او د سويس ځيني برخو کې ليدل کېږي .

Prevalence = شيوخ :-

په اروپا کې نادر دې ، تقريباً 0,2/100,000 اوسيدونکو کې ، او د ډير نږدې اړيکو لرلو له کبله د انسان او ژوي (حيوان) تر مينځه مکروب پر مختگ کوي .
ډولونه :

a : رېنتني ډول دې کيست :-
تر ډيره حده congenital وي .
غير حقيقي ډوله کيست :- د اپتيل په مرسته نده پوښل شوي او کسبي وي .
b : Multipel .Solitariumes forme

کلنيک :-

A: کوچني يا وړکې کيستونه تر ډيره حده د کلينک له انده پت پاتي وي او کومه دې پاملرنې وړنه وي (تصادفي دې نورو څيړنو يا پلټنو په ترڅ کې پېژندل کېږي) .
B. Echinococcuse

د اوږد محال لپاره پت پاتي وي (symptom نه ښکاره کوي) ، وروسته بيا دې abdomen په پورتنې برخه کې په ناڅرگنده توگه درد (خوږ) د فشار احساس ، پارسوب د Hepato په سيمه کې ، روښانه Symptoms هغه وخت څرگندېږي چه Complication ورکاندي :
لکه 1. Icterus کله چه Ductus choledocus تر فشار لاندې راشي .

2. Acut-abdomen کله چه د یوه کیست چاودیدل دې ابدومن په (جوف) کې صورت موندلې وي.
3. دې Cyst Ruptur یا د کیست چاودیدنه په یوه گاونډي اورگان کې لکه په Gaster یا Pleura کې.
4. یو الرژیک عکس العمل دې Echinococcus په مقابل کې وروسته د کیست له چاودیدني څخه چې له Urticaria څخه پیل حتی تر الرژیک شاک پوري کېدای شي ورسېږي.
5. Empyem لرونکي (خیره لرونکي) Infection، تبه او د آبسي جوړیدل.

:Diagnose

- A. Anamnese او کلینکي پلټنې.
- B. Sonographie – دلته کیست یا کیستونه چه له مایع څخه ډک وي لیدل کېږي او همدارنگه Sclerosis.
- C. Radiographie : Plain abdominal radiographie =< احتمالاً دې کیست د membran منگ یا sclerose د لیدلو وړ وي.
- D. CT (native او له CM سره) : -ارینه ده په تېره بیا د جراحي عملیات د پلان نیولو لپاره. Echinococcus-granulosus =< لوي له مایع ډکه ، سپتیک کیست یا کیستونه. Echinococcus-multilocularis =< وړي تیاکي لرونکي کیستونه ، معمولاً Infiltrative جوړښتونه لري.
- E. -لابراتور: د احتمال په حالت کې Eosinophilie په Echinococcus Cysts کې لیدل کېږي. Immunologie : Haemagglutination-test ، Echinococcus-Ab د ELISA-Proove.

هیڅکله یو Echinococcus Cyst پانکسیون یا Punction نشي.

ځکه چه لو یوي خوا د الرژي عکس العمل مینځ ته راتک او له بلي خوا abdomen ته لېږدونه کېدای شي پېښ شي.

درملنه :-

-: Conservative

یو وړوکی کیست د درملنې وړ نه وي ، اما لوي کیست باید Punction او Sclerotherapy (که چیري بیا د Echinococcus-Cyst شک شتون ولري نو بیا دا عملیه باید تر سره نشي) اجرا شي. Palliative درملنه هغه وخت چه Echinococcus-Cysts دې دویم وارې لپاره نه وي شق شوي (= (لاتین) non-Resect = non-Resecare = secare انگریزي non Redissect) :

په پرلپسې توگه (دوامدار توگه) دې (Vermox) Mebendazol

40-50 mg/Kg BW/day په دري دور (برخو) یا دري واري په ورځ کې وویشل شي او ور کړل شي البته وروسته دې خوړ له خوړولو څخه).

-:Operative

اندکیشن :- هغه وخت چه Complication یې ور کړي وي ، همدارنگه لوي والي یا غټ والي یې له 10-12cm څخه زیات وي.

د کیست د سر پوښ لري کول : د کیست د سر پوښ د برخې لري کول دي پریتوان خوا ته او دي کیست بیخ پرانستي پرینودل (پریتوان = پریتونیم پاتي شوي مایعات جذب کوي، کوم چه وروسته تولید یا افراز کېږي). هدف له سر پوښ څخه د کیست چت (سقف) ده

-Echinococcus- Cysts

مخکې له جراحي عملیات څخه دي کور تیزون ور کول (د یوه الرژیکی عکس العمل دي مخنیوي لپاره).
Pericystectomy - a : کیست او شاوخوا سیمه (En-bloc, hostcapsula لري کېږي (د اطمینان په خاطر دي 2cm په اندازه فاصله یا واټن یا روغه سیمه لري شي). دامکان به صورت کي کېدای شي چې د Hepato-Segment-resection صورت ونیسي.

Indication :- البته هغه کیستونه چې لوي وي او Periphere-localization ولري (هیڅکله نه په Intrahepatic Hilus ، ته نږدي او همدارنگه په Pericavaler localisation کې تر سره نشي.
B - Desinfection+Omentoplastic :- د کیست پرانستل، د کیست د تنه موادو څښتنل (section)، پاکول او پرې مینځل (لواژ) له Hypertonic 0,9% Nacl او یا PVD-Jod-Losion سره.

Cuticula په خپل ځای پاتي کېږي یا ساتل کېږي د پر هار (زخم) د رغیدو یا جوړیدلو لپاره یوه برخه د Omentum دغه خالي ځای ته راوړ له کېږي.

Indica :- البته هغه ځای چه نه وي شق شوي یعنی په نه پریک (شق) شوې سیمه د Hepato کې).
C - Alternative : په پای کي Marsupialisation (دې کیست د څنډو گنډول له پریتوانیوم سره) او دریناژ بهر خواته ایښودل.

مخکې له درملني څخه د څلور اونيو (4 هفتي) لپاره او وروسته له درملني څخه له (Vermex) Mebendazol سره د دوه (2) کالو لپاره ، او که چیري په ټولیزه (مکمل) ډول بي Resection شوني (ممکن) نه وي بیا ټول عمر ور کړل شي.

Hepar-Transplantation هغه وخت باید اجراشي چه Hepato-insufficiency د Multiple cysts له کبله مینځ ته راغلي وي .

-Prognose

په مکمل ډول د کیست لري کېدل ، نه مکمل شق شوې ډول Echinococcus Cyst نن ورځ له دوامداره درملني سره د 10 کالو عمر اټکل په 80% ناروغانو کې ده.

-:Complication

1- Ruptur په minimal تر اوما سره=> احتمال لري چې Acut-abdomen (Echinococcus-Cysts) چې په abdomen کې د خپریدو او کښت سبب وگرځي).

2. Infection, Haemorrhagie, د Abscessus جوړیدل یا مینځ ته راتگ.

3- Malignom حالت ته اوبتل => تل باید په جراحي عملیات کې هستولوژي لپاره مواد واخستل شي.

OP-4: Echinococcuscysts - الرژیکی عکس العمل د کیست پری کولو / او یا پرائستلو (شق) په وخت کې
=> نو پدې توگه باید مخکې له اجراحی عملیات څخه (Praeoperative) په لوړ دوز سره Glucocorticoid
ورکړل شي.

5- تکراري حالت یا Recidive حالت په Echinococcus Cyst کې هغه وخت مینځ ته راځي چې ابدومن منتن
(Contamination-abdomen) وي، چې Pulmonal، Cord، Encephal، او نادراً هډوکي (OS اناتومي) هم
اخته کېږي.

6. Medicamentum: Mebendazol له کبله کېدای شي چه په لومړيو
2-3 میاشتو کې Leucocytopenia مینځ ته راوړي .
(پدې توگه باید دې ویني معاینې کنترول شي).

-:DD

Abscess، Hepato-tumor او Hapar haemangiom

<<Portal Hypertonie=Portale Hypertension>>

-:Aetheologie

A-Block-Praehepatic (Extrahepatic-Praesinusoidale-block):

Spleen-vena-thrombose (تر مېوز ته د Vena-Porta-Hepatis-Thrombos (Pylethrombose) او یا د
اوبنتلو لوړ والي یا زیاتوالي او یا خو هم د یو سپتیکي پروسې د پایلو له کبله لکه په وړو ماشومانو کې دې
(Umblicalvaenasepsis) همدارنگه د V.portae سو شکل په Congenital ډول (لکه هیپو پلازي =
CRUVEILHIER-BAUMGARTEN-Disease، دویني د جریان یا بهیر زیاتوالي لېمون ته
(Splénomégalie، AV-Fistul) ، له بهر څخه فشار (Compression) لکه د Neoplasy.

B - (90%) -Intrahepatic-Block

Hepatocellular (Intrahepatic Postsinusoidale block):

Cirrhosis hepatis چې له هغې ډلې څخه 80% په هغه خلکو کې چې الکول ډیر څکي په بل عبارت
الکولستان دي.

15% یې Post hepatic جوړوي => Chronic active Hepatitis په تیره بیا په HCV-Infection

(Intrahepatic sinusoidale-block)، په خاصه توگه لوړ خطر په Hepatitis-C-infection+

(Alkoholabusus، Morbus-، Cholangitis، Liver-Fatty، Periporatale-Fibrose،

WILSON، Vinylchloridintoxication، Sarcoidose، Congenital-Cysts، په کرونيک ډول د arsenic

(ارسینیک) له کبله Intorication (Chronic-arsenic-intoxication).

Schistosomiasis (شیستوزومیازس) په نړۍ کې معمولاً یو له هغه ډیرو لاملونه څخه د! Portale-

، Praesinusoidale-block، Intrahepatic، شمیږل کېږي.

C. Post-hepatic-Block، (extrahepatic-pastsinusoidale-Block):

بندښ يا Obstruction په V.Cava.V.hepatica او يا خو هم د V.hepatica-thrombose (BUDD-)، CHIARI-Syndrom چې د يوه Stasis له کبله په Hepato کې مينځ ته راځي يعنې د Stasisliver، د اوږد محاله "Pericarditis Calcarea"، "cardiaque Cirrhosis"، "decompensations-cordinsuffic"

D-دې وينې ناروغي = Haemorrhagic-Disease:

لکه Coagulation-disorders:-

-:Pathologie

Collateral-Circulation <=Portale-Hypertonie :A

1 - Vena-Gastrica (،V.gastria-sinistra)، V.Coronaria-Ventriculi <= Oesophagusvarice
 2 <= V.cava-Superior <=V.azygos) Haemorrhagie تر ټولو ډيره په Cardia کې (ډيره زياته ، د سيلې يا طوفاني په ډوله ، لکه ډکه کاسه).

2 - V.Umblicale کې Recanalisation مينځ ته راځي <= چې د ليدلو وړ Caputmedusae شتوالي موندلې شي.

3 - Plexus-rectalica <= V.mesentrica-inferior ، Pelvic-Venae <=V.cave-inferior (د ليدلو وړ د وينې د رگونو ډنډونه يا خليج په ريکت کې) اما دا Haemorrhoid ! نده . دا کېدای شي چه د تعريف له مخې د arteria جوړيدل يا مينځ ته راتگ وي.

4 -Retroperitoneal

د Gaster له لاري <= Splen <= V.Nephralis (په تيره بيا دې کيني يا sinistra خوا کې) <=V.cava. inferior ته .

B: Splenomegalie <=Portale-hypertension او دې هيمو ليزيز (Haemolysis) (د وينې د سرو ژوانکو د له مينځه وړل) عمليې ته سرعت يا بېره ورکوي <= چه تر ټولو ډير Thrombocytopena او دې ډيري لوري کېچې مړينه (letalitaet) د Haemorrhagie له کبله واقع کېږي، همدارنگه Leucopnea او يو لږ شاتنه Anaemia او دې Haemosiderin ترسب يا رسوب .

C: د Ascitese جوړيدنه :-

په Hepar کې د پروټين جوړيدلو له لږوالي يا د کم والي له کبله (Hypalbuminaemea) <= او دي وينې Oncotic فشار ټيټيدل) او دې hydrostatic فشار لوريدل د Portale-hypertension له کبله له Hepato څخه د Lymph بهر ته وتل (خارج کېدل) په تيره بيا په Post-hepatic-Block کې) او Sec.Hyperaldosteronismus (په پوره توگه دنده نه رسونکي لږمون يا Hepar-Insuffienciea له کبله Aldosteron او ADH ډير له مينځه نه ځي يا نه تخريب کېږي چه دا عمليه دې Na+ او H₂O د Retention يا احتباس او توليدو لامل گرځي) <= او په پاي کې Ascites مينځ ته راځي .

D- په ټولنيزه توگه Haemorrhagie ته ميلان دې Coagulation's-parameter د لږوالي له کبله په Hepar کې دي synthesis د لږوالي له کبله).

E په ټوليزه توگه بدلون په Haemodynamic کې :-

دې ويني بهير د Hepato په مينځ کې د پورټال په برخه کې ټيټيريپري يعني هغه برخه وينه چه په جگر کې د پورټال څخه تيرېږي لږ کېږي=> چې د arteriale برخه کېدای شي چې په Compensatoric ډول دوه برابره له نورمال ډول څخه لوړه يا پورته شي (1li/min).
 ډولونه = **Classification**:

-I CHILD – Classification دې هيپتود دندې په اساس (1964):

Ø Ascites Albumin > 3.5g/dl, Bilirubin < 2mg /dl : Group -A Ø Neurologic Symptoms ، غذايي حالت يې ښه وي.			
Ascites, Albumin, 3-3.5g/dl, Bilirubin 2-3mg/dl: Group-B اساتيا يا ساده ډول له مينځه ځي (Elimination)، لږ شاتته Neurologic symptoms، د ناروغ عمومي حالت ښه وي.			
Therapie refratarius Ascites, Albumin <39/dl , : Group -C د Bilirubin > 3mg/dl ، دې Neurologic symptom ډېرا و شديد وي، د احتمال په صورت کې coma-hepaticum او بده يا خرابه غذايي حالت.			
-: PUGH – Classification -II			
	1 Point	2 Point	3 Point
Albumin (g/dl)	> 3.5	3 – 3.5	< 3
Bilrubin (mg/dl)	< 2	2 – 3	> 3
Quick (%)	> 60	40 – 60	< 40
INR تر ډيره حده	< 1.7	1.7 – 2.3	> 2 – 3
خرنگه چې پاس وويل Encephalopathy شي	0	1 – 2	3 – 4
Ascites	0	+	+++

:Pugh A:5-6 point , Pugh B:7-9 point, Pugh C:10-15 point

-III د AUVERT دڅيړنې له مخې هغه پراخيدونکي د شکل بدلونونه چې دې Occlusion of the portale vein (انگريزي) له کبله مينځ ته راځي په لاندې ډول دي:-

Typ I : V.portae پړانستې وي، د Intrahepatic څانگې بندي وي (5% د پېښو جوړوي).

Typ II د: V. Portae تنه (ساقه) بنده وي (65% دې پېښو).

Typ III د: V.Lienalis او V.mes.Sup د يوځای بهيدل (Lat.-Confluence لایتن) بنديدل (1% د پېښو).

Typ IV: بندښ او stenose د V.porntae په ټول بهير کې (20% د پېښو).

-:Clinic

abdomen په پورتنی برخه کې د درد شتون.
 لږ شاتته caput-medusae,spider naevi,palmarerythem- ICTerus.

.. Oedema, (Umbilical hernia) Ascites
Encephalopathie (درجه بندي يې دې BURNS, TRAY او SAUNDERS, 1966).

لومړي درجه:- لږ شاتته confusion ، ورو ورو فکر کول، د خوب نا آرامۍ د غږ رېږدېدل يا بدلون ، لږ شاتته Tremor او نورماله EEG.
دويمه درجه:- نامناسبه اړيکې يا کړه وړه (برخورد) چې له اصلي حالت سره تطابق ونه لري، دخوب يا ويده کيدلو شديد حالت. to flap flattern=Asterixis=flater tremor انگريزي، په ټوليزه توگه په EEG کې د سرعت لږ والی تر سترگو کېږي.
دريمه درجه:- ناروغ تر ډيره وخته پورې ويده وي، يعنې ډېر خوب کوي، ناروغ دې وينبیدو وړ وي يعنې سپرې کولای شي، چې هغه وينب کاندې، flatter tremor، Massive confusion تر دې وخت شتون لري. Abnormale - EEG
څلورمه درجه - coma = کوما، Tremor , foetor hepaticus, نور شتون نه لري، EEG د تل لپاره غير نورمال يا Abnormale وي.

Flatter-tremor: په غزیدلو مړوندونو د لاسونو شاخوا ته قاتول يا dorsalflection hands او گوتي پراخه نیولو (د گوتو تر مینځ فاصله مینځ ته راوړل) کې له حده زیاته ټکان لرونکی یا ریریدونکی tremor په لاسونو او گوتو (تقریباً 1/sec) کې د لیدلو وړ ویو چې لامل یې په نابیره توگه د لرونکی Tonus له لاسه ورکول وي ⇐ چې دا Characteric وي امانه specific (DD: Uraemia او Cordial insufficiency سره).

-:Oesophagus varice haemorrhagie

تر ټولو ډېره هغه وخت لیدل کېږي، چې فشار لوړ شي، لکه په abdomen باندې زور یا فشار راتلل او یا Haematemesis ⇐ Vascular-arrosion (وینه لرونکی استفراغ)، Melaena، Teerstool.

:Diagnosis

Anamnses او کلینیکي پلټنې:- Spider-naevi, Oedema, Ascites, Icterus- splenomegalie ، Palmar-ergthema, caput- medusae.

2. Hepato :Sonographie [«دې Cirrhose نښې: د ځگر د پورتنی یا سطحې برخې ټیټوالی اوجگ والی (غير متناظر) حالت لري، په د معنی چې پورتنی برخه یې هواره نه ده Periphire-vascular-rarefication همدارنگه Capsulline یا د کپسول د خط نشتوالی»]، دې V.portae پراخوالی یا (<15mm) dilatation ، Ascites, splenomeglie, porto-cavale-anastomoses ؟ او مدارنگه رنگه



(2)

Doppler-sonographie: دې portale د وینې بهیر لږ وي يعنې گړندیتوب یې لږ شوی وي، او یا برعکس ډېر شوی وي.

لابراتوار:-

Quick↓، تیتیبېري، (Albumin↓) پروټين، ټوليزه Bilirubin↑، Transaminases↑، Gamma-GT
تیتیبېري.

-:Endoscopy

Oesophagus اويا Gastral-Fundus-varicea په 30-50% پېښو کې سره له د چې د Oesophagus
د Varice هيموراژي پېژاندله شوي وي، بيا هم Haemorrhagy له يوه بلې چينې يا منبعې څخه وي! (لکه
Adenom, Gastritis, Erosions, Ulcus,
(Mallory-weiss-syndrome, carcinom

رادیوگرافي:-

په سيخه (direct) او يا نا سيخه (Indirect) ډول Spleno-porto-graphie او يا NMR-Angiographie
په مرسته.

د Portale د فشار اندازه کول په direct ډول.

Heparboipsie

:Therapie

Conservative: Oesophagusvaricehaemorrhagie: د ضايع شوي مايعاتو د حجم جبران يا بيرته اعاده
کول د مرکزي vena د کنتيتر له لارې volume-replacement د CVC له لارې، Transfusion (د وينې تطبيق
کول). اوږد محاله کنتيتر (د مايعاتو ديپلانيس يا توازن لپاره = ورکړه او بهر کېدل)، په intensive يا جدي
پاملرنې سره.

:Medicamentum

په acut ډول د فشار تیتيول (د فشار ښکته کول) په V.Porta سيستم کې د Vasopression او يا
Terlipression (ADH-Analagon) او Nitrate په واسطه.

په لومړيتوب کې يا لومړی بايد هڅه وشي، ترڅو Varicae د يوه اندوسکوپي ليگاتور (Endoscopic-
Ligatur) په واسطه ټينگ شي، (کنټرول يې وروسته له 4 ساعته او 11 ورځو وشي او همدارنگه د امکان په
صورت کې تکرار شي، په تيره بيا که Sclerosation د Poildocanol په واسطه) او يا همدارنگه دې
اندوسکوپ په مرسته دې وريس Sclerosation د Intravasal-Injection د فيبريني سرېس په واسطه N-Buty
Histo-acryl(2)-cyanacrylat، کنټرول وروسته له 4 ورځو او د ضرورت په صورت کې تکرار شي) په دې
توگه کېدای شي، چې 90% د پېښو کې د وينې بهېدنه ودرول شي.

Sound يا Tube يوازې هغه وخت پکار وړل کېږي، چې هيموراژي نه دريدونکي وي ← ميخانیکي فشار په
Vena باندې راوړل شي:-

Dopplebalon-catheter=SENGSTAKEN-BLAKEMORE-Sound د Oesophagusvaric لپاره

او همدارنگه دې Cardiavaricea لپاره او LINTON-NACHLAS-Sound (2) = ساده بالون لرونکی کنتيتر

د gaster-fundus varice لپاره هېڅ وخت له 24-12 ساعتو څخه ډېر پاتې نشي، (ساعته 48-max) ځکه چې هلته د نکروز خطر په Mucos طبقه کې لوړه ده.

Prophylaxis:

که په یوه Heparcirrhose کې Oesophagus-varice پېژاندل شوی وي، کولای شي، چې (Non-selective) β -Blocker پکار یوړل شي.

د یوه Prophylaxis (ژغورنکې) سکلارایزیشن او لیگاتور تراپي یا درملنه تراوسه بحث لاندې ده (یعنې بېلا بېل نظرونه شته).

Ascites:

Nacl (Max. 3g) او د اوبو مقدار (max.1.5li/day) (Aldosteron-), Diuretica, H₂O-Restriction- احتمالاً + Xipamid او یا Furosemid، (Paracentesis) پونکون، یوازې په بېړني حالت کې (عاجل پېښو کې) 1 لکه په Respiratory-Insufficiency + په یوه وخت کې یا همزمان د Albumin substitution.

Operative:

یواځیني هدف د Portale-hypertonie را تیتول دي (البته یوازې Palliative تدابیر نیول کېږي، بې له Transplantation څخه بله هېڅ لاره د اصلي درملنې نشته).

Indication. - نسبتاً احتیاط پکار ده، هېڅکله prophylactic-OP صورت ونه نیسي، ځکه چې هېڅکله د ښه والي نښې او پایلې نه لیدلې کېږي! هېڅکله دې! Haemorrhagie درجه کې یا حالت کې جراحي عملیات د ناروغ په عمومي یا ټولیزه حالت پورې اړه لري * یوازې د Child-A,B حالت کې شونې ده.

Prognosis:

Letalitaet: Oesophagus-varice-haemorrhagie: 25-30% د شاک له کبله چې د کتلوي وینې ورکونې یا Haemorrhagie-massive له کبله مینځ ته راځي، Hepar، Pulmonal-insufficiency- Aspiration، insufficiency.

د وینې د ورکونې بیا پېښو خطر یا Recidivhaemorrhagie خطر چې وروسته له Sclerosition څخه 30-40% د نوې Varice او یا Recanalisation (په تیره بیا په لومړیو 3 میاشتو کې وروسته له دې چې سکروزیشن په بری یا موفقیت سرته رسیدلی وي). او په Ligatur کې 20-30% ← په لومړي کال کې هرو 3 میاشتو کې د اندوسکوپي کنټرول صورت ونیسي. په ټولیزه توګه دې Portale hypertonie پایلې: وروسته له 5 کالو څخه د ژوند توقع یوازې 50% ده (وروسته له OP-shunt، همزمان یا له همدغه شیبې وروسته).

Budd-chiari-syndrome او Malign-Tumor ⇒ ډیری بدې دي اوبنې پایلې نه لري.

OP-Latalitaet: Child C 40%، Child-B-12%، Child: A 5% (Porto-Caval-Shunt).

Complication

Massive haemorrhagic د Oesophagus varice له کبله چې تر 30% مړینې letalitaet سره ملګرتیا لري (چې تر ډیره کچه د Oesophago-cardiale په سیمه کې لکه د Cardia په میخانیکي ډول دې خوړلو او یا بیرته ګرځولو یا Emesis ، ډېره قوي وینه ورکونه د وینې درګونو د construction د نشتوالي له کبله (کوم Vena چې هلته دی) او تر ټولو ډېر د Coagulation's parameter د لږوالي له کبله (چې دې Hepato دې سنتیز قدرت او فعالیت لږ کېږي، یا ستونزمن وي).
Recidive-haemorrhagic وروسته له Ligatur-/sclerosition therapie
Heparcoma د NH₃-Intoxication (امونیاک په لږمون کې په Urine موادو یا Urea بدلېږي) ژغورنه :
Reserbtion-Antibiotica نه ورکول (لکه Neomycin) + د کولمو پاکول = colon-irrigation
Colon-lavage=(Lactolosis) ، احتمال لري ، چې دغه لواز (دې باکټري له کبله د پروټین لږوالی یا د پروټین تخریب کیدل په کولمو کې جوړ شي ، NH₄⁺ لږ کاندې)
Hepato +shunt-OP :4OP د اړیکو پریکول (دا تدبیرونه یواځې Palliative ډول دي) ← Hepatic-Encephalopathie په 30-50% د ډېرو خرابو پایلو د تولسیک کیدلو د مانع کېدلو له کبله.
Hepato coma ، پوره کالوري لرونکی او پروټین لرونکی رژیم څخه ،
sclerosition د Oesophagus-Varice :-
Oesophagus stenose د Varices جوړیدنه په Cardia fundus کې.
Ballontamponade :د Mucose په سیمه کې د فشار له کبله نکروزي کیدنه.

DD

Ascites :- Hepar cirrhose , Portale Hypertonie
Peritoneal carcinom , Malignom
Inflammation (باکټري، توبرکلوز Lupus erythematodes)
Chyloes , Pancreatogen
Posttraumatic
Cardiale insuffienciea
[[[Hepar tumor =Hepar Tumor]]]

ډولونه:

Primarie او یا (Metastasis) secundarie د جګر تومورونه .
Beningne :Hepato Cel adenom ، Focal_nodulaer-haemangiom
FNH=hyperplasie، adenom، ductus-choleducus، fibrom، cholangiom.
Maligne-C Hepatocellulaere-carcinom (مشابه نوم یې: Hepatom، cholangio-cellulaere-
carcinoma، Hepatocellcarcinom، (Intrahepatic-cholangiocarcinom) مشترک ډول یې-Embryonale
haemangiom، Hepatoblastom، sarcoma، cholangio sarcoma، hepato metastases،

Aethologie:

الف: Hepato-cellulaer-carcinom: د لړمانه د سيروز يا hepatocirrhose پایلې او ناخوالې (complication/prognose) له کبله همدارنگه Chronic-hepatitis او Hepatiti-C-infect له کبله (البته باید وویل شي، چې په Perinatal infection کې د خطر کچه ډېره لوړه وي).
Thorotrast, (Mycosetaxin) Aflatoxin (پخواني پاتې شوي د راديو گرافي کاتترس مواد)، د-1-Alpha antitrypsin لږوالی.

ب: - Hepatometastases: په تیره بیا دې کولون کارسینوم او ریکتیم کارسینوم (چې دواړه په گډه توگه 90% د hepatometastases جوړه وي)، Mamma-ca., Gaster-ca., Pancreas-ca. او Nephral-Ca.

پنالوژي:

Haemangiom: ډېره برخه یې congenital ده، ډېر وخت شتون لري، کېدای شي چې په خپل سر ورک يا له مینځه لاړ شي.

دپتالوژي له مخې یوازې ډیر لوی یا غټ Haemangiom دې پاملرنې وړ وي، د Ruptur یا چاودیدنې خطر په ټولیزه توگه ډېر لږ ده.

Adenom: کېدای شي، چې Malignataete ته واوړي! Exstirpation، همدارنگه اړیکې یا ارتباط له contraception (Ovulation-inhibitor) سره، دې بیا مینځ ته راتگ ته میلان.

Regenerative-Nods:Focal-nodulaere-hyperplasy-(FNH) یا تخریبی غوټې له septum سره، یوه گډه اړیکې له contraception سره حدس وهل کېږي، Malignitaet ته بدلون نه مومي.
Histology: - په منځنۍ (مرکزي) برخه کې د جوړ شوي زخم نښې یا داغونه + ستوري ډوله پردې یا septum دلیدلو وړ وي.

Exstirpation - OP-Indica: یې یوازې هغه وخت کېږي، چې FNH لوي وي، او امکان لري، چې وچوي یا یې دچاودیدنې خطر شتون ولري.

DD: - Adenom ⇔ fine-needle-biopsy د پیژاندنې یا Diagnose لپاره ترسره شي.

- Chronic-hepatitis C

په 85% هغه ناروغانو کې چې په HCV اخته دي، دغه ناروغي پرمختگ کوي یعنې chronic-heap-C (چې په 25% کې بیا د ناروغۍ نښې نه ښيي یعنې asymptomatic تگ لاره لري، = HCV RNA-positiv، بې له دې چې transaminas لوړ وي)، په 20% ددغه ناروغيو په روان حالت کې دي 10-20 کالو په جریان کې یو Hepato-cirrhose مینځ ته راځي.

په دغه Hepato-cirrhose حالت کې د % 4-1 پورې په کال کې د carcinoma- Hepato-cellulaer، خطر شتون لري!

Therapie: - د ژغورنې هڅه باید وشي (د امکان په صورت کې کله چې دغه ناروغي یعنې Hepatitis-C په acut حال کې وي) او هغه دې دغه درملو په مرسته (Roferon) + Ribavirin (Rebetol) 2a-Interferon ∞ دې 6-12 میاشتو پورې ورکول شي.

فشار ورکونکی درد د abdomen په پورتنی برخه کې ښې یا dextra خواته (د کپسول د پراخیدو کش کیدلو له کبله درد مینځ ته راځي) د مړښت احساس.
 د احتمال په صورت کې د یوه مقاوم شي palpation (Hepatomegalie).
 د وزن له لاسه ورکول یا کمزوریتا، دې میتابولیزم د لږوالي یا کمښت له کبله، احتمالاً د despesa شکایت.

ICterus هغه وخت چې ductus choledocus تر فشار لاندې وي یا تر compression لاندې وي.
 د تې شتوالی = (Tempretur لوړ والی) هغه وخت چې د تومور لیزس (lysis) پیښ شوي وي، احتمالاً Paraneoplastic-polyglobulie.

Gastro-intestinal-heamorrhagie GIH = ⇐ احتملاً Haemobili ⇐ Tumor haemorrhagie

د یوه مخکنی Hepato cirrhose له کبله Decompensation.

احتمالاً: Ascites او Oedema د Hepato د کار او فعالیت د ضرر او یا دې دندې د ښه نه ترسره

کېدلو له کبله.

Diagnosis:

Anamnese او کلینیکي پلټنې.

Sonographie (د امکان په صورت له CM، Levosvist®، Sonovue®) : - تومورونه کیدای شي، چې یو شان ته Echo ولري، لکه (Hepato-celladenom, FNH)، یا خو هم Echo څخه ډک یا غني وي لکه (Colo-rectal-metastas, haemangiom) او یا Echopoor یا Echo کم والی یا نشتوالی ده لکه (Bronchial-carcinoma-metastas او یا Mamma-carcinom-metastase)، او یا خو هم په ګډه Echo لرونکی وي یعنې د Echo ډېر والی او لږ والی یا نشتوالی لکه په (Hepato-cellulaer-Ca) وي.
 د Metastases لپاره یوه وصفي نښه داده چې یوه Echo-poor څنډه یا حاشیه یا هاله ډوله څنډه د لیدلو وړ وي.

په malignitaete کې هغه وخت چې رنگه Duplex-sonograhpie صورت نیسي یا پلټنې تر سره کېږي، یوه وصفي لیدنه د Hyper-vascular isation د لیدلو وړ وي.
 لابراتوار:-

Alpha-1-Fetoprotein: Tumor-marker (AFP) نسبتاً وصفي ډول، دې یادونې وړ او مهمه ده چې د ناروغۍ په جریان کې کنټرول وشي، ځکه چې د Hepaocirrhose ناروغۍ په Hepato-carcinom او ښتونکی ده (لوړیدل په 100mg/ml)، او د تومور وروستي پالنې (د Recidive parameter له نظره) چې 80% دغه تومورونه په افریقا کې مثبت (Positive) دي.

CEA (Carcino-Embryonales Antigen) لږ شاتته وصفي (کېدای شي، په Gaster کارسینوم، Thyroid- Ca. Bronchial-Ca. colon-Ca. او Hepato-Ca. کې لوړ وي) او دې CA 19-9 وي.

AP, GGT او Transaminases احتمالاً لوړ وي، همدارنگه احتمال لري، چې Anaemie او Polyglobulie ولیدل شي.

- : Radiographie

CT \Leftarrow دسیمې د پېژاندنې لپاره یا Localisation's-diagnostic ، CT-Angio-graphie ، په تیره بیا Portal- arterial او د عکسو اخستیل یې په جریان د bolus په ډول + د Spiral-CT+I.V. Contramed. vena-phase کې \Leftarrow د Vascular اناتو میک او Perfusion ستونځې یا انومالي (defect) بنودنه یا لیدنه (Metastas ، Haemangiom ، Cysts:DD).

NMR native ، له CM (Gadolinium) او یا له SPIO (Super-paramagnetic-iron-oxideparticles) چې په دې توگه maligne-laeslon ډېره بڼه څرگنده او د پېژاندنې وړ وي. د امکان په صورت کې دې ERC تر سره کول ددې لپاره چې ductus choledocus په بڼه او روښانه ډول ولیدل شي.

د Thorax-Radiographie او CT-Thorax هم تر سره شي.

- : Scintigraphie او PET

دغه پلټنه یا معاینات ددې لپاره تر سره کېږي، چې په بڼه توگه د Metastases او FNH، Haemangiom تر مینځ توپيرونه وشي.

Fine-nedel-biopsie : که چیرې دې FNH، Adenom او carcinom د شتون شک موجود وي، اما نه په cysts کې .

Intra-Operativ-sonogra.=IOS=IOUS، که چیرې پخوا له دې څخه ناپېژاندل شوي خیالات نه وي پېژاندل شوي.

:Therapie

Conservativ -.- د Contraceptive د اخستلو درول یا قطع کول او یا د استروجن جوړونکي موادو (Oestrogen-preparation) د FNH او Adenoma په شتوالی کې قطع شي، که چیرې Adenom له مینځه لاړ نشي، یا بڼې پایلې ونه لري نو بیا \Leftarrow جراحي عملیات تر سره شي.
: Paliativ-situation= multiple Heptotumor (Inoperabel)
په ټولیزه (systemic=) یا سیمه ایزه (local) ډول arteriale-chemotherapie له (5-Fu)، Fluoruracil او folin acid سره.

Indica - Hepato-cellulaer-carcinom او Metastase یوازې په hepato کې چې نباید له 50% څخه زیات وي، هیڅکله په Hepat- cirrhose کې ور نکړل شي (خاصاً په Colorectal- او Mamma- carcinoma-metastasis کې).

په سیمه ایزه توگه دې arteriale – chemotherapie ورکونه:-

Cholecystectomie (دیوه Toxic-cholecystitis دمخنیوي په خاطر)، دیوه سند (sonde) ننویستل په A.gastrodoudenalis په یوه لنډه فاصله یا واټن مخکې له A.hepatica او د یوه کتیترا اینودل او د دوی اړیکې له یوه subcuton implantaert-port-system. په مرسته، همدارنگه وروسته بیا د

A.gastricadextra او A.gastrodoudenalis ترل يا ligature (دې توکسيک Gastaritis د ژغورنې لپاره). شيمو تراپي دې 14 = څوارلس ورځو لپاره.
 نېټگنې: - لږ شاتته جانبي عوارض لري، يعنې جانبي عوارض يا ناخوالي يې لږ وي، ځکه چې اساسي اثر يې په Hepato کې وي او سيستمیک اثر يې ډېر لږ وي.
 وروستی (Palliative) پروسه د يوه Punctuellar-therapie چې د يوه تومور/اویا ميتاستاز:-
 په لوکل يا سيمه ايزه توگه د Alcohol-ingjection (95% Ethanol-injection-percutan) ،
 Laser-inducert=LITT) percutan-local-hyperthermie ،
 Radio frequence ablation ، (-Interstitialle thermotherapy

:Operative

Benigne-Hepato-tumor:- لکه adenom ، وينه ورکونکی يا لوي Haemangiom (< 5cm)
 Maligne.HT:- جراحي عمليات يوازینی د درملنی لاره ده.
 اما: يوازې 20% يې Curativeoperabel دي ، په دې معنی چې يوازې 20% يې روغيدونکی دي، ځکه چې ډېر وروسته پېژاندل کېږي! تومور بايد د hepatar په يوه Segment پورې منحصر يا محدود وي (T1-T2) وي ← مهمه خو داده چې: ډېر مخکې وپېژاندل شي، يا په ځگر کې د ميتاستاز earlydiagnose صورت ومومي ← OP (Periphereresection) ممکن ده هغه وخت يو ميتاستاز په مکمل ډول لري کېدای شي، چې (Solitaermetastase) په max. ډول تر څلور ميتاستاز ه په Max. څلورو segments کې وي، او ميتاستاز يوازې په hepato کې وي (او هيڅ يو بل اورگان يا غړي نه پرې اخته شوي) او لومړنی تومور همدارنگه د جراحي عمليات وړ وي.

د مداخلې لاره يا لاس رسۍ :- Entrance:

Transvers يا Mediane ډول دې ابدومن په پورتنی برخه کې شق يا Laparatomie او يا د castale د څنډو لاندې شق او يا خو هم entrance+laparatomie trans thoracale هغه incision technic چې نن ورځ بڼه برياليتوب لري هغه يا (Ultra cision) او يا (Jet-cutter) ده.
 د وينې ضایع کيدل د CVP يا د مرکزي ورید فشار د لويدلو يا کم کېدلو له کبله $3\text{mmHg} >$ څخه نور هم لږ وي.

-: Periphere resection

indicare په سطحی يا Superficial برخه کې، په peripher کې موقعیت لرونکی ميتاستازونه چې دې روغې برخې resection دي، Wedgeexcision په ډول سرته رسېږي، بې له اناتوميکی حالت په نظر کې لرلو سره دې 1cm (يو سانتی متر) په اندازه يوه مطمئن سيمه په نظر کې نيول کېږي يا په بل عبارت په دغه excision کې د يو سانتی متر په اندازه روغه سيمه هم ورسره لري کېږي.

-: Hemi hepatectomie

د V.cava-cholecyst line په جهت (کينيې يعنې Sinistra او يا بڼی Dextra) د IV-segment يا څلورم سگمنته د بڼې ليکې يا line له خوا پيل کېږي.

د Hemi hepatectomie dextra پراخوال:-

دلته په جهت د (segment-IV+) lig.falciform.

-: Hepato-segment-resection-sinistra

د هیپار کینې خوا سگمنت تر Lig. Falciforme پورې.

-: Ultima ratio for hepato cell-Ca.

Hepato_Transplantation هغه وخت چې میتاستاز یې نه یې ورکړي، یا د میتاستاز په نشتوالي مرحله کې وي.

Palliative Operation:- په بېرني حالت کې لکه Dcudenal-compression-stenose-pylorus حالت

کې بیا د یوه Gastroenterostomie ایښودل د BRAUN-Enteroanastomose په تگ لاره (طریقي) سره .

-: **Prognose**

Adenome او FNH معمولاً بې ضرره یابې زیانه وي، اما خطرناکه خوبیا د Malignataet والي په Adenomae کې وي.

-: **Maligne-Tumors**

پایلي یې ډیرې بدې یا خرابې وي، بې له جراحي عملیات څخه 6 میاشتي ژوند کول، په منځني عمر کې اټکل=حدس وهل کېږي، له جراحي عملیات سره په منځني توگه (post-operative) تقریباً 12 میاشتي (یو کال) حساب شوي.

د OP خطر لوړ ده، تقریباً 10% Letalitaet مرینه.

-: **Hepato metastasis**

که چیري Ro-Resection (=complett-Resection) شونی وي، نظر په دې چې که چیري لومړنی تومور وي بیا نو 35% ناروغان تر 5 (پینځو) کالو عمر یې اټکل کېږي، او که چیري بیا Ro-Resection شونی نه وي بیا (palliative situation) ⇐ همدارنگه له Chemo therapie او یا په سیمه ایزه یا لوکال پروسه کې یوازې تقریباً 12 میاشتي په متوسطه عمر د ژوند کول اټکل کېږي (او یا خوهم له دغه څخه لږ او دا هم دې پورې اړه لري، چې لومړنی تومور څومره په تیري یا تهاجم کې ده).

-: **Complication**

Ruptur :Haemangiom = چاودیدل.

Hepatocarcinoma: ډېر مخکې له وخته یا ډېر ژر لیردونه یا میتاستاز ورکول

(Osai, cerebral, plumonal) یعنی په سږو دماغ او هډوکو کې .

OP – 3: Haemorrhagie ، د chole (صفاوي موادو) لیک کېدل، د Suturainsufficiencie او Subphrenic Abscess .

Hepato-insufficiencie، چې دې پرانشیم د دندې قدرت لږ کېږي، (تر ډېره حده چې ورسره بیا

Hepato cirrhosis هم وي)

Prophylax = مخنيوی :-

د تومور پالنه وروسته له عمليات څخه بيا په Maligna-hepato-Tumor کې :- postoperative-AFP- control چې 50ng/li څخه لوړېږي، او دا يوه د بيا مينځ ته راتگ نښه ده، يا شك د تکراري حالت ښی،sonographie او Thorax-radiographie د هرو شپږو (6) مياشتو په وټن کې .
د Hepatitis-B-vaccin واکسين په ماشومتوب کې د دغه کارسينوم خطرات ډېر ټيټوي!

DD :-

الف :- peliosis-hepatis,cystes,Abscesses (له وينو ډك شوی Cavitaete).

ب :- د Ductus choledocus-Ca. (KLATSKIN-Tumor).

پای

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Turial from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Dear students of medicine, dear colleagues,

The decision of translating a “general surgery” book into Pashto was motivated by the wish of bringing Afghan students and doctors of medicine in contact with current and recent methods, diagnoses and therapies of surgery. Moreover, I recognize that the books which are available in Afghanistan are mostly written in use of English and Arabic terms instead of using international medical terms which mostly originate from the Latin and Greek language. Additionally, most medical doctors do mostly know the Arabic or English terms while speaking about diseases, because they did not learn enough of the internationally correct Latin and Greek terms.

Furthermore I have written the book “medical terminology”, because Afghan school pupils do usually not have Latin lessons in school. Therefore, they are not used to it when starting the studies of medicine at university. Consequently, they learn most of the medical terms in Arabic and English and only some in Latin or Greek. But because students have most of their books from abroad, they will not be able to understand the language used in those books without being familiar with the international medical terminology in Latin and Greek. For this reason, “medical terminology” offers students and doctors the possibility to have an extensive and comprehensible book with which one can adopt the medical terms in a Pashto dictionary.

GulsimaIbrahimkhelQaderi

Hamburg, 08.12.2012

د لوي، بسونكي او مهربانه خداي(ج) په نامه



زه گلسيما ابراهيم خيل (قادري) د مرحوم بازمحمد ابراهيم خيل (نادري) لور چې د کابل ولايت د پغمان ولسوالي د نادرخېلو په کلي کې مې دې دنيا ته سترگې پرانستلې دي خپل لنډ علمي ژوند ليک داسې ليکم:

لومړنۍ زده کړې مې د پغمان د نجونو په بسوونځي کې، منځنۍ زده کړې بيا د جلال آباد په الايي لېسه کې او پاتې مې د کابل په عايشه دراني لېسه کې سرته رسولي دي، چې د بسوونځي د پيل څخه تر خلاسېدلو پورې ټول د لسو کالو په موده کې پاي ته ورسيدې. وروسته د کانکور له ازموينې څخه د لوړو نمرؤ په اخستلو سره چې د کابل پوهنتون له نورم څخه زياتې وي نو پدې توگه زه يوه بهرني هيواد ته د لوړو زده کړو لپاره وټاکله شوم خو له يوې خوا د وخت د شرايطو له امله او له بلې خوا له طبابت سره د ډېرې مينې درلودلو له کبله دې ته وهڅېدم چې دهغه بورس له منلو څخه ډډه وکړم او د کابل د طب په انستيتوت کې مې خپلې زده کړې په عمومي طب (Human Medicine) کې پيل او وروسته د دولتي ازموينې څخه مې په بري سره پاي ته ورسولې، چې له هغه وروسته مې د طب د ډاکټري په توگه په ملالۍ روغتون او د کابل ښار د مور او ماشوم د ساتنې يا ژغورنې په ځينو کلينيکونو کې مې خپله مسلکي دنده ترسره کوله، خو له بده مرغه چې په کال ۱۹۹۲ ميلادي (۱۳۷۱ هـ.ش) هېواد د ناخوالو او ناوړه شرايطو له کبله مې خپل ټاټوبي پرېښود او اوس دلته په اروپا کې له خپلې کورنۍ سره لکه د نورو ټولو هېوادوالو په څېر د پردېسۍ ژوند تېرومه، نورې پرمختللي زده کړې مې د آلمان په هېواد کې ترسره کړې او په خپل مسلک کې مې کار پيل کړی.

Book Name General Surgery
Author Dr. Gulsima Ibrahimkhel Qaderi
Publisher Khost Medical Faculty
Website www.szu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200999