

**O 'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA' LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI, O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI,
URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

UDK 616.34–007.272:617.55–053.2–089

Q`o'lyozma huquqi asosida

**OCHILDIYEV ISLOMBEK AMANBEK O`G`LI
BOLALARDA GIRSHPRUNG KASALLIGIDA QORIN-ORALIQ
PROKTOPLASTIKA USULINI TANLASH**

Mutaxassislik: 70910302- "Bolalar jarrohligi"

Magistr akademik darajasini olish uchun yozilgan

DISSERTATSIYA

Ilmiy rahbar:

T. f. d., dotsent: Sapayev O. K.

Urganch-2026

**Dissertatsiya Urganch davlat tibbiyot institutining bolalar jarrohligi,
anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida bajarildi.**

Ilmiy rahbar: tibbiyot fanlari doktori, dotsent _____O. K. Sapayev

Kafedra mudiri: tibbiyot fanlari doktori, dotsent_____O. K. Sapayev

Magistratura bo'limi mudiri: _____O`razmetova N. Sh

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI.....	4
KIRISH.....	5
I BOB. GIRSHPRUNG KASALLIGI, ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI VA JARROHLIK DAVOLASH USULLARIGA ZAMONAVIY YONADSHUVLAR (Adabiyotlarni sharhi).....	7
§1.1. Bolalarda Girshprung kasalligining etiopatogenezi.....	7
§1.2. Girshprung kasalligining tasnifi.....	11
§1.3 Klinik ko'rinishlar va differentsial tashxis.....	13
§1.4 Jarrohlik davolash usullari.....	14
II BOB. KLINIK MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARIGA UMUMIY TAVSIF.....	33
§2.1. Klinik kuzatuvlarning umumiy xususiyatlari.....	33
§2.2. Tadqiqot usullarining xususiyatlari.....	37
§2.3. Jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlik va jarrohlik davolash usullarining umumiy xususiyatlari.....	39
§2.4. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va emizikli go'daklarda Girschsprung kasalligining klinik ko'rinishlari.....	45
§2.5. Bolalarda Gishprung kasalligida yo'g'on ichakning morfologik tadqiqotlari natijalari.....	47
III BOB. BOLALARDA GIRSHPRUNG KASALLIGINI JARROHLIK DAVOLASH NATIJALARI.....	49
§3.1. Nazorat guruhidagi bemorlarni jarrohlik davolash natijalari.....	49
§3.2. Asosiy guruhdagi bemorlarni jarrohlik tuzatish natijalari.....	55
§3.3. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda asosiy va nazorat guruhidagi bemorlarni davolash natijalarini qiyosiy baholash.....	59
XULOSA.....	62
AMALIY TAVSIYALAR.....	67
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	68

SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI

AXE-asetilxolinesteraza

GK-Girshprung kasalligi

QOP-qorin-oraliq proktoplastika

GBBE-Girshprung bilan bog'liq enterokolit

APPP - abdominooraliq proktoplastika

IT-ichak tutilishi

NSG-neyrosonografiya

PPI-polipozitsiyali irrigografiya

RAIR-rekto anal Inhibitor reflyuksi

SMM-sfinkteromanometriya

UG-umumiy aganglioz

YITET-yo'g'on ichakning transanal endorektal tushishi

UT-ultratovush tekshiruvi

SIQ-surunkali ich qotishi

MAT- Markaziy asab tizimi

KIRISH

Dissertatsiya mavzusining dolzarbligi va zarurati. Girshprung kasalligi (GK), shuningdek, "tug'ma megakolon" nomi bilan ham ataluvchi yo'g'on ichakning og'ir malformatsiyalaridan biri ganglion hujayralarining yo'qligi bilan tavsiflanadi. Odatda distal yo'g'on ichakda va bolalarda ovqat hazm qilish trakti patologiyasi tarkibida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. So'nggi yillarda ushbu patologiya ancha keng tarqalgan bo'lib, hozirda 5000 yangi tug'ilgan chaqaloqda taxminan 1 ta holatda kuzatiladi. Koloproktologiyaning zamonaviy rivojlanishiga qaramay, turli yoshdagi bolalarda GK tashxisi va davolash muammosi hozirgi kungacha dolzarb bo'lib qolmoqda va to'liq hal qilinmagan. [1,21].

Jarrohlik amaliyoti yo'li bilan davolash bo'yicha ko'plab tadqiqotlarga qaramay, jarrohlik amaliyotidan keyingi surunkali ich qotishi, najasni ushlab turolmaslik (Fecal incontinence), axlat tekkizib qo'yish (Encopresis) kabi ko'p sonli asoratlarni kuzatilmoqda [2,6]. Davolashning qoniqarsiz natijalarining sabablari quyidagilardan iborat: jarrohlik amaliyoti vaqtini noto'g'ri tanlash, jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlikning yetarli emasligi, jarrohlik aralashuv usullarini noto'g'ri tanlash, jarrohlik amaliyotidan keyingi davolash, funktsional reabilitatsiya va dispanser kuzatuvini to'liq olib borilmasligi sabab bo'ladi [3].

So'nggi yillarda jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarni baholashda Clavien–Dindo tasnifining joriy etilishi ushbu muammoni standartlashtirilgan tarzda tahlil qilish imkonini bermoqda. Ushbu tasnif asoratlarning og'irlik darajasini ularni bartaraf etish uchun talab qilinadigan davolash hajmiga asoslanib baholanadi va jarrohlik usullarining haqiqiy samaradorligini ob'ektiv solishtirishga imkon yaratadi.

Shu munosabat bilan, Girshprung kasalligi bo'lgan bolalarda Soave–Boley va Soave–Lenyushkin usullarini Clavien–Dindo tasnifi asosida qiyosiy tahlil qilish dolzarb ilmiy-amaliy ahamiyatga ega bo'lib, jarrohlik usullarini yanada takomillashtirishga xizmat qiladi.

Tadqiqotning maqsadi. Girshprung kasalligi bilan kasallangan bolalarda Soave–Boley va Soave–Lenyushkin qorin-oraliq proktoplastika usullarining jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlar chastotasi va og‘irligini Clavien–Dindo tasnifi asosida qiyosiy baholash hamda jarrohlik usulini tanlash uchun amaliy mezonlarni ishlab chiqish.

Tadqiqot vazifalari.

1. Girshprung kasalligi bilan kasallangan bolalarning klinik-anatomik xususiyatlarini (yosh, jins, kasallik shakli va klinik kechishi) tahlil qilish.
2. Soave–Boley va Soave–Lenyushkin usullari bo‘yicha jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bemorlarda erta va kech operatsiyadan keyingi asoratlarni aniqlash va tizimlashtirish.
3. Jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarning og‘irlik darajasini Clavien–Dindo tasnifi asosida baholash.
4. Soave–Boley va Soave–Lenyushkin qorin-oraliq proktoplastika usullarini jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlar salmog‘i va og‘irligi bo‘yicha qiyosiy tahlil qilish.
5. Olingan natijalarga asoslanib, Girshprung kasalligida qorin-oraliq proktoplastika usulini tanlash uchun amaliy mezonlarni ishlab chiqish.

Tadqiqot ob'ekti. 2010-yildan 2025-yilgacha bo'lgan davrda Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali va Xorazm viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi negizida Girshprung kasalligi bilan Soave-Boley va Soave-Lenyushkin bo'yicha qorin-oraliq proktoplastika usuli bo'yicha jarrohlik amaliyoti bajarilgan 24 nafar bolaning retrospektiv kasallik tarixi va shaxsiy kuzatuvlar.

Tadqiqot usullari: Tadqiqot jarayonida quyidagi usullar qo‘llanildi:

- **Klinik usullar:** anamnez yig‘ish, bemorlarning umumiy va lokal ko‘rikdan o‘tkazilishi, anorektal sohani tekshirish, raqamli rektal tekshiruv;
- **Laboratoriya usullari:** umumiy qon tahlili, biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma, siydik va koprologik tekshiruvlar;
- **Instrumental usullar:** qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti bo‘shlig‘ining ultratovush tekshiruvi, neyrosonografiya, ekokardiografiya, polipozitsion irrigografiya va oddiy rentgenografiya;

- **Morfologik va gistologik usullar:** to'g'ri ichak va yo'g'on ichakdan olingan biopsiya materiallarini gematoksilin-eozin va kumush nitrat bo'yash usullari yordamida tekshirish;
- **Jarrohlik usullari:** Girshprung kasalligi bo'lgan bolalarda Soave–Boley (n = 16) va Soave–Lenyushkin (n = 8) qorin-oraliq proktoplastika usullari;
- **Asoratlarni baholash usuli:** jarrohlik amaliyotidan keyingi erta va kech asoratlar Clavien–Dindo tasnifi asosida baholandi;
- **Statistik tahlil usullari:** kichik tanlama hajmini hisobga olgan holda guruhlar o'rtasidagi farqlar Fisherning aniq testi yordamida tahlil qilindi, $p < 0,05$ statistik jihatdan ahamiyatli deb qabul qilindi.

Kutilayotgan ilmiy yangilik: Girshprung kasalligi bo'lgan bolalarda retrospektiv va istiqbolli tadqiqotlar tahlili asosida diagnostika va jarrohlik davolashning asosiy muammolari aniqlandi va jarrohlik davolashning maqbul, ilmiy asoslangan usullari taklif qilindi.

Ishning kutilayotgan amaliy ahamiyati: Ushbu tadqiqot natijalari Girshprung kasalligi bo'lgan bolalarda qorin-oraliq proktoplastika usulini tanlashda amaliy ahamiyatga ega bo'lib, klinik amaliyotda jarrohlik taktikasini optimallashtirish imkonini beradi.

Olingan ma'lumotlar Soave–Boley va Soave–Lenyushkin usullarining operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasi va og'irligini Clavien–Dindo klassifikatsiyasi asosida baholash orqali jarrohlik usulini tanlashda ob'ektiv mezon sifatida qo'llanishi mumkin.

Tadqiqot natijalari asosida bolalar jarrohligi bo'limlarida Girshprung kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolashda asoratlarni erta aniqlash va ularni oldini olishga qaratilgan klinik qarorlar qabul qilish imkoniyati kengayadi. Tqilingan tadqiqot natijalari Xorazm viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi va Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali bolalar jarrohligi bo'limlarida amaliyotiga joriy etilishi mumkin.

**I BOB. GIRSHPRUNG KASALLIGI, ETIOPATOGENEZI,
KLINIKASI VA JARROHLIK DAVOLASH USULLARIGA ZAMONAVIY
YONADSHUVLAR (Adabiyotlar sharhi)**

§1.1. Bolalarda Girshprung kasalligining etiopatogenezi

Bolalalar koloproktologiyasining rivojlanishiga qaramay, surunkali yo'g'on ichak stazini tashxislash va davolash muammosi hozirgi kungacha to'liq hal qilinganich yo'q hamda dolzarbligicha qolmoqda. [16,17,23]. Girshprung kasalligi juda keng tarqalgan rivojlanish anomaliyasidir. Girshprung kasalligi 5000 yangi tug'ilgan chaqaloqlardan taxminan 1 tasida kuzatiladi. Bolalarning taxminan 80 foizida to'g'ri ichak yoki sigmasimon ichakda "o'tish zonasi" mavjud. Yana 10% proksimal yo'g'on ichak shikastlanishiga ega, 5-10% esa distal ingichka ichakning turli shikastlanishi bilan to'liq yo'g'on ichak aganglioziga ega [1]. Odatda bu holat o'g'il bolalarda qizlarga nisbatan to'rt baravar ko'p uchraydi. Uzoq segment holatlarida bu nisbat 1,5:1 (o'g'il/qiz) ni tashkil qiladi. Oilaviy holatlar qizlarda uch baravar ko'p uchraydi va taxminan 4% ni tashkil qiladi [35]. Yo'g'on ichak agangliozining tarqalishi etnik guruhlar orasida sezilarli darajada farq qiladi. Hozirgi vaqtda Girshprung kasalligi polietilogik kasallik hisoblanadi [30, 34].

Ushbu kasallik haqida ilk ma'lumotlar F. Ruyesh-patolog (1691) nomi bilan bog'liq bo'lib, u besh yoshli bolaning otopsiyasida yo'g'on ichakning kengayishini aniqladi. Keyinchalik adabiyotlarda kattalar va bolalarda yo'g'on ichakning kengayishi va gipertrofiyasining alohida tavsiflarini ko'rishimiz mumkin, ular kasuistik holatlar deb hisoblangan [1]. Faqat 1886 yilga kelib daniyalik pediatr Garold Girshprung (1830-1916) Berlin bolalar shifokorlari jamiyati yig'ilishidagi ma'ruza qilgan o'sha paytgacha tasvirlangan 57 ta holatni va megakolonning 2 ta kuzatuvini umumlashtirishga muvaffaq bo'ldi. U mavjud bo'lgan barcha materiallarni tizimlashtirishga, klinik ko'rinishni tavsiflashga va uni mustaqil nozologik birlikka ajratishga erishdi. Keyinchalik tug'ma megakolonga muallifning ismi berildi. Biroq, u kasallikning asl sababini ko'rsatmadi, shunchaki gipertrofiyalangan devor bilan kengaygan yo'g'on ichakka e'tibor qaratdi va bu holatni "yo'g'on ichakning tug'ma kengayishi" deb atadi. Ko'p o'tmay, kasallikni

belgilash uchun "tug'ma megakolon", "tug'ma idiopatik megakolon" atamaları paydo bo'ldi, ular hozirgi kunda ham qo'llanilmoqda [19].

Keyingi yillarda ko'plab tadqiqotchilar Girshprung kasalligini (GK) faol o'rganishdi, ammo kasallikning haqiqiy etiologiyasi va patogenezini aniqlash imkoni bo'lmadi. 1948 yilda F. Uaytxaus va uning hammualliflari kasallikning rivojlanishining sababi mushak-ichak nerv pleksusi ganglionlarining tug'ma yo'qligi ekanligini aniqladilar [14,19].

Ushbu nozologik birlikning asl mohiyati maqbul shaklda aniqlangunga qadar ko'p yillar o'tdi, ya'ni, asosiy buzilishlar distal yo'g'on ichakning toraygan, peristallashtirilmagan qismida bundan tashqari kengaygan va gipertrofiyalangan proksimal segment funksional jihatdan buzilishga ega emas [1,6].

Morfologik, gistokimyoviy va funksional tadqiqotlarga asoslangan zamonaviy tushunchalarga ko'ra, Girshprung kasalligi ichak devori elementlarining malformatsiyasiga asoslangan bo'lib, uning mohiyati quyidagicha kamayadi:

- intramural asab ganglionlarining to'liq yo'qligi yoki yetishmasligi;
- g'ayritabiiy asab tolalari va ganglionlarning mavjudligi;
- ichak devorining nerv-refleks yo'ylarida o'tkazuvchanlikning buzilishi.

Homiladorlikning 7 va 12 xaftalari orasida to'g'ri ichakning ma'lum bir hududida nerv tuzilmalarining shakllanishida buzilishlar kuzatiladi. Auerbax (mushak qatlami) va Meissner (shilliq qavati) nerv pleksuslarida sezilarli o'zgarishlar, ba'zan esa ularning to'liq yo'qligi sodir bo'ladi. Mushak va shilliq osti qatlamlari, shuningdek, shilliq qavat ikkilamchi o'zgarishlarga uchraydi. GK ichak traktining bir qismida, odatda yo'g'on ichakning distal qismida neyronlarning tug'ma yo'qligi bilan tavsiflanadi, chunki asab tizmasi hujayralarining normal migratsiyasi, ko'payishi, differentsiatsiyasi yoki apoptozi buzilgan bo'ladi [20,37]. Ganglionlar o'rnida faqat asab tolalari va kichik glial hujayralar aniqlanadi. Shilliq qavatdagi atsetilxolinesterazning to'planishi, ichak devorida inhibitiv ta'sir ko'rsatadigan vositachilarning yo'qligi bilan birga, Girshprung kasalligining patogenetik belgisi bo'lib xizmat qiladigan doimiy spazmni keltirib chiqaradi. Noto'g'ri neyrorivojlanish natijasida yuzaga keladigan GK kabi kasalliklar neyrokristopatiyalar deb ataladi [28,34].

Girshsprung kasalligi genetik jihatdan geterogen bo'lib, uning rivojlanishida bir nechta genlar ishtirok etishi isbotlangan. Molekulyar-genetik tadqiqotlar kasallik patogenezida asosiy rol o'ynovchi to'rtta gen mavjudligini ko'rsatadi: **RET** (tirozin-kinaza retseptori), **GDNF** (glial hujayralarning neyrotrofik omili), **EDNRB** (endotelin-B retseptori geni) va **EDN3** (endotelin-3). Ushbu genlar embrional davrda neyroblastlarning migratsiya jarayoniga hal qiluvchi ta'sir ko'rsatadi [5, 6].

Girshsprung kasalligiga chalingan bemorlarning 30% gacha qismida tug'ma yurak nuqsonlari, shuningdek oshqozon-ichak trakti, markaziy asab tizimi, genitoüriner tizim, maxillofasiyal soha nuqsonlari hamda orqa miya bifidasi kabi boshqa tug'ma anomaliyalar kuzatilishi mumkinligi qayd etilgan [6, 24, 28].

Bundan tashqari, Girshsprung kasalligi holatlarining taxminan 9–15% qismi Daun sindromi bilan bog'liq ekani aniqlangan [21].

Shunday qilib, hozirgi vaqtda yo'g'on ichakda ganglionlarning yo'qligini tushuntiruvchi asosiy nazariya embriogenez davrida vagal nerv tepasidan neyroblastlarning migratsiyasining buzilishidir va migratsiya qanchalik tez to'xtasa, aganglion segmenti shunchalik uzun bo'ladi.

Bundan tashqari, ichak devoriga allaqachon yetib borgan nerv hujayralarining differentsiatsiyasi buzilganligi sababli aganglionoz rivojlanadi degan faraz mavjud. Hujayraning rivojlanishiga gipoksiya, kimyoviy moddalar ta'siri, radiatsiyaning kuchayishi va virusli infektsiya kabi turli omillar ta'sir qilishi mumkin.

Genetik omillarning tashqi va ichki muhitning patologik ta'siri bilan uyg'unlashuvi ichak devoridagi intramural asab apparati shikastlanishining xususiyatlarini belgilaydi. Turli mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, Girshsprung kasalligi boshqa tug'ma malformatsiyalar bilan 29–32,7% hollarda birga uchraydi.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, asab hujayralarining ichak devoriga ko'chib borishi va u yerda joylashib olishi erta tug'ilgan chaqaloqlarda hayotning dastlabki ikki yili davomida ham davom etishi mumkin [26]. Bu jarayonlar ko'plab signal yo'llari, transkripsiya omillari, neyrotrofik omillar hamda hujayradan tashqari matritsa tarkibiy

qismlari tomonidan molekulyar darajada boshqariladi. Ushbu mexanizmlarning istalgan bosqichidagi buzilishlar Girshsprung kasalligi kabi enterik asab tizimining patologik rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

MAT - bu Markaziy asab tizimidan deyarli mustaqil ravishda ishlaydigan periferik asab tizimining bir qismi. Enteral asab tizimida 100 millionga yaqin neyron mavjud. U dumaloq va uzunlamasiga mushak qatlamlari orasida joylashgan Auerbax pleksusi va shilliq osti Meysner pleksusidan iborat [28]. Oshqozon-ichak traktining lümen va ichak devorining holatiga javob berish, ichak harakatini faollashtirish, qon oqimini nazorat qilish va shuning uchun to'g'ri fiziologik muvozanatni saqlash qobiliyati enteral asab tizimiga (EAT) bog'liq [1].

Ichak peristaltikasi faqatgina asab ganglion hujayralari tomonidan emas, balki Kajalning interstitsial hujayralari tomonidan ham boshqariladi. Ushbu hujayralar ichakda sekin to'liqlarni hosil qilib va tarqatib, silliq mushaklarning qisqarishini ta'minlaydi. Natijada ichakning peristaltik harakati yuzaga keladi.

Ichakning normal peristaltik faolligi va najasning to'liq harakatlanishi uchun enterik asab tizimi (EAT) to'liq shakllangan bo'lishi zarur. Agar ichak devori to'liq kolonizatsiyalanmagan bo'lsa, ya'ni uning ma'lum bir qismida mushaklararo va submukozal pleksuslarda ganglion hujayralari mavjud bo'lmasa, Girshsprung kasalligi rivojlanadi.

Bu holatda ichakning aganglionik qismi doimiy ravishda toraygan bo'lib qoladi, ichak o'tkazuvchanligi buziladi va buning natijasida ichakning yuqori (proksimal) bo'limlari kengayib ketadi.

GK ning zamonaviy ta'rifi yo'g'on ichakning ma'lum bir qismida innervatsiyaning tug'ma buzilishi tufayli surunkali ich qotishi, ichak ichki yuzasini kengayishi va yo'g'on ichak devorlarining gipertrofiyasini birlashtirgan simptom kompleksini o'z ichiga oladi. Yo'g'on ichak segmentining innervatsiyasining buzilishi intramural ganglionlarning yo'qligi yoki yetarli emasligi bilan bog'liq. Yo'g'on ichakning patologik o'zgargan qismi ichak tarkibining normal o'tishiga to'sqinlik qiladi, bu esa ustki qismlarning kengayishiga olib keladi. Mushak va shilliq osti qatlamlaridagi o'zgarishlar ikkinchi darajali xarakterga ega [6]. Shuningdek, homiladorlik paytida

onaning serotoninini qaytarib olish ingibitorlarini ishlatganda Girshprung kasalligi bilan bolani tug'ilish ehtimoli oshishi haqida tadqiqotlar mavjud [15].

Ko'pincha Girshprung kasalligi tashxisi neonatal davrda, klassik klinik ko'rinish mavjudligida taxmin qilinishi mumkin: bolada mekonyumning 24-48 soatdan ko'proq kechikishi, qorinda shish, kamroq - qusish, qorin old devorida peristaltikani ko'rish mumkin [2].

§1.2. Girshprung kasalligining tasnifi

Hozirgi vaqtda bolalarda GK ning turli tasniflari ishlab chiqilgan va qo'llanilmoqda. Postsovet hududida eng keng tarqalgan tasnif A. I. Lenyushkin tomonidan ishlab chiqilgan (2009). Lezyonlarning joylashishiga qarab kasallikning quyidagi shakllari ajratiladi:

I. Rektal:

1) to'g'ri ichakning oraliq qismining shikastlanishi (o'ta qisqa segmentli Girshprung kasalligi);

2) to'g'ri ichakning ampulyar va supraampulyar qismlarining shikastlanishi bilan (qisqa segmentli Girshprung kasalligi).

II. Rektosigmoid:

1) sigmasimon ichakning distal uchdan bir qismi shikastlanishi bilan;

2) sigmasimon ichakning katta qismi yoki barcha qismi zararlanganda (uzoq segmentli Girshprung kasalligi).

III. Segmental:

1) rektosigmoid birikmada yoki sigmasimonda bitta segment bilan;

2) ikkita segment va ular orasidagi ichakning normal qismi bilan.

IV. Subtotal:

1) yo'g'on ichakning butun chap yarmining shikastlanishi bilan;

2) lezyonning o'ng yarmiga tarqalishi bilan.

V. umumiy shakl - butun yo'g'on ichakning shikastlanishi (ba'zan ingichka ichakning bir qismi).

Kasallikning klinik kechishiga qarab:

- I. Kompensatsiya qilingan (1 va 2-darajalar);
- II. Subkompensatsiyalangan (1-va 2-darajali);
- III. Dekompensatsiyalangan (1 va 2-darajali).

Chet el adabiyotlarida Girshprung kasalligining uchta asosiy kichik turi mavjud [20]:

- 1) qisqa segmentli (rektosigmoid bo'limi)
- 2) uzun segmentli (chap yoki taloq burchagigacha)
- 3) to'liq yo'g'on ichak aganglionozisi.

Bolalarda Girshprung kasalligini aniqlashda keng qo'llaniladigan diagnostika mezonlari ayrim holatlarda to'g'ri tashxis qo'yish uchun yetarli aniqlikka ega emas. Bu esa shifokor tomonidan jarrohlik davolash taktikasining noto'g'ri tanlanishiga olib kelishi mumkin. Natijada, davolashning yakuniy natijalari qoniqarsiz bo'lib qolishi ehtimoli oshadi [6, 10].

Girshsprung kasalligida eng qiyin tashxis qisqa aganglionik segmentli shaklida qo'yiladi. Bu holat klinik belgilarining aniq namoyon bo'lmasligi hamda, ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda, standart diagnostika usullarida ishonchli belgilar aniqlanmasligi bilan bog'liq. Shuningdek, tashxis qo'yishda qiyinchiliklar kasallikning umumiy va subtotal shakllarida ham uchraydi [5, 17].

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, Girshsprung kasalligining eng ko'p uchraydigan shakli rektosigmoid shaklidir. Turli adabiyot manbalarida ushbu shaklning uchrash chastotasi 84,5% gacha yetishi ko'rsatilgan [12, 15].

Bunga nisbatan, uzun aganglionik segmentli Girshsprung kasalligi 15,5% dan kam hollarda uchraydi [20].

§1.3 Klinik ko'rinishlar va differentsial tashxis

Girshsprung kasalligi bilan tug'ilgan bolalarda dastlabki klinik belgilar odatda qusish, qorinning shishishi hamda hayotning birinchi 24–48 soati ichida mekoniy chiqmasligi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pgina neonatal bo'limlarda mekoniyumning dastlabki 24–48 soat ichida chiqmasligi Girshsprung kasalligini ko'rsatadigan eng

muhim belgilardan biri sifatida baholanadi. Shu sababli, mekoniy chiqmagan har bir yangi tug‘ilgan chaqaloqda Girshsprung kasalligi ehtimoli albatta sinchkovlik bilan tekshirilishi lozim.

Shu bilan birga, Girshsprung kasalligi bilan tug‘ilgan, ammo tug‘ilish paytida aniq klinik belgilari bo‘lmagan bemorlarning kichik guruhi ham mavjud. Bunday bolalarda kasallik belgilari kechroq namoyon bo‘lib, tashxis kattaroq yoshda qo‘yiladi. Ushbu bemorlar nisbatan yengil kechuvchi (xavfsiz) Girshsprung kasalligi guruhiga kiritilishi mumkin.

Bizning klinik tajribamizga ko‘ra, bu guruhdagi bemorlarda enterokolit epizodlari kam uchraydi va jarrohlik davolash natijalari kasallik belgisi erta namoyon bo‘lgan chaqaloqlarga nisbatan yaxshiroq bo‘ladi [21].

Girshsprung kasalligi bo‘lgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar odatda sust (letargik) holatda, qorni shishgan bo‘ladi. Rektal tekshiruv yoki rektal kateter yordamida stimulyatsiya qilinganda esa ko‘pincha suyuqlangan najas va gazlar kuchli, “portlovchi” tarzda chiqadi, natijada bolaning umumiy ahvoli vaqtincha sezilarli darajada yaxshilanadi.

Bunday holatda chaqaloq ochlik belgilarini ko‘rsatishi va hatto ovqat yeyishi mumkin. Ammo bir necha soatdan so‘ng xuddi shu alomatlar yana qaytalanib, jarayon takrorlanadi. Ushbu chaqaloqlarda ajralayotgan suyuq najas odatda o‘tkir va yoqimsiz hidga ega bo‘ladi.

Kasallikning bu xavfli bosqichini erta aniqlash juda muhim. Bunday bemorlarga vena ichiga suyuqlik yuborish orqali intensiv reanimatsion davolash, holat og‘irlashishining oldini olish uchun ovqatni vaqtincha to‘xtatish hamda yo‘g‘on ichakni tez va samarali dekompressiyalash zarur.

Yo‘g‘on ichakni dekompressiyalashning eng oddiy va samarali usuli — to‘g‘ri ichak orqali katta diametrli (№18 yoki №20) Foley kateterini kiritib, uni sho‘r suv bilan yuvishdir. Natijada suyuq najas kateter lümeni orqali chiqib, qorin bo‘shlig‘idagi bosim kamayadi. Ushbu muolaja kun davomida bir necha marta takrorlanib, chaqaloq ahvolining sezilarli darajada yaxshilanishiga olib keladi.

Bakterial infeksiyaning oldini olish va mikroorganizmlar ko'payishini nazorat qilish maqsadida metronidazolni vena ichiga yuborish tavsiya etiladi. Agar yo'g'on ichak yetarli darajada dekompressiya qilinmasa, bunday bolalarda enterokolit, endotoksemiya va gipokaliemiya rivojlanib, hatto o'lim xavfi yuzaga kelishi mumkin. Shuningdek, yo'g'on ichakning teshilishi (perforatsiyasi) ham kuzatilishi ehtimoli mavjud.

Perforatsiya ko'pincha ko'richak yoki appendiks sohasida yuz beradi. Bundan tashqari, bemorlarda pnevmatoz intestinalis yoki perikolik xo'ppozlar paydo bo'lishi mumkin. Agar ushbu asoratlarda o'z vaqtida aniqlanmasa va davolanmasa, o'lim darajasi 25–30% gacha yetishi mumkin [2].

Girshsprung kasalligi tashxisi, asosan, klinik belgilar asosida qo'yiladi. Kontrastli klizma (irrigografiya) kasallikka bo'lgan shubhani kuchaytiradi, ammo yakuniy tashxis rektal biopsiya yordamida tasdiqlanadi. Biopsiya natijasida ganglion hujayralarining yo'qligi, nerv tolalarining gipertrofiyasi hamda atsetilxolinesteraza faolligining oshishi aniqlanadi.

Shuni ta'kidlash lozimki, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ichak tutilishi va yo'g'on ichak kengayishi bilan kechadigan holatlarning eng muhim sabablaridan biri Girshsprung kasalligi hisoblanadi. Ayrim hollarda nekrotizan enterokolit bilan og'riq chaqaloqlarda o'xshash belgilar uchrashi mumkin, biroq boshqa klinik va laborator ko'rsatkichlar ushbu kasalliklarni bir-biridan farqlashga yordam beradi.

Ba'zi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Girshsprung kasalligiga xos bo'lgan aniq rentgenologik belgilar kuzatiladi. Boshqa holatlarda esa o'tish zonasi va ichakning kengaygan yuqori qismi aniq ko'rinmasligi mumkin, ammo klinik belgilar bilan birgalikda bu tashxisni qo'yish imkonini beradi. Irrigografiya vaqtida ushbu bemorlarda yana bir muhim belgi sifatida kontrast moddaning 24 soatdan keyin ham ichakda saqlanib qolishi aniqlanadi, bu esa Girshsprung kasalligiga shubhani yanada kuchaytiradi.

Girshsprung kasalligini aniqlashda oltin standart hisoblangan usul — bu gistologik tekshiruv bo'lib, unda submukozal va mushaklararo pleksuslarda ganglion

hujayralarining yoʻqligi aniqlanadi. Koʻpgina bemorlarda qoʻshimcha ravishda nerv tolalarining gipertrofiyasi ham kuzatiladi, biroq bu belgi har doim ham uchramaydi. Ayniqsa, yoʻgʻon ichakning umumiy shikastlanishi yoki juda qisqa aganglionik segmenti boʻlgan bolalarda ushbu belgi boʻlmasligi mumkin.

Shuni hisobga olish kerakki, tish chizigʻidan 0,5–1,0 sm yuqorida joylashgan sohada ganglion hujayralari odatda kam boʻladi. Shu sababli, rektal biopsiya tish chizigʻidan kamida 1,0–1,5 sm balandlikda olinishi tavsiya etiladi. Biroq biopsiyaning haddan tashqari proksimal joydan olinishi qisqa aganglionik segmentni aniqlamaslik xavfini tugʻdirishi mumkin.

§1.4 Jarrohlik davolash usullari

Girshprung kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda asosiy maqsad aganglionik segmentni rezektsiya qilish va normoganglionik ichakni pastga tortishdir, uni anal kanal ustidagi toʻgʻri ichakka anastomoz qilish talab qilinadi, ichakning sezgirlikka ega boʻlgan qismini saqlab qolish va sfinkter mexanizmini saqlab qolish kerak (anal kanal). Oʻziga xos manevrlaridan qatʼi nazar, barcha texnikalar ushbu asosiy printsiplarga rioya qilishlari kerak. GK chalingan bolalarni qanday davolash kerakligi haqida baʼzi munozaralar mavjud. Jarrohlik amaliyot bajaini bajrish kerakmi? Yoki avval kolostomani ochishimiz kerakmi? Ushbu holatga aniq yondashuvni tavsiya qilish oʻrniga, biz jarrohlik yondashuv bemor va jarrohn oʻrab turgan oʻziga xos sharoitlarga bogʻliq deb hisoblaymiz. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda Girshprung kasalligi uchun birlamchi jarrohlik amaliyoti tajriba, murakkab jarrohlik muhiti, yaxshi anesteziya, yaxshi intensiv terapiya, yaxshi patologiya, steril muhit va chaqaloqni parenteral oziqlantirish qobiliyatini talab qiladi.

Svenson jarrohlik amaliyotining maqsadi anal sfinkter ustidagi anastomoz bilan butun aganglioz yoʻgʻon ichakni olib tashlashdir. Dastlab, jarrohlik amaliyoti laparotomiya bilan amalga oshirildi, anastomoz esa aganglionar toʻgʻri ichakning teskari tomoni olib tashlanganidan keyin perineumdan amalga oshirildi. Tos suyagi chuqur nervlari, tomirlari va qin, prostata, vas deferens va urugʻ pufakchalari kabi boshqa tuzilmalarga zarar yetkazmaslik uchun diseksiyani Rektum devori boʻylab

to'g'ri tekislikda ushlab turish muhimdir. Chuqur tos a'zolarini disseksiya qilishning nazariy xavflariga qaramay, ba'zi mualliflar bu usul muhim tos a'zolari nervlariga zarar yetkazishi mumkinligini ta'kidlagan bo'lsalar ham, Svensonning o'zi va uning izdoshlari bu usul texnik jihatdan to'g'ri bajarilganida natijalar yaxshi bo'lishini va tos a'zolariga hech qanday zarar yetkazilmasligini ta'kidlaydilar [27].

Frantsiyalik Duhamel juda muhim va qiziqarli texnikani ixtiro qildi. Maqsad Svenson protsedurasidan yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish edi. Laparotomiya yordamida u to'g'ri ichakni qorin parda darajasida ajratib, aganglionik intraperitoneal qismni, shu jumladan juda kengaygan proksimal yo'g'on ichakni rezektsiya qildi. Keyin u pastga tortilishi kerak bo'lgan normoganglionik ichak bo'lagini tanladi va rektal aganglionik dumg'azani qorin parda aks ettirish darajasida yopdi. Sakrum va rektumning orqa devori o'rtasida delaminatsiya tekisligi hosil bo'ldi. Orqa anorektal devor anus orqali ochilgan vapektinat chizig'i atrofida kesma hosil qildi, u orqali to'g'ri ichakning orqasida va sakrum oldida tortilgan normoganglionik ichakni o'tkazgan. To'g'ri ichakning orqa devoriga qo'lda anastomoz qilindi [29].

Franko Soave Italiyada [33] va Skott Boley Qo'shma shtatlarda [25] Girshprung kasalligini davolash uchun endorektal, submukozal diseksiya printsipini qo'lladilar. Laparotomiya yordamida ular ichakning aganglionik intraperitoneal qismini, shuningdek proksimal yo'g'on ichakning eng kengaygan qismini rezektsiya qildilar. Ular, shuningdek, pastga tortilishi kerak bo'lgan normoganglionik ichak qismini tanlab oldilar. Aganglionik segmentning endorektal diseksiyasi transabdominal tarzda, qorin parda tubidan anal kanalga o'tkazildi. Diseksiya nisbatan oson amalga oshiriladi va jarroh anal kanalga yetib borishini "sezmaguncha" distal tarzda davom etadi. Bu vaqtda jarroh to'g'ri ichak orqali o'tadi va submukozal diseksiyani boshlaydi, bu asosan transanal dastlabki kirishga o'xshaydi, bu esa yuqoridan kelib chiqqan diseksiyaga duch keladi. Rezektsiya tugagandan so'ng, normoganglionik ichak aganglionik ichakning kulrang mushak manjeti orqali pastga tortiladi va anastomoz pektinat chizig'idan yuqori bo'lishi kerak deb taxmin qilinadi. Soavening asl texnikasida [33] normoganglionik ichak, pastga tortilgan, anusning tashqi tomoniga osilgan holda qoldi. Bir hafta o'tgach, jarroh cho'zilgan ichakning qon bilan ta'minlanishini baholashi

mumkin hamda rezektsiya va anastomozni amalga oshiradi. Biroq, Skott Boli birlamchi anastomozni amalga oshirdi [23,25], rezektsiya va anastomozni bitta operatsiyada bajarishni taklifini kiritgan. Shunga qaramay, Soave va Boli tos suyagi tuzilmalariga zarar yetkazmaslik uchun ushbu texnikani ishlab chiqdilar. Ular submukozal anorektal tekisligini Svenson yondashuvida kuzatilgan tos nerv organlarining shikastlanishi va denervatsiyasini oldini olish uchun xavfsiz tekislik deb hisoblashgan.

Soave — Lenyushkin jarrohlik amaliyoti. Aralashuv ikki bosqichda amalga oshiriladi va birinchi aralashuv ikki bosqichni (qorin va oraliq) o'z ichiga oladi. Ikkinchi operatsiya 12-14 kundan keyin amalga oshiriladi [6].

Birinchi bosqich. Pastki median laparotomiya hosil qilinadi. Sigmasimon ichak harakatga keltiriladi va Svenson va Dyuamel jarrohlik amaliyotlarida bo'lgani kabi rezektsiyaga tayyorlanadi, ammo distal qismi peritonning o'tish burmasidan 4-5 sm balandlikda harakatsizligicha qoladi. Bunday holda, yuqori rektal arteriyani saqlab qolish kerak, chunki uning yonida siydik pufagini, rektumning o'rta va qisman pastki qismlarini innervatsiya qiladigan pastki epigastral va o'rta gemorroy pleksusidan asab tolalari o'tadi. Bundan tashqari, rezektsiya chegaralarini, ayniqsa yuqori chegaralarni ob'ektiv aniqlashga katta ahamiyat berish lozim. Agar pastki chegara deyarli har doim standart bo'lsa (tashqi sfinkter darajasi) va uni o'zgartirish mumkin bo'lmasa, jarrohlr ko'pincha yuqori chegarani ko'z bilan belgilaydilar, natijada ba'zida agangliozdan ta'sirlangan kengaygan sohani qoldiradilar. Qorin bo'shlig'i ochilgandan so'ng, aganglionar, kengaygan zonaning bir qismi yara orqali ochiladi. Ichak safarbar qilingandan va rezektsiya va qisqartirishga tayyorlangandan so'ng, eng muhim muolajalardan biri - rektosigmoid sohani demukozifikatsiya qilish boshlanadi. Demukozatsiya sigmasimon ichakning seroz-mushak qatlamining ko'ndalang kesimi bilan peritonning o'tish burmasidan 3-4 sm balandlikda boshlanadi. Bunday holda, submukozal qatlama aniq kirish juda muhimdir. Qobiqlarning xarakterli ko'rinishi qo'llanma bo'lib xizmat qiladi: Seroz-mushak qinining qirralari kesilganda oq rangda ko'rinadi, shilliq osti qatlami esa to'q gilos rangida. Ba'zida yaraning pastki qismini lupa orqali tekshirish foydalidir: submukozal qatlamda qon tomirlari tarmog'i aniq

ko'rinadi. Kesish to'g'ri amalga oshirilganligiga ishonch hosil bo'lganda, qatlamlarni ajratish ehtiyotkorlik bilan boshlanadi. Buning uchun torakal asboblari to'plamidan qirralari yumaloq, kichik, biroz kavisli qaychi ishlatish qulay.

Ajratishni boshlagan holatda, kesma burchaklarida seroz-mushak korpusining chetlariga ushlagich iplari qo'llaniladi. Ishning ichki yuzasini diqqat bilan teksh va ajralish to'g'ri tekislikda ekanligiga ishonch hosil qilish kerak: ichkaridan oq rangli dumaloq mushak tolalari aniq ko'rinishi kerak va shilliq silindr yuzasida faqat singan tomirlarning uchlari bo'lishi kerak. Ajratish kichik tayyorgarlik tupferlari bilan lateral yo'nalishlarda amalga oshiriladi va seroz-mushak qatlami asta-sekin orqa devordagi kesma chizig'i yopilguncha ikkala tomonga bo'linadi. Seroz-mushak korpusining chekkasi bo'shatilgach, unga jami 5-6 yangi ushlagichlar qo'yiladi, ular uchun yengil tortish amalga oshiriladi.

Tutqichlar demukozatsiyani osonlashtiradi va vizual nazoratni ta'minlaydi.

Demukozatsiya—teri birikmasidan 2,5-3 sm balandlikda, ya'ni ichki sfinkter darajasida tugaydi. Bir nechta belgilar va fokuslar ushbu darajani aniq aniqlashga yordam beradi. Avvalo, ichki sfinkterga yaqinlashganda, jarroh ko'proq qon ketishini sezadi (gemorroyoidal pleksus).

Ikkinchi bosqich. Bola litotomik holatga o'tkaziladi, Perineum Betadin va etil spirti bilan davolanadi, Rektal shilliq qavat Betadin eritmasi bilan namlangan doka tamponlari bilan dezinfektsiya qilinadi. Barmoqlar bilan anus kengaytiradi, unga forsepslar kiritiladi va ichakning harakatga kelgan qismi ushlanadi. Pastga tushirishni osonlashtirish uchun qorin bo'shlig'idagi yordamchi seroz-mushak qinining chetlarini bir-biridan ajratish uchun ushlagichlardan foydalanadi. Shuningdek, u pastki ichakning mezenterik chetining to'g'ri holatini nazorat qiladi. Jarroh ichakni anus orqali evaginatsiya qiladi, natijada, ikkita silindr hosil bo'ladi: tashqi (to'g'ri ichakning mobilizatsiya qilingan shilliq qavat) va ichki (barcha qatlamlar bilan pastki ichak). Olib tashlangan ichak sulema eritmasi bilan ishlov beriladi va rezektsiya qilinadi, tashqi silindrning 2-3 sm va ichki silindrning 4-5 sm qismi qoldiriladi. Ushbu bosqichda demukozatsiya darajasining yetarliligi yana bir bor tekshiriladi.

Agar rektal shilliq qavatni mobilizatsiya qilish to'g'ri bajarilgan bo'lsa, uning terminal qirrasi, shu jumladan, morgnani tizmalari va anal kriptlari aniq ko'rinadi. Agar ular ko'rinmasa va anal kanalida chuqur cho'ntak bo'lsa, unda mobilizatsiya yetarli emas. Bunday holda, u oraliq tomondan, barmoq bilan interstitsial bo'shliqqa yoki qorin bo'shlig'iga kirib borishi kerak. Tepaga ko'tarilgan rektal shilliq qavatning terminal qismi (tashqi silindr) pastga tushuvchi ichakni o'rab turgan manjet yoki toj hosil qiladi. Ushbu manjetning chekkasi pastga tushuvchi ichakning seromuskulyar qatlamiga uzilgan katgut choklari bilan mahkamlanadi. Anus (dumg'aza) orqali chiqadigan ikkinchisining ortiqcha qismi erkin osilgan holda qoldiriladi.

Agar aralashuv paytida demukozifikatsiyadan voz kechish va butun ichakni ajratish zarur bo'lsa, to'g'ri ichakning terminal qirrasi xuddi shunday o'rnatiladi. Oshqozon naychasi ichak bo'shlig'iga dumg'aza orqali kiritiladi, uning ustiga dumg'aza qirrasi qalin ipak ip yoki gemostaz uchun doka ipi bilan mahkam bog'lanadi. Zont ichakdan sirg'alib ketmasligi uchun dumg'aza chetiga tikiladi. Dumg'azani rezina naycha bilan bog'lash juda amaliy ma'noga ega. Jarrohlikdan keyingi dastlabki kunlarda dumg'aza va yuqorida joylashgan ichak bo'limi biroz shishadi va gazlar bilan cho'ziladi va zond, ishonchli gemostazdan tashqari, pastki ichakning seroz-mushak ishining ichki yuzasiga yaxshiroq yopishishiga va u bilan birlashishiga yordam beradi. Naycha 2-3 kunga qoldiriladi.

Qorin bo'shlig'idan seroz-mushak korpusining chekkasi yo'g'on ichakning seroz membranasiga tikiladi. Qorin parda yaxlitligini tiklaniladi.

Uchinchi bosqich - 12-14 kundan keyin o'z-o'zidan anastomoz paydo bo'lganda va debriyaj dumg'aza bilan mustahkam birlashganda, qolgan dumg'azani kesish jarayoni. Debriyajni anusga yaqinroq tutib, morganiy roliklarining yuqori chizig'ida, dumg'azaning oldingi yarim doirasini dumaloq ravishda kesib olinadi. Shilliq qavat va muftaning qirrallari tugunli katgut tikuvlari bilan bog'lanadi. Ushbu tikuv iplarini anastomozning ichkariga kirib ketishiga yo'l qo'ymaydigan ushlagich sifatida ishlatib, keyin orqa yarim doira (mezenterik chekka) kesib o'tib, nihoyat dumg'aza kesib tashlanadi. Anastomozning butun atrofi bo'ylab shilliq qavat choklarini qo'llaganingizdan so'ng, iplar kesiladi va anastomoz o'z-o'zidan anal kanaldan

tashqariga chiqib ketadi. 1-2 kun davomida Vishnevskiy malhami bilan tampon to'g'ri ichakka kiritiladi.

Agar kichik texnik tafsilotlarni inobatga olmasak, ushbu modifikatsiyaning mohiyati klassik usul bilan taqqoslaganda uchta vaziyatga kamayadi:

1) evaginatsiya rezektsiyasi va debriyajni yaratish jarrohlik amaliyotini soddalashtiradi, uni yanada aseptik qiladi, debriyaj mahkamlikni ta'minlaydi, klassik usulga ko'ra rektal kanalning yarasi tashqi muhit bilan aloqa qiladi;

2 shilliq qavat choklarini qo'llash orqali dumg'azani olib tashlash to'g'ri ichakning terminal qismida deyarli normal topografik-anatomik munosabatlarni tiklashga yordam beradi;

3) eng muhimi, butun anal va rektal shilliq qavatning bir qismini saqlab qolish sfinkterning normal ishlashini kafolatlaydi, chunki asab retseptorlari saqlab qolinadi.

Soave - Lenyushkin jarrohlik amaliyotidan keyingi dastlabki kunlarda olib tashlangan ichakning dumg'azasi furatsilin eritmasi bilan ishlanadi yoki Vishnevskiy malhami bilan artiladi. 7-8 kundan boshlab bola yurishi mumkin. Jarrohlikning yakuniy bosqichi arafasida ichaklar yengil sifon ho'qnasi bilan tozalanadi. Dumg'aza kesilgandan so'ng, anastomoz chizig'ini barmoq bilan tekshirish 6-8 - kunlarda amalga oshiriladi. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda texnik xatolar bilan bog'liq mahalliy asoratlarni kuzatilishi mumkin. Odatda, yuqorida aytib o'tilgan aralashuvlar bilan anastomoz ichakning turli diametrli uchlariga qo'llaniladi va bu farq ba'zan sezilarli bo'ladi. Dumaloq va hatto qiyshiq anastomoz proksimal uchini gofrirovka qilish bilan birga qilinadi, buning natijasida choklarning to'liq mahkam bo'lmaydi. Agar choklar mahkam bog'langan bo'lsa va ishemik nekroz paydo bo'lsa, anastomoz holati yomonlashadi.

Transanal yondashuv birinchi marta de La Torre va Ortega tomonidan 1998 yilda (47) va Langer va boshqalar tomonidan 1999 yilda tavsiflangan va ko'plab jarrohlar tomonidan qabul qilingan va tavsiflangan. Jarrohlik qorin bo'shlig'ida yotganda amalga oshirilishi mumkin. Shilliq qavatning kesilishi bolaning kattaligiga qarab tishli chiziqdan 0,5–1,0 sm balandlikda amalga oshiriladi va shilliq qavat Soave jarrohlik amaliyotida bo'lgani kabi asosiy mushakdan ajralib chiqadi. Submukozal

diseksiyaning uzunligi jarrohga qarab o'zgaradi, ammo rektal manjetning qisqarishi enterokolitning past chastotasi va kengayish zarurati bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ba'zi jarrohlarda submukozal diseksiyani amalga oshirmaydilar va Svensonning transanal protsedurasini samarali bajaradilar. To'g'ri ichak mushagi aylana bo'ylab kesiladi va dissektsiya to'g'ri ichak devorida davom etadi, tomirlar to'g'ri ichakka kirganda ularni ikkiga bo'ladi. Anus orqali butun to'g'ri ichak va sigmasimon ichakning bir qismi chiqarilishi mumkin. O'tish zonasi va yo'g'on ichakning kengaygan qismi ochiq bo'lganda, anastomoz ichakning normoganglionik qismida anusning tishli chizig'idan 2 sm pastda amalga oshiriladi. Proksimal o'tish zonasi (odatda proksimal sigmasimon ichakdan yuqorida) bo'lgan bemorlarda chap yo'g'on ichakni va/yoki taloq bukilishining harakatlanishi uchun ganglionlashgan yo'g'on ichakning yetarli uzunligiga erishish uchun laparoskopiya yoki kichik kindik kesmasi zarur [21].

I Bobga xulosa

Birinchi bobda bolalarda Girshprung kasalligi muammosiga bag'ishlangan zamonaviy adabiyotlar tahlili keltirilgan. Kasallikning etiologiyasi va patogenezining asosiy jihatlari ko'rib chiqiladi, bu embrional davrda neyroblastlarning migratsiyasi buzilganligi sababli yo'g'on ichakning distal qismlarida intramural ganglion hujayralarining tug'ma yo'qligiga asoslanadi. Genetik omillarning, xususan, RET genining mutatsiyalari va unga bog'liq signalizatsiya yo'llarining roli ta'kidlangan.

Kasallikning anatomik va klinik shakllari, paydo bo'lish chastotasi va namoyon bo'lish xususiyatlari aganglionik segment uzunligiga qarab tavsiflanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asosiy alomatlar doimiy ich qotishi, shish va mekonyumning kechikib o'tishi ekanligi ta'kidlangan.

Diagnostikaga zamonaviy yondashuvlar, shu jumladan klinik, rentgenologik (birinchi navbatda polipozitsion irrigografiya), endoskopik va morfologik usullar keltirilgan. Yakuniy tashxis faqat biopsiya natijalari bo'yicha aganglioz tasdiqlangandan keyin aniqlanishi ko'rsatilgan.

Soave — Boley va Soave - Lenishkin operatsiyalarini davolashning jarrohlik usullarini ko'rib chiqishga alohida e'tibor qaratildi. Ta'kidlanishicha, barcha usullar anorektal sfinkterni saqlab turganda aganglionik segmentni olib tashlash va ichak

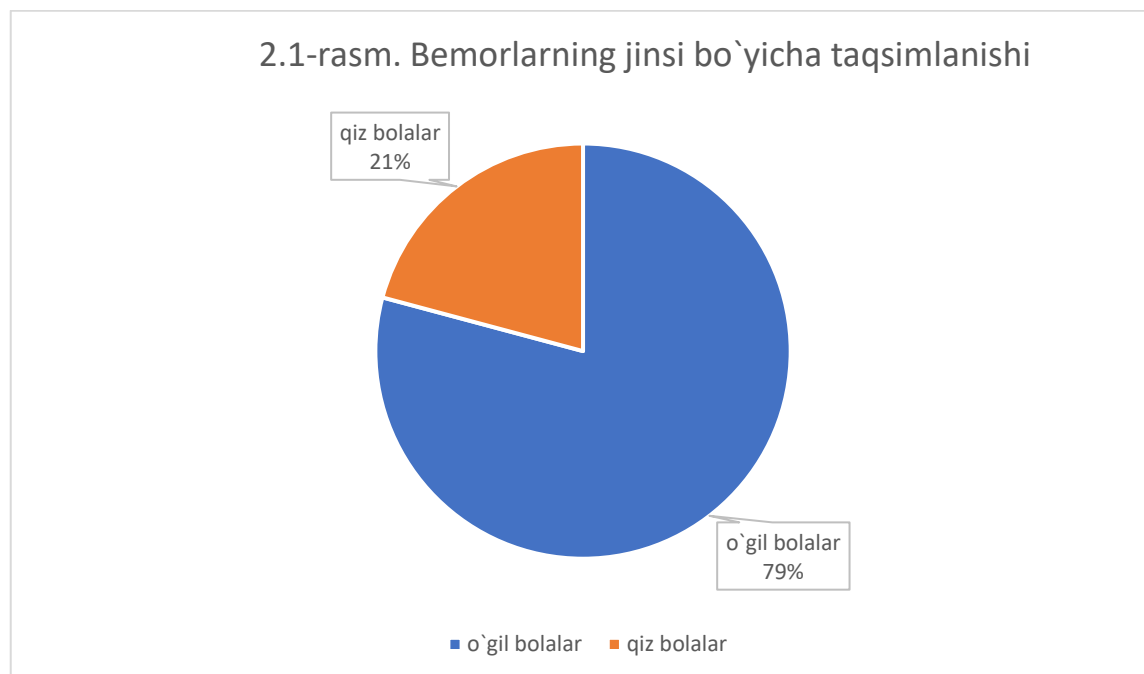
uzluk sizligini tiklashga qaratilgan. Ichakni tushirishning turli usullari, shu jumladan zamonaviy transanal va kombinatsiyalangan variantlarning samaradorligi to'g'risida qiyosiy ma'lumotlar keltirilgan.

Umuman olganda, o'tkazilgan tekshiruv shuni ko'rsatadiki, qorin va oraliq proktoplastikaning maqbul usulini tanlash bolalar jarrohligining dolzarb vazifasi bo'lib qolmoqda va Girshprung kasalligida jarrohlik taktikasini takomillashtirish keyingi klinik tadqiqotlarni talab qiladi.

II BOB. KLINIK MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARIGA UMUMIY TAVSIF

§2.1. Klinik kuzatuvlarning umumiy xususiyatlari

Mazkur tadqiqotda 2010–2025 yillar davomida Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi hamda Xorazm viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limida davolangan Girshprung kasalligiga chalingan 24 nafar bolaning davolash natijalari tahlil qilindi. Ularning 19 nafari (79,2%) o'g'il bolalar, 5 nafari (20,8%) esa qiz bolalarni tashkil etdi (2.1-rasm).



2.1 jadvalda Girshprung kasalligi bilan og'rikan 24 nafar bolaning yosh va jins bo'yicha taqsimlanishi keltirilgan. Bemorlarning 19 nafari (79,2%) o'g'il bolalar, 5 nafari (20,8%) qiz bolalarni tashkil etgan.

Yosh guruhlarini bo'yicha tahlil shuni ko'rsatdiki, eng katta ulush 3 oy–6 yosh oralig'idagi bolalarga to'g'ri kelib, 9 nafar (37,5%) bemorni tashkil etdi. 28 kun–3 oy guruhida 5 nafar (20,9%), yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida esa 4 nafar (16,7%) bola aniqlangan.

6–9 yosh guruhida 4 nafar (16,7%), 9–10 yosh oralig'ida esa 2 nafar (8,3%) bemor qayd etilgan.

Natijalar Girshprung kasalligi o'g'il bolalarda qiz bolalarga nisbatan ancha ko'p uchrashini, shuningdek bemorlarning asosiy qismi erta bolalik davrida tashxislanishini ko'rsatadi.

2.1 jadval.

Bemorlarning jinsiga va yoshiga qarab taqsimlanishi

Yosh(oy).	O'g'il		Qizlar		Jami(%)	
	Soni	%	Soni	%	Soni	%
Yangi tug'ilgan chaqaloqlar	3	12,5	1	4,2	4	16,7
28 kun – 3 oy	4	16,7	1	4,2	5	20,9
3oy – 6 yosh	7	29,2	2	8,3	9	37,5
6 – 9 yosh	3	12,5	1	4,2	4	16,7
9 – 10	2	8,3	0	0	2	8,3
jami	19	79,2	5	20,8	24	100

Quyidagi 2.2 jadvalda Soave–Boley va Soave–Lenyushkin usullari bo'yicha jarrohlik amaliyoti bajarilgan bemorlarning jarrohlik amaliyotidan oldingi klinik-demografik ko'rsatkichlari keltirilgan. Bemorlar yoshi, jinsi, Girshprung kasalligining anatomik shakli va klinik kechishi bo'yicha taqqoslandi.

Tahlil natijalariga ko'ra, asosiy va taqqoslash guruhleri o'rtasida o'rtacha yosh ko'rsatkichlari bo'yicha sezilarli farq aniqlanmadi. Har ikkala guruhda ham bemorlarning aksariyatini o'g'il bolalar tashkil etib, bu Girshprung kasalligi uchun xos bo'lgan jinsiy nisbatni aks ettiradi.

Anatomik shakllar bo'yicha taqsimotda rektosigmoidal shakl ustunlik qilgani kuzatildi, rektal va subtotal shakllar esa nisbatan kam uchradi. Klinik kechish darajalari (kompensatsiyalangan, subkompensatsiyalangan va dekompensatsiya- langan) har ikkala guruhda deyarli bir xil nisbatda taqsimlangan.

**Jarrohlik amaliyotidan oldingi bemorlarning klinik-demografik
ko'rsatkichlari**

Ko'rsatkich	Soave–Boley (n = 16)	Soave–Lenyushki (n = 8)	p
O'rtacha yosh, yil	3,3 ± —	3,2 ± —	>0,05
Jins			
— o'g'il bola, n (%)	13 (81,3%)	6 (75,0%)	>0,05
— qiz bola, n (%)	3 (18,7%)	2 (25,0%)	>0,05
Anatomik shakl			
— rektal	5 (31,3%)	3 (37,5%)	>0,05
— rektosigmoidal	9 (56,2%)	4 (50,0%)	>0,05
— subtotal	2 (12,5%)	1 (12,5%)	>0,05
Klinik kechish			
— kompensatsiyalangan	4 (25,0%)	2 (25,0%)	>0,05
— subkompensatsiyalangan	6 (37,5%)	3 (37,5%)	>0,05
— dekompensatsiyalangan	6 (37,5%)	3 (37,5%)	>0,05

Kichik tanlama hajmi sababli guruhlar o'rtasidagi farqlar Fisherning aniqlik testi yordamida baholandi. $p < 0,05$ statistik jihatdan ahamiyatli deb qabul qilindi.

Jarrohlik amaliyotidan oldingi asosiy klinik-demografik ko'rsatkichlar bo'yicha guruhlar o'rtasida statistik jihatdan ishonchli farqlar aniqlanmadi ($p > 0,05$), bu esa ularning o'zaro taqqoslanishini ta'minlaydi va keyingi farqlarning jarrohlik usuli bilan bog'liqligini baholashga imkon beradi.

Agonglionar sohani uzunligiga qarab rektal shakl 8 nafar (33,3%) bolada; rektosigmoid – 13 nafar (54,2%); subtotal – 3 nafar (12,5%) bolada aniqlangan, total shakl bizning tadqiqotlarimizda kuzatilmagan. Girshprung kasalligining distal shakli 21 nafar (87,5%) bolada; kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan kurs – 15 nafar (62,5%) bolada aniqlandi.

Bemorlar klinikaga quyidagi birlamchi shikoyatlar bilan murojat qilishdi: najasni ushlab turish, qorindagi shish, qusish, pastki ichak tutilishi belgilari (2.2-Rasm).

14 nafar (58,3%) bolalarda birlamchi GK tashxisi klinikada odatiy simptomlarga asoslanib qo'yilgan. 10 nafar (41,7%) bola ilgari tashxis qo'yilgan yoki dastlabki tashxisni aniqlashtirish uchun kelgan.



A



B

2.2-Rasm: Tashqi ko'rinishi: a) qorinda shish, b) Val simptomi.

Neonatal davrda va erta chaqaloqlarda (3 oygacha) GBBE 3 (12,5%) holatda aniqlangan va u tez-tez kuzatiladigan suyuq axlat, qorindagi shish, ich qotishining diareya bilan almashinishi bilan namoyon bo'lgan. Anamnezda ko'pincha diareya, qorin shishishi, isitma, qorin og'rig'i bilan bog'liq bezovtalik, intoksikatsiya va gipovolemiya kuzatiladi. Klinik ko'rinishga ega bo'lgan o'tkir GK shakli GK subtotal shakli bo'lgan 3 nafar (12,5%) bemorda aniqlangan. Ushbu bemorlarda kasallik neonatal davrda, rektosigmoid shaklida esa 3 oyligida namoyon bo'ldi.

Tekshiruv davomida qo'shimcha kasalliklar aniqlandi: mos ravishda 17 (70,1%) holatda anemiya, 8 (33,3%) holatda gipoproteinemiya va 5 (20,8%) holatda gipotrofiya. Boshqa organlar va tizimlarning qo'shma kasalliklari va tug'ma nuqsonlari 7 (29,1%) holatda qayd etilgan.

§2.2. Tadqiqot usullariga tavsif

Girshprung kasalligini tashhislash uchun biz quyidagi tadqiqot usullarini o'tkazdik:

Klinik tadqiqotlar: kasallik tarixini o'rganish va kuzatuv; bemorlarni obyektiv tekshirish; anorektal sohani tekshirish; barcha bemorlarda to'g'ri ichakning raqamli tekshiruvi o'tkazildi.

Klinikaga kirishda laboratoriya tekshiruvlari:

- batafsil qon tekshiruvi, qon ivish vaqti;
- biokimyoviy qon tekshiruvi: umumiy oqsil, siydik, bilirubin, glyukoza darajasi C - reaktiv oqsil; koagulogramma; Koprologiya, siydikni umumiy tahlil qilish.

Qon testida leykotsitoz va leykotsitlar formulasining o'zgarishi 7 nafar (29,1%) bolada kuzatilgan. Anemiya 18 nafar (75%) bolada aniqlangan. Gemoglobin darajasi o'rtacha $104 \pm 5,2$ g / l ni tashkil etdi, GK ning pastki va dekompensatsiyalangan shakllari bo'lgan chaqaloqlarda minimal qiymatlar 76 g/l. Biokimyoviy qon testida 8 nafar (33,3%) bolada gipoproteinemiya aniqlandi; jigar fermentlarining ko'payishi (Alt, ast) – 3 nafar bolada (12,5%).

2.3-Rasm.



a) Pastki ichak tutilishining rentgenologik tasviri;



b) Irrigografiya tekshiruvda Girshprung kasalligining subtotal shakli aniqlangan.

Girshprung kasalligini tashhislashning asosiy usullaridan biri sifatida rentgen tekshiruvi barcha bemorlarda o'tkazildi. 19 nafar (79.2%) bolaga polipozitsion irrigografiya o'tkazildi. 5 ta (20,8%) holatda tekshiruv oddiy rentgenografiya bilan cheklangan (2.2-Rasm).

Polipozitsion irrigografiya jarrohlik davolashtan oldin va keyin, shuningdek operatsiyadan keyingi uzoq vaqt davomida yo'g'on ichakning motor-evakuator funksiyasini baholash uchun amalga oshirildi.

Tadqiqotdan oldin bemorlarga har kuni 1% NaCl eritmasi bilan tozalovchi klizmalar qilindi. Irrigografiya uchun kontrast modda yoshga mos hajmlarda yuboriladi (2.4-Jad).

2.3-Jadval

Irrigografiya paytida ishlatiladigan kontrast miqdori(ml)

№	Bolaning yoshi	Kontrast miqdori (ml)	Kontrast modda
1	Yangi tug'ilgan chaqaloqlar	20-50	Triombrast 76%
2	1-3 oy	50-100	Triombrast 76%
3	3-12 oy	100-150	Triombrast 76%
4	1-10 yosh	200-600	Bariy suspenziyasi

1. Barcha bemorlarga qorin bo'shlig'i organlari va qorin parda orti bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi, shuningdek, birga keluvchi patologiyalarni aniqlash uchun NSG neyrosonografiya va EkoKG ekokardiografiya o'tkazildi. Transabdominal va transoral ultratovush usullari qo'llanildi. Bu holda qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliqning birgalikdagi patologiyalari va operatsiyadan keyingi asoratlarning mavjudligi baholandi.

2. Morfologik tadqiqotlar operatsiya qilingan barcha bemorlarga o'tkazildi.

3. To'g'ri ichak va yo'g'on ichak qismlaridan biopsiya olingan morfologik tekshiruv GK diagnostikasida "oltin standart" hisoblanadi. Barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar va emizikli chaqaloqlar bahsli vaziyatlarda to'g'ri ichak va yo'g'on

ichakning yuqoridagi qismlaridan biopsiya olish bilan morfologik tekshiruvdan o'tkazildi.

GK mavjudligi gumon qilingan emizikli chaqaloqlarga tashxisni tasdiqlash va rezektsiya sohasini aniqlash uchun to'g'ri ichak shilliq qavatning rejali va shoshilinch biopsiyasi, laparoskopiya va laparotomiya yordamida to'liq qatlamli biopsiya (ekspress biopsiya) o'tkazildi. Shuningdek yo'g'on ichakning rezektsiya qilingan qismidan olingan biopsiyalarning morfologik tadqiqotini o'tkazildi: bolalarda suprastenik (kengaygan) qism va aganglionoz zonasi (76,4%, n=34).

Biopsiya formalinga joylashtirildi, bu ularni saqlash va tashishni osonlashtirdi. Mikropreparatlar morfologiyasini an'anaviy usul gematoksilin va eozin bo'yash, shuningdek, kumush nitrat bo'yash yordamida tekshirildi. Rezektsiya darajasini aniqlash uchun biopsiyalarda ganglion hujayralari va aganglionoz zonasi aniqlandi.

Distal toraygan qismning ichak devorlaridan, o'tish qismining devoridan va kengaytirilgan zonadan $1,0 \times 1,0$ sm o'lchamdagi makroskopik namunalar kesildi. Barcha holatlarda, rezektsiyaning yuqori chizig'i darajasida asab apparati holatini aniqlash uchun preparatning proksimal chetidan namunalar olingan. Namunalar 72 soat davomida 10% neytral formalin eritmasida fiksatsiya qilindi. Oqimli suv ostida yuvilgandan so'ng, ular ortib borayotgan konsentratsiyadagi spirtida suvsizlantirildi va kerosinga solindi. Parafin bloklarining gistologik qismlari gematoksilin va eozin bilan bo'yaldi. Preparatlar yorug'lik mikroskopida 10, 20, 40 nm linzalar ostida o'rganildi va ma'lumot beruvchi sohalar suratga olindi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarni baholash (Clavien–Dindo).

Bolalarda Girshprung kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolashtan keyingi asoratlarni standartlashtirilgan baholash uchun Clavien–Dindo klassifikatsiyasi (Dindo va hammualliflar, 2004) qo'llanildi. Ushbu tizim asoratlarning og'irlik darajasini ularni bartaraf etish uchun zarur bo'lgan davolash hajmiga asoslanib aniqlaydi.

Tadqiqot retrospektiv va prospektiv xarakterga ega bo'lib, jami 24 nafar bemor tahlil qilindi. Bemorlar ikki guruhga bo'lindi:

— asosiy guruh: Soave–Boley usuli bo'yicha jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan (n = 16),

— taqqoslash guruhi: Soave–Lenyushkin usuli bo'yicha jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan ($n = 8$).

Asoratlarni erta jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda va kech davrda (3 oydan keyin) baholandi. Har bir bemorda eng og'ir asorat darajasi Clavien–Dindo bo'yicha hisobga olindi. Guruhlar o'rtasidagi farqlar Fisherning aniq testi yordamida statistik jihatdan tahlil qilindi. $p < 0,05$ ahamiyatli deb qabul qilindi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda yuzaga kelgan barcha asoratlarni jarrohlik amaliyotidan keyin 30 kun ichida qayd etildi. Har bir asorat alohida hodisa sifatida baholandi va Klavien–Dindo tasnifining besh darajasidan biriga (I–V) tegishli. Bir bemorda bir nechta asoratlarni paydo bo'lgan hollarda, ularning har biri tegishli darajani ko'rsatgan holda hisobga olinadi.

I darajali asoratlarni operatsiyadan keyingi davrning normal kursidan tibbiy yoki invaziv davolanishni talab qilmaydigan har qanday o'zgarishlarni o'z ichiga oladi, ruxsat etilgan yordamchi choralari bundan mustasno (analjeziklar, antipiretiklar, elektrolitlar eritmalari, fizioterapiya).

II darajali asoratlarni dori terapiyasini, shu jumladan antibakterial dorilarni, qon tarkibiy qismlarini quyishni yoki parenteral ovqatlanishni talab qildi.

III darajali asoratlarni invaziv aralashuv zarurati bilan tavsiflangan

III.a (umumiy anesteziyasiz aralash) va

III.b (umumiy anesteziya ostida aralashuv) ga bo'lingan.

IV darajali asoratlarni hayot uchun xavfli deb hisoblangan va intensiv terapiya bo'limida davolanishni talab qiladigan organ yetishmovchiligining rivojlanishi bilan bog'liq; bunda:

IV.a bitta organ yetishmovchiligi,

IV.b esa ko'p organ yetishmovchiligiga mos keladi.

V daraja o'limni o'z ichiga oladi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarni sifat jihatidan baholash uchun asosiy vosita sifatida Klavien-Dindo tasnifi qo'llanildi. Alohida bemorlarda asoratlarning og'irligini har tomonlama miqdoriy baholash zarur bo'lganda, ushbu tasnifga

asoslangan “Comprehensive Complication Index” (CCI) qo'shimcha ravishda ishlatilishi mumkin.

2.4-Jadval.

Clavien-Dindo bo'yicha Jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarning tasnifi

Daraja	Ta'rifi	Odatiy misollar
I	Jarrohlik amaliyotidan keyingi normal kursdan tibbiy yoki invaziv davolanishni talab qilmaydigan har qanday og'ish (analjeziklar, piretikaga qarshi vositalar, elektrolitlar, fizioterapiya ruxsat etiladi)	Jarrohlik amaliyotidan keyingi engil isitma, ko'ngil aynish, seroma
II	Tibbiy davolanishni talab qiladigan asoratlar	antibiotiklar bilan davolangan yara infeksiyasi; qon quyish
III.a	Umumiy anesteziyasiz invaziv aralashuvni talab qiladigan asoratlar	lokal anesteziya ostida xo'ppozni drenajlash
III.b	Umumiy anesteziya ostida invaziv aralashuvni talab qiladigan asoratlar	qayta jarrohlik amaliyoti, operatsiyadan keyingi jarohatni qayta ko'rib chiqish
IV.a	ICUDA davolanishni talab qiladigan bitta organ yetishmovchiligi bilan hayot uchun xavfli asoratlar	o'tkir nafas
IV.b	ICUDA davolanishni talab qiladigan ko'p organ yetishmovchiligi	Ko'p a'zolar yetishmovchiligi bilan sepsis

§2.3. Jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlik va jarrohlik davolash usullarining umumiy xususiyatlari

Jarrohlik usullarining samaradorligini taqqoslash uchun bemorlar ikki guruhga bo'lingan.

1. Asosiy guruh - Soave-Boley bo'yicha qorin-oraliq proktoplastika jarrohlik amaliyoti bajarilgan 16 nafar bola.
2. Nazorat guruh - Soave- Lenyushkin bo'yicha qorin-oraliq proktoplastika jarrohlik amaliyoti bajarilgan 8 nafar bola.

Jarrohlik usulini tanlash aganglionoz darajasi, yo'g'on ichakning anatomik xususiyatlari, bolaning umumiy holati va jarrohlarning tajribasini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

Jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik ko'rayotganda, biz yo'g'on ichakning kengaygan qismining diametrini kamaytirish uchun 5-8 kun davomida tozalovchi ho'qnalarni qo'llanildi. Gomeostaz ko'rsatkichlari maksimal darajada tuzatildi: bemorlarga infuzion terapiya, og'ir holatlarda - parenteral ovqatlanish, qon tarkibiy qismlarini quyish buyurildi.

Girshprung kasalligi uchun jarrohlik davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi: radikal tuzatish, palliativ jarrohlik aralashuvlar (kolostomaqo'yish, to'g'ri ichak sohasidan Svenson bo'yicha biopsiya olish). Kolostomiya qo'yishda (2 ta holat), Girshprung kasalligining subtotal shakli uchun halqali kolostomiya yoki total shakli uchun ileostomiya afzal ko'rildi.

Biz qorin oraliq proktoplastikasining turli xil modifikatsiyalaridan foydalandik: Soave Boley-16 nafar (87,5%) bolalar va Soave-Lenyushkin ikki bosqichda - 8 nafar (12,5%) uchun.

Soave-Bole jarrohlik amaliyotining texnikasi quyidagilardan iborat:
To'g'ri ichakning mushak qinini saqlab qolgan holda endorektal tortib olish, ammo klassik Soavedan farqli o'laroq, birlamchi koloanal anastomoz bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi.

Jarrohlik amaliyoti bosqichlari:

1) qorin bo'shlig'i bosqichi

- bemorning operatsiya stolidagi holati - qorin bilan yotgan holda
- laparotomiya orqali ichakni mobilizatsiya qilish.
- to'g'ri ichakning aganglionoz va demukozifikatsiya darajasini aniqlash (shilimshiq qavatni mushak qismidan ajratish)
- tushirishga tayyorgarlik.

2) oraliq bosqich:

- transrektal kirish.
- aganglionik qismning shilliq qavatini rezektsiya qilish.

- sog'lom ichakni saqlangan mushak orqali o'tkazish.
- uni anal kanalga chiqarish.
- anastomoz
- ichakni mushak qobig'iga bir nechta choklar bilan mahkamlash.
- gematomalar va infeksiyalarning oldini olish uchun drenaj (Penrose).
- tishli chiziqdan 0,5-1 sm balandlikda birlamchi koloanal anastomozning shakllanishi.

Soave-Lenyushkin operatsiyasining texnikasi quyidagilardan iborat:

2 ta aralashuvda (3 bosqich) amalga oshiriladi:

1-bosqich (qorin va oraliq)

- pastki median laparotomiya.
- sigmasimon ichakni safarbar qilish, rezektsiya chegarasini aniqlash (elektromiyografiya yordamida).
- to'g'ri ichakning demukozatsiyasi (shilimshiq qavatni mushak qinidan ajratish).Ichakni tushirishga tayyorlash.

2-bosqich (12-14 kundan keyin)

- bola litotomiya holatida bo`ladi.
- ichakni anus orqali tushirish (evaginatsiya).

Ikki silindrning shakllanishi:

tashqi-to'g'ri ichakning shilliq qavati (debriyaj), ichki — pastki ichak.

Qisqartirilgan ichakning seroz-mushak qatlamiga birikmaning fiksatsiyasi.

3-bosqich

- 12-14 kundan keyin-qolgan dumg'azani kesish.
- shilliq anastomozning shakllanishi.
- jarrohlik amaliyotini yakunlash.

Metodning asosiy xususiyatlari:

- shilliq qavatni yopish va himoya qilish uchun "muff" ishlatiladi.
- yangi tug'ilgan chaqaloqlar va emizikli chaqaloqlarda ichakda malabsorbtsiya, kolostomiya va kam vazn bilan past laktozali va laktozasiz aralashmalar ishlatiladi.
- Jarrohlik amaliyotidan oldin va keyin GK va disbiyoz hodisalari bo'lgan bemorlarga probiyotiklar va prebiyotikalar buyurilgan.

Mahalliy davolash. Jarrohlik amaliyotidan keyin bemorlarda enterokolit huruji, jarrohlik amaliyotidan keyingi vaqtinchalik anal sfinkter disfunktsiyasi va oraliq terining maseratsiyasi kuzatildi. Perianal teriga rux saqlagan qurituvchi malhamlar, to'siqni himoya qiluvchi kremlar, plyonka hosil qiluvchi eritmalar va terini himoya qiluvchi gellar bilan ishlov berildi. Jarrohlik amaliyotidan keyingi 10-14-kunlarda bemorlar anastomoz joyini rektal tekshiruvdan o'tkazdilar. Stenozning oldini olish uchun barcha bemorlarga rektal bujlash qilindi.

2.5-Jadval

GK bilan og'rigan bolalarni jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalarini baholash uchun so'rovnomalar ro'yxati.

Baholash mezonlari	1 ball	2 ball	3 ball 4 ball	5	ball
1.Qorinda shish	yo`q	kam	vaqti-vaqti bilan	tez-tez	doimiy
2.Ichak harakatining qiyinligi	Yo'q	kam	2 kundan, qiyin, lekin mustaqil	3-4 kundan qiyin, lekin mustaqil	4-6 kundan mustaqil emas, ho'qnadan keyin
3. Najasni saqlab qolish istagi (3 yoshdan katta)	saqlangan	saqlanib qoladi,	Normal najas konsistensiyasi bilan saqlanadi, suyuq najas bilan buziladi	buzilgan, defekatsiya istagi zaif	buzilgan, defekatsiya istagi yo'q
4. Najas chiqarish istagisiz najas qilish	Yo`q	kam hollarda suyuq najas bilan	takrorlanuvchi	tez-tez	takrorlanuvchi
5. Najasni tuta olmaslik	Yo'q	kam	takrorlanuvchi	tez-tez	har doim
6.Enterokolit	yo'q	yiliga 1 marta yiliga	2 marta yiliga	3-4 marta	tez-tez/ har doim

Uzoq muddatli natijalarni o'rganish uchun radikal jarrohlik amaliyotidan 6-12 oy o'tgach, ball shkalasi yordamida 20 nafar (83,3%) bolada so'rovnoma o'tkazildi. Savollar asosiy sohalarga ko'ra guruhlangan: sub'ektiv sog'liqni baholash va ichak disfunktsiyasi shikoyatlari. So'rovnoma yakunlangan paytda bemorlarning yoshi 1 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan. So'rov savollari ro'yxati 2.5-Jadvalda keltirilgan. Agar natijalar 0-6 ball bo'lsa, u ajoyib deb baholanadi.

6-12 ball bilan natijalar 6 oy davomida profilaktik xarakterdagi reabilitatsiya davolash, dispanser kuzatuvlari tavsiyalari bilan yaxshi baholandi. 12-18 ball bilan davolash natijalari qoniqarli deb baholandi, asoratlarni bartaraf etish uchun reabilitatsiya davolash va asorat to'liq tuzatilgunga qadar 1 yil davomida dispanser kuzatuv tavsiya etildi.

18 va undan yuqori ball bilan davolash natijalari qoniqarsiz deb topildi. Bemorlarga asoratlarni bartaraf etish uchun tuzatuvchi davolash, so'ngra reabilitatsiya davolash tavsiya etildi. Dispanser kuzatuv to'liq davolanmaguncha 1-2 yil davom etadi.

Dispanser tekshiruvining ikkinchi bosqichi ambulatoriya va statsionar sharoitda o'tkazildi. Tekshiruv klinik qon tekshiruvi, najas tekshiruvi, disbakterioz uchun najas tekshiruvi, qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvi, irrigografiyani o'z ichiga oladi.

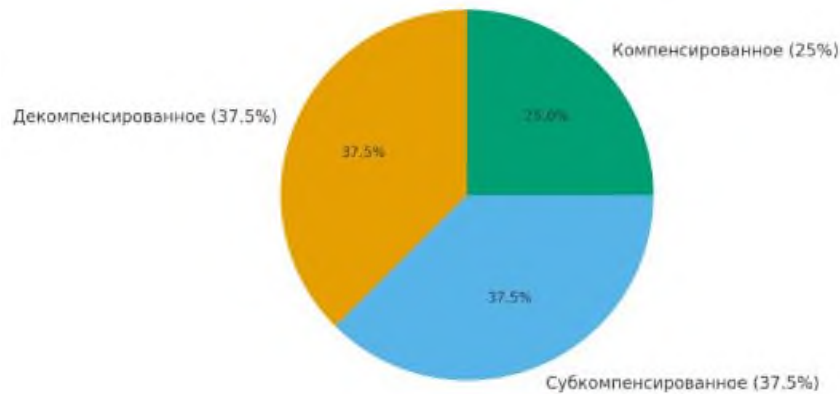
§2.4. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va emizikli go'daklarda Girschsprung kasalligining klinik ko'rinishlari

GK bilan og'rigan bemor qanchalik yosh bo'lsa, diagnostika va terapevtik va taktik xarakterdagi muammolar shunchalik ko'p bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning anatomik va fiziologik xususiyatlari, yomon premorbid fon, perinatal davrning qo'shma kasalliklari, yo'g'on ichak ganglionining morfologik yetukligi, kasallikning turli xil klinik ko'rinishlari terapevtik taktikani tanlashga, GK ni jarrohlik yo'li bilan tuzatish usuliga sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

24 nafar bolada, shu jumladan 3 (12.5%) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda (28 kungacha) GK ning klinik ko'rinishini o'rganib chiqdik. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va emizikli chaqaloqlarda GK klinik kursi atipik va odatiy shaklga ega edi. Bolaning yetuklik darajasi, qo'shma patologiyalar, aganglinar zonaning uzunligi va

suprastenotik kengayish darajasi muhim ahamiyatga ega. Bemorlar klinik vaziyati bo'yicha quyidagicha taqsimlandi: 9 nafar bolada (37,5%) da dekompensatsiyalangan; 9 (37,5%) subkompensatsiyalangan; mos ravishda 6 nafar (25%) bemorda kompensatsiya qilingan (2.3-Rasm).

2.3-
Rasm:



Bemorlarning GK klinik kursi bo'yicha taqsimlanishi

Kasallikning anatomik shakllariga ko'ra rektal shakl 8 nafar (33,3%) bolada aniqlangan; rektosigmoidal – 13 nafar (54,2%); subtotal – 3 (12,5%).

21 (87,5%) bolalarda GK ning distal (rektal va rektosigmoidal) shakllari mavjud. Ulardan 15 (62,5%) hollarda subkompensatsiyalangan va kompensatsiyalangan kurs kuzatilgan. Yuqorida aytilganlarning barchasi tashxis qo'yish va kasallikni jarrohlik yo'li bilan davolash usulini tanlashda maxsus taktik yondashuvni talab qiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda GK diagnostikasi alohida qiyinchiliklarga olib keladi. Tug'ilgandan keyingi dastlabki 48 soat ichida najas kuzatilmasa, yangi tug'ilgan chaqaloqdagi GK ehtimoli mavjud hisoblanadi. Kasallikning klinik ko'rinishi klinik bosqichiga bog'liq bo'ladi. Tug'ilgandan keying dastlabki 1-3 kunida dekompensatsiyalangan GK bo'lgan 9 nafar (12%) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mekonyum, gazlar, ko'rinadigan ichak peristaltikasi va ichak tarkibidagi qusish yo'qligi bilan past IT tasviri qayd etilgan. Ushbu bemorlarda o'tkazilgan rentgenografiyada bir nechta darajalar (Kloyber kosachalari) aniqlangan.

Shunday qilib, GK bilan kasallangan 24 nafar bemordan faqat 3 nafar (12,5%) bemorlarda past kn ko'rsatkichi qayd etilgan: 1 (33,3%) - birinchi 1-3 kun ichida, 2 (66,6%) - hayotning 10-14 kunida. Ushbu bemorlar (3 (12.5%)) "tug'ma past ichak tutilishi" ning dastlabki tashxisi bilan shoshilinch jarrohlik amaliyoti qilindi, GD intraoperativ ravishda aniqlandi. Ushbu bemorlarga kolostomiyaning har xil turlari o'tkazildi.

Subkompensatsiyalangan (9 bemor) GK ishtahani yo'qotish, regurgitatsiya, najasning tiqilib qolishi, rejimning ozgina buzilishi natijasida ich qotishi va meteorizm bilan tavsiflanadi. Muntazam tozalovchi klizmalar bolalarning ahvolini yaxshilashga yordam berdi, ammo enterokolitning rivojlanishi vaziyatni yomonlashtirdi va statsionar konservativ davolanishni talab qildi. Subkompensatsiyalangan GK da rektosigmoid va 3 holatda rektal shakllar tez-tez aniqlandi. Bizning kuzatishlarimizda GK kompensatsion kursi 6 nafar (25%) bolalarda qayd etilgan . Klinik jihatdan, bu bemorlarda biz vaqti-vaqti bilan ich qotishini qayd etdik, bu holat sun'iy oziqlantirishga o'tish bilan kuchayadi. Tozalash klizmalari ichakning yetarli darajada harakatlanishiga yordam berdi. Irrigografiyada bu bolalarning barchasida kasallikning rektal shakli aniqlangan. Uzoq aganglionik zonaga ega bo'lgan GKda (3 bemor) katta bosim bilan aniq obstruksiya qayd etildi, yo'g'on ichakning suprastenotik kengayishi oshdi: chap tomonlama subtotal va uzun rektosigmoid shakllari (2.4-Rasm. a, b).



To'ldirish paytida



Yon proektsiya



Bo'shatish paytida

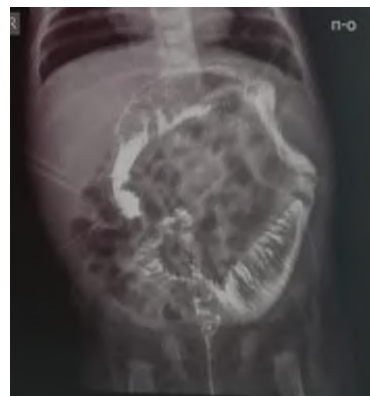
a)



To'ldirish paytida



Yon proektsiya



Bo'shatish paytida

b)

2.4-Rasm: Erta chaqaloqlarda GK irrigografiyasi: a) subtotal shakl; b) agangliozning uzun zonasi bo'lgan rektosigmoid shakl.

Qo'shimcha ovqatlanish, sun'iy va tabiiy ovqatlanishning aralashishi davom etar ekan, bu bemorlarda surunkali najasni ushlab qolishning klinik ko'rinishi yomonlashdi. Ushbu bemorlarda ko'p pozitsiyali bariy klizmasini qo'llash GK diagnostika imkoniyatlarini kengaytirdi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va emizikli chaqaloqlarda GK ni erta tashxislashda morfologik va boshqa tadqiqot usullarini qo'llash cheklanganligi yoki mumkin emasligiga qaramay, biz polipozitsion irrigografiyani maqbul va ishonchli usul deb hisoblaymiz. GK bilan og'rigan bolalarda klinik ko'rinishlarning og'irligi birinchi navbatda nuqsonning anatomik shakliga, aganglionik segmentning uzunligiga, ovqatlanish xususiyatiga va ichakning kompensatsion imkoniyatlariga bog'liq bo'ladi. Enterokolitning qo'shilishi kasallikning borishini yomonlashtiradi va kasalxonada konservativ davolanishni talab qiladi.

§2.5. Bolalarda Gishprung kasalligida yo'g'on ichakning morfologik tadqiqotlari natijalari

Jarrohlik amaliyotidan oldin 10 nafar (41,2%) bemorda Svenson bo'yicha to'g'ri ichak biopsiyasi yordamida tashxisni gistologik tekshirish uchun morfologik tadqiqotlar o'tkazildi va gishprung kasalligi tashxisi tasdiqlandi, yo'g'on ichakning rezektsiya qilingan qismlaridan operatsiyadan so'ng esa 3 kundan 10 yoshgacha bo'lgan GK bilan og'rigan 17 nafar (70,1%) bemorda o'tkazildi. Patomorfologik

tadqiqotning maqsadi keng rezektsiya sohalarining ishonchliligi va ularni Girshprung kasalligining jarrohlik amaliyotidan keyingi klinik kechishi bilan izohlash uchun uzoq aganglionar zonasi va rezektsiya qilingan ichakning turli bo'limlarining suprastenotik kengaygan qismining intramural nerv hujayralarining miqdoriy, sifat va topografik holatini o'rganish edi.

2-Bob bo'yicha xulosa

Shunday qilib, 5 sm gacha bo'lgan masofada suprastenik kengaygan zonada nerv pleksuslarining gipo-, disganglionik va "pastki" sohalari mavjud bo'lib, ular kelajakda gipoperistaltik manbai va jarrohlik amaliyotidan keyingi kech davrda surunkali miya falajining sababi bo'lib xizmat qilishi mumkin. Suprastenotik zonaning ozgina kengayishi bilan ham, nerv pleksusining turli darajadagi disganglionik va "pastki" sohalari mavjud bo'lishi mumkin. Shuning uchun biz kengaygan suprastenotik zonadan kamida 5 sm yuqorida keng rezektsiya qilishni tavsiya etamiz. Bu sohani kasallikning qaytalanishini oldini oladigan optimal rezektsiya maydoni deb hisoblaymiz. GK bilan og'rigan chaqaloqlarda yo'g'on ichakning rezektsiya qilingan qismini patomorfologik tadqiqotlar natijasida, agangliozdan tashqari, kolitning uchta morfologik shakli kombinatsiyasi aniqlandi: proliferativ-yallig'lanish, atrofik-sklerotik va shish – destruktiv. Bu asab tugunlarining ikkilamchi yo'q qilinishiga, asab pleksus atrofiyasiga va gipergangliozga olib kelishi mumkin.

III BOB. BOLALARDA GIRSHPRUNG KASALLIGINI JARROHLIK DAVOLASH NATIJALARI

Ma'lumki, Girshprung kasalligini davolash faqat jarrohlik, nuqsonni erta tashxislash va o'z vaqtida jarrohlik yo'li bilan tuzatish bilan muvaffaqiyatli kechishi mumkin. Hozirgi vaqtda Boley, Lenyushkin modifikatsiyalarida Soave bo'yicha qorin-oraliq proktoplastika kabi usullar keng qo'llaniladi. Ushbu usullarni bolalarga qo'llash anatomik shakli, kompensatsiya darajasi va kasallikning borishini hisobga olgan holda o'rinli ko'rsatmalar, aniq tanlovni talab qiladi.

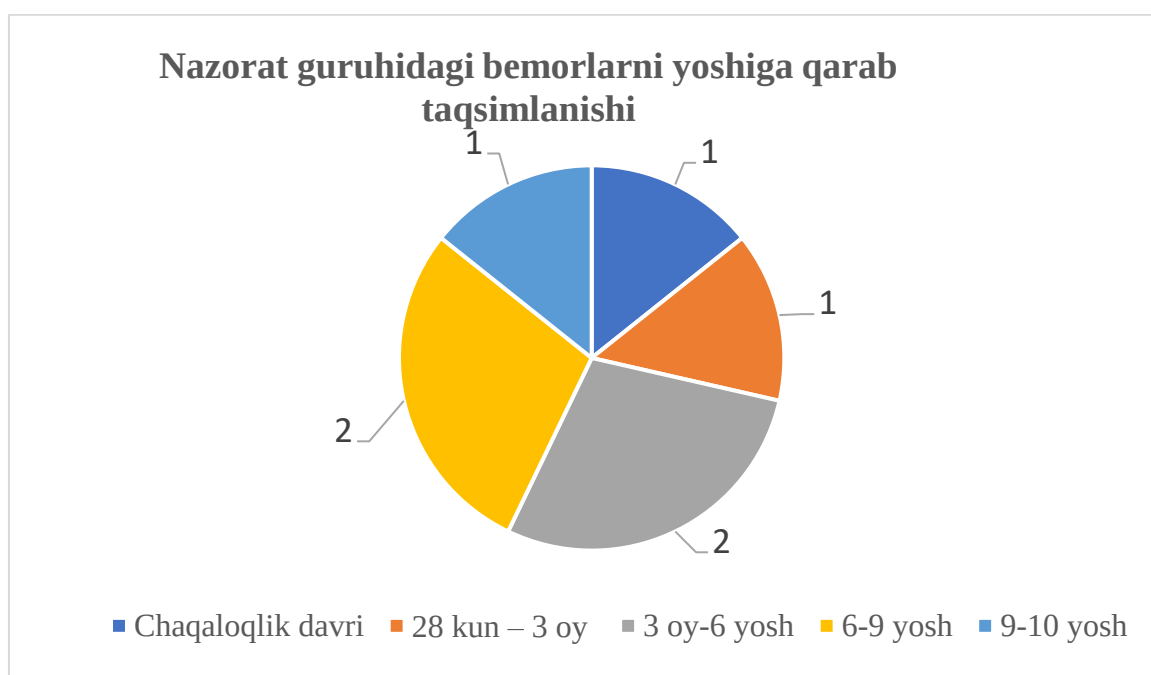
§3.1. Nazorat guruhidagi bemorlarni jarrohlik davolash natijalari

Jarrohlik aralashuv usullarining samaradorligini qiyosiy baholash uchun bemorlar ikki guruhga bo'lingan.

1. Asosiy guruh– Soave-Boley bo'yicha QOP jarrohlik amaliyoti bajarilgan 16 bemor.
2. Nazorat- Soave–Lenyushkin bo'yicha QOP jarrohlik amaliyoti bajarilgan 8 bemor.

Biz (retrospektiv) 2010-2025 yillarda 8 nafar bolada Lenyushkin modifikatsiyasida Soave usuli bo'yicha QOP jarrohlik tuzatish natijalarini tahlil qildik (3.1-Rasm).

3.1-Rasm



3.1-Rasmdan ko'rinib turibdiki, Nazorat guruhidagi bemorlarning yoshiga qarab taqsimlanishi tahlil qilindi. Jami 8 nafar bemor kuzatuvga olingan. Ulardan 3 oy–6 yosh hamda 6–9 yosh oralig'idagi bemorlar soni eng yuqori bo'lib, har bir yosh guruhida 2 nafardan bemor (25,0%) qayd etildi. Chaqaloqlik davri, 28 kun–3 oy va 9–10 yosh guruhlarida esa 1 nafardan bemor (12,5%) kuzatildi.

Olingan ma'lumotlar nazorat guruhida bemorlarning asosiy qismi 3 oy–9 yosh oralig'ida to'planganini ko'rsatadi. Ushbu yosh taqsimoti operatsiya usulining samaradorligini baholashda yosh omilining ta'sirini tahlil qilish imkonini beradi.

barcha holatlarda nazorat guruhidagi bolalar Soave-Lenyushkin jarrohlik amaliyotidan o'tishdi; 9,4% hollarda bu jarrohlik amaliyoti kolostomiyani bir vaqtning o'zida olib tashlash bilan amalga oshirildi. 3 kunlikdan 12 oygacha bo'lgan davrda 6 nafar (25%) bolalarda jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan. Lenyushkin hamda Soave modifikatsiyalari birgalikda QOP operatsiyasiga ko'rsatmalar GK ning proksimal (subtotal) shakllari, kolostoma tashuvchilari, agangliozning uzun zonasi bo'lgan rektosigmoidal shakli bo'lgan.

Soave Lenyushkin jarrohlik amaliyotining qorin bo'shlig'i bosqichida, tekshiruvdan so'ng, yo'g'on ichakning qon aylanishi, aganglionik zonadan yuqori rezeksiya darajasi va hajmi vizual ravishda baholandi. Asosiy e'tiborni diametriga, gaustratsiyaning mavjudligiga, devor qalinligiga, peristaltikaning mavjudligiga qaratildi,. Rezeksiya darajasini aniqlagandan so'ng, ichak devorida belgi qoldirildi.

Ko'pincha agangliozning proksimal chegarasini rezeksiya qilishning o'zi yetarli emasligi kasallikning qaytalanishiga olib kelishi mumkin va pastki ichakni haddan tashqari olib tashlash uning qisqarishiga yoki quyi oqim uchun qo'shimcha mobilizatsiyaga olib keladi, bu esa jarrohlik amaliyotida shikastlanishlarni oshiradi.

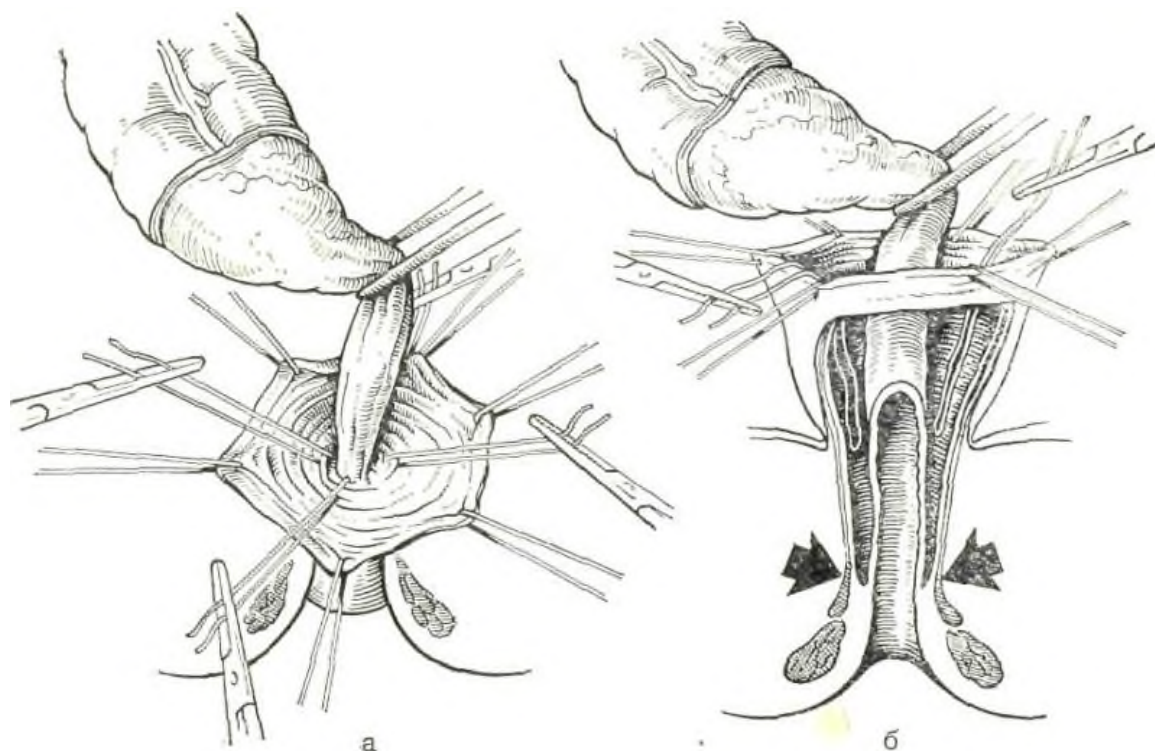
Lenyushkinning yo'g'on ichakni tushirishdagi QOP kamchiliklari quyidagilardan iborat:

- og'ir skleroz bilan, demukozatsiya paytida shilliq qavatning shikastlanish xavfi ortadi, bu esa faringeal bo'shliqda xo'ppozlar rivojlanishiga olib keladi;
- qorin bo'shlig'i yondashuvidan shilliq qavatni olib tashlashda uning tugash

darajasini aniqlash qiyin, bu esa kasallikning qaytalanish xavfiga olib keladi (3.2.a-Rasm);

- shilliq qavatning juda kam mobilizatsiyasi tishli chiziqning nerv retseptorlariga zarar yetkazishi va keyinchalik najasni tuta olmaslikka olib kelishi mumkin (3.2.b-Rasm).

3.2.-Rasm



3.2.-Rasm: a-yuqoridan pastga demukozatsiya; B-Soave usuli-Lenyushkin

Operatsiyadan keyingi darhol yuzaga keladigan asorotlar kasallik tarixini retrospektiv tahlil qilish va istiqbolli ravishda - bemorni to'g'ridan-to'g'ri davolash paytida o'rganildi. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqni yo'qotishning o'rtacha davomiyligi 4 ± 1 kunni tashkil etdi; enteral ovqatlanish operatsiyadan 4 ± 2 kun o'tgach boshlandi. Ushbu guruhdagi bolalar reanimatsiya bo'limida o'rtacha 5 ± 2 kun va kasalxonada jami 24 ± 10 kun yotishdi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi dastlabki davrda barcha bemorlarda ichak parezi 2-3 kun davomida qayd etilgan.

Nazorat guruhidagi bemorlarning uzoq muddatli natijalarini klinik baholash operatsiyadan 6-12 oy o'tgach amalga oshiriladi.

Nazorat guruhidagi jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalari 6 nafar

(84%) bolada anketa usuli bilan o'rganildi.

Operatsiya qilingan bolalarning ota-onalariga bemorni to'g'ridan-to'g'ri tekshirish paytida yoki elektron pochta orqali anketalarni to'ldirish taklif qilindi. So'rovnoma uchun savollar quyidagi yo'nalishlarda shakllantirildi: bolaning sog'lig'i holatini sub'ektiv baholash, defekatsiya aktining buzilishi bilan bog'liq shikoyatlar. Anketani to'ldirish paytida bemorlarning yoshi 1-15 yoshni tashkil etdi.

3.1-jadval

Nazorat guruhidagi Soave-Lenishkinning bo'yicha, QOP dan keyingi erta va kechki asoratlari.

Erta (dastlabki) asoratlari turi	Bemorlar soni (n)	Foiz (%)
Enterokolit	3	37,5
Ichak disfunktsiyasi (3–6 kun)	2	25
b) Kechki asoratlari turi	Bemorlar soni (n)	Foiz (%)
Koloanal anastomoz stenozi	2	25
Najasni tutolmaslik	0	0
Axlat tekkizib qo'yish(enkoprez)	2	25
Surunkali kolit	3	37,5
Surunkali ich qotishi	2	25
Bitishmali kasallik	1	12,5

3.1-jadvalda nazorat guruhidagi bemorlarda operatsiyadan keyingi erta (dastlabki) va kechki asoratlari tahlil qilingan.

Erta (dastlabki) asoratlari ichida eng ko'p uchragani enterokolit bo'lib, u 3 nafar bemorda (37,5%) kuzatildi. Ichak disfunktsiyasi (3–6 kun davom etgan) esa 2 nafar bemorda (25,0%) qayd etildi. Bu holatlar operatsiyadan keyingi dastlabki davrda ichak faoliyatining funksional buzilishlari nisbatan yuqori ekanini ko'rsatadi.

Kechki asoratlari tahliliga ko'ra, surunkali kolit eng ko'p uchragan, 3 nafar bemorda (37,5%) aniqlangan. Koloanal anastomoz stenozi, axlat tekkizib qo'yish (enkoprez) hamda surunkali ich qotishi har birida 2 nafardan bemorda (25,0%) kuzatilgan. Bitishmali kasallik esa 1 nafar bemorda (12,5%) qayd etilgan. Shu bilan

birga, najasni tutolmaslik holatlari aniqlanmadi (0%).

Ularga asoratlarni bartaraf etish uchun tuzatuvchi davolash, so'ngra reabilitatsiya davolash tavsiya etiladi. Dispanser kuzatuvi bemor to'liq tiklanmaguncha 1-2 yil davomida amalga oshiriladi. Barcha kech asoratlar bosqichma-bosqich reabilitatsiya davolash jarayoni mobaynida bartaraf etildi. Uzoq vaqt davomida barcha bemorlar (8) ambulatoriya yoki statsionar tekshiruvdan o'tdilar va yashash joyida davolandilar. Tekshiruv qon, najasning klinik va laboratoriya tekshiruvlarini, disbakterioz uchun bakterial kulturani, nazorat irriografiyasini, qorin bo'shlig'i va tos a'zolarining ultratovush tekshiruvini o'z ichiga oldi. Bir qator reabilitatsiya tadbirlaridan so'ng (fizioterapiya, elektrostimulyatsiya, massaj, jismoniy mashqlar terapiyasi, enterokolit namoyon bo'lganda ichak antiseptiklari bilan kurs terapiyasi) qoniqarli natijaga erishdi.

Olingan natijalar Soave–Lenyushkin usulidan keyin kechki davrda ichak faoliyati bilan bog'liq asoratlar va koloanal soha patologiyalarining nisbatan yuqori uchrashini ko'rsatadi, bu esa mazkur operatsiya usulining uzoq muddatli natijalarini baholashda muhim klinik ahamiyatga ega.

§3.2. Asosiy guruhdagi bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalari

2010-2025 yillar davomida GK bilan kasallangan 16 nafar bolada Soave-Boley usuli yordamida radikal QOP jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Barcha operatsiyalar kasallikning distal shakllari va kolostomisiz amalga oshirildi. Bizning tadqiqotlarimiz natijalari shuni ko'rsatdiki, jarrohlik aralashuvning davomiyligini tahlil qilganda, og'riq usuli protseduraning bir bosqichi tufayli aralashuvni o'rtacha tezroq bajarishga imkon berganligi qayd etildi.

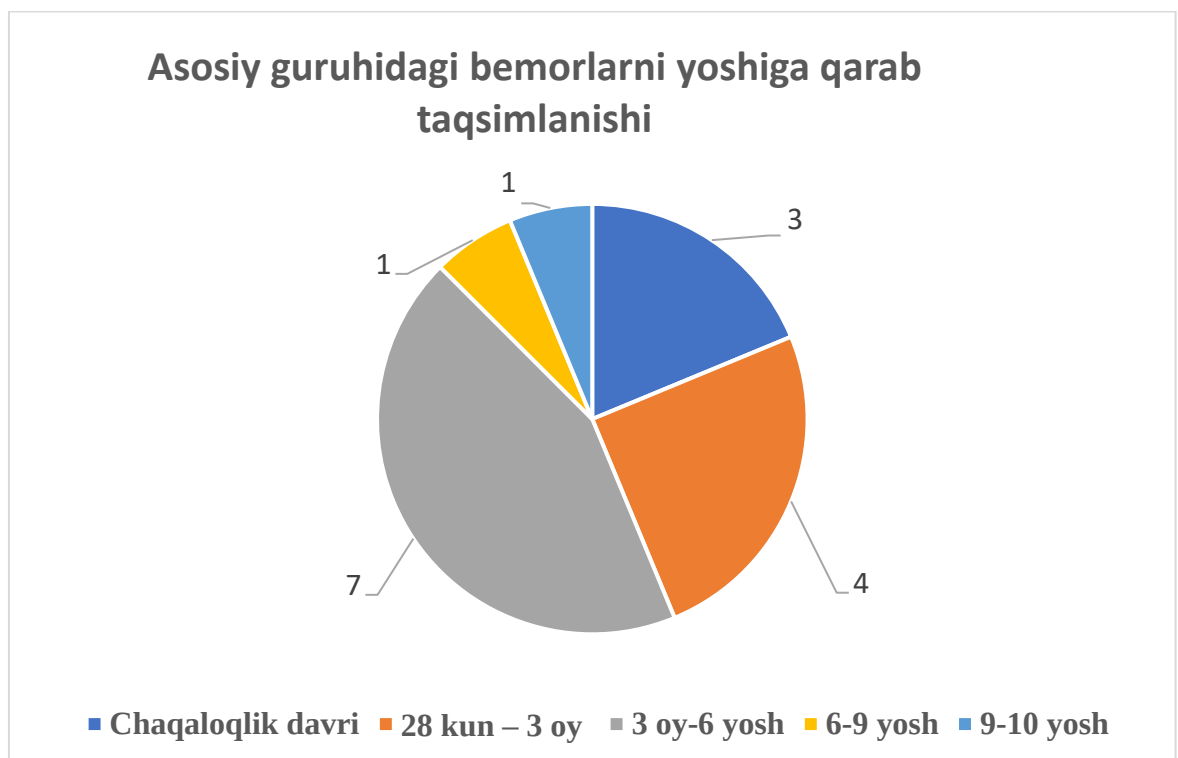
O'tkazilgan tadqiqotlar asosida Soave-Boley usuli yordamida QOP uchun quyidagi ko'rsatkichlar aniqlandi: kolostomiya yoki enterokolitsiz kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan progressiya bilan GK ning distal shakllari. Ushbu usulni tanlash uchun muhim dalillar enterokolitning remissiyasi va total yoki subtotal kasallikning yo'qligi hisoblanadi.

Quyidagi diagrammada asosiy guruhdagi bemorlarning yoshiga qarab taqsimlanishi aks ettirilgan. Jami 16 nafar bemor tahlilga olingan.

Asosiy guruhda bemorlarning aksariyati 3 oy–6 yosh yosh oralig‘iga to‘g‘ri kelib, ushbu guruhda 7 nafar bemor (43,75%) qayd etilgan. 28 kun–3 oy yosh guruhida 4 nafar bemor (25,0%), chaqaloqlik davrida esa 3 nafar bemor (18,75%) kuzatilgan. 6–9 yosh hamda 9–10 yosh guruhlarida esa mos ravishda 1 nafardan bemor (6,25%) aniqlangan.

Mazkur yosh taqsimoti asosiy guruhda bemorlarning katta qismi erta va maktabgacha yosh davriga to‘g‘ri kelishini ko‘rsatadi. Bu holat Soave–Boley usuli ko‘proq erta yoshdagi bolalarda qo‘llanilganini va ushbu yosh guruhida jarrohlik davolashning klinik samaradorligini baholash imkonini beradi.

3.4-Rasm



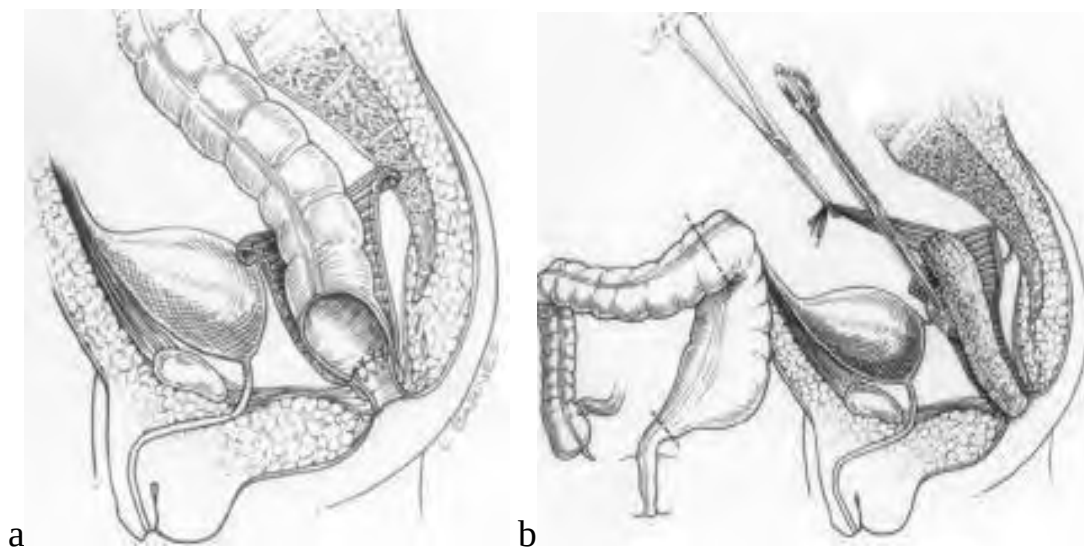
Ushbu texnikaga qarshi ko‘rsatma yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda kasallikning dekompensatsiyalangan (o‘tkir) bosqichidir.

Jarrohlik paytida, yo‘g‘on ichakni tushirgandan so‘ng, rezektsiya agangliozning o‘tish zonasidan kamida 5 sm masofada amalga oshirildi. Ular har doim yo‘g‘on

ichakning suprastenik kengaygan qismining keng rezektsiyasiga rioya qilishgan, bu ba'zan 10 sm ga yetgan gistomorfologiya ma'lumotlariga ko'ra, GK ning distal shakllarida, hatto suprastenotikzonaning ozgina kengayishi ham asab pleksuslarining turli xil disganglionik va "past" qismlariga ega degan xulosaga kelish mumkin. Shuning uchun biz kengaytirilgan sohaning kamida 5 sm dan yuqori masofada keng rezektsiya qilishni tavsiya etamiz, bu uzoq vaqt davomida kasallikning qaytalanishini bartaraf qiladi.

Sigmasimon ichakning qo'shimcha halqasi va agangliozning uzoq zonasi bo'lmagan taqdirda, anastomozni choklarning ajralishidan himoya qilish uchun biz shartli terish orqali 9,12,3 soat davomida qo'shimcha ravishda pastki ichakning devorlari va pastki ichakning orqaga tortilishiga to'sqinlik qiladigan tashqi holat o'rtasida fiksator choklarni qo'llashni tavsiya etamiz. Kolorektal anastomoz odatda tugun choklari bilan bir qatorda qo'llaniladi.

3.5-Rasm



3.5-Rasm: a-Soave-Boley usuli b - yuqoridan pastga demukozatsiya

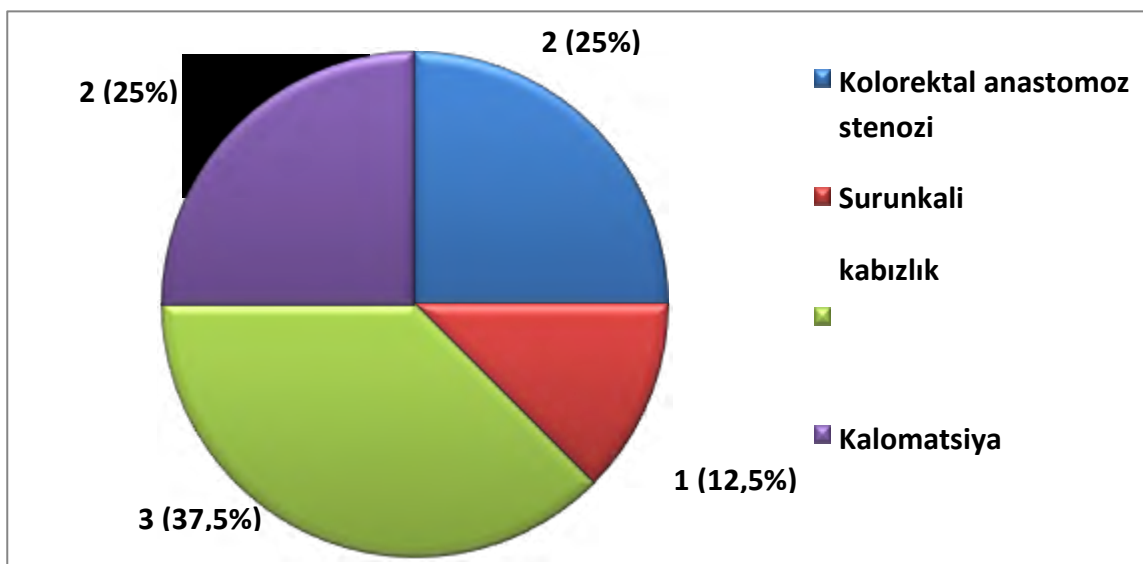
Soave-Boley QOP ning afzalliklari quyidagilarni o'z ichiga oladi: radikallik, past invazivlik, bir bosqichli protsedura, qorin bo'shlig'i va tos a'zolari bilan bog'liq operatsiyadan keyingi asoratlarning yo'qligi yoki minimalligi; operatsiyadan keyingi ravon kechish, operatsiyadan keyin 24 soat ichida enteral ovqatlanish

imkoniyati va kasalxonada yotish va iqtisodiy xarajatlarning kamayishi. Bu usul qo'shni tos a'zolariga: siydik yo'li, prostata va urug' pufagiga jarrohlik yo'li bilan yetkazilgan shikastlanishni kamaytiradi. Ushbu usul kelajakda siydik disfunktsiyasi va reproduktiv organ patologiyalarining oldini oladi.

Jarrohlik davolashning erta va uzoq muddatli natijalari 24 bemorda o'rganildi. Uzoq muddatli natijalarni klinik baholash operatsiyadan 6 oy o'tgach, so'rovnoma balli shkalasi bo'yicha baholandi.

Asosiy guruhdagi 13 nafar (45%) bemorda ajoyib natijalar. 8 nafar (27,5%) bolada yaxshi natijalar qayd etildi. Ushbu guruhdagi qoniqarli natijalar 5 nafar (17%) va 3 nafar (10%) bolalarda qoniqarsiz natijalar qayd etilgan.

Asosiy guruhdagi bemorlarning 8 nafari (27,5%) kech asoratlarni qayd etdi. Ko'pincha (37,5%) surunkali kolit, kamdan - kam hollarda kalomatsiya va kolorektal anastomoz stenozi qayd etilgan. 12,5% hollarda surunkali ich qotishi qayd etilgan (3.6-Rasm).



3.6-Rasm: Asosiy guruhdagi bemorlarda kech asoratlar

Barcha asoratlar tegishli reabilitatsiya choralari bilan bartaraf etildi. Barcha 8 bemor keng qamrovli reabilitatsiya dasturidan (fizioterapiya, bugenaj, elektr stimulyatsiyasi, enterokolit uchun ichak antiseptik terapiyasi kursi va boshqalar) o'tdi,

2 ta bemorda (25%) yaxshi natijalarga, 3 tasida (37,5%) qoniqarli va 3 tasida (37,5%) qoniqarsiz natijalarga erishildi.

Nihoyat, 29 bemordan iborat asosiy guruhda uzoq muddatli davrda 13 (45%) bola a'lo natijalarga, 10 (34%) yaxshi natijalarga, 3 (10%) qoniqarli natijalarga va 3 (10%) qoniqarsiz natijalarga erishdi.

§3. 3. Operatsiyadan keyingi davrda asosiy va nazorat guruhidagi bemorlarni davolash natijalarini qiyosiy baholash

Clavien–Dindo bo'yicha operatsiyadan keyingi asoratlar tahlili:

Asosiy guruhda (Soave–Boley) operatsiyadan keyingi asoratlar 5 nafar bemorda (31,25%) qayd etildi. Taqqoslash guruhida (Soave–Lenyushkin) esa barcha 8 nafar bemorda (100%) turli darajadagi asoratlar kuzatildi. Guruhlar o'rtasidagi farq statistik jihatdan ahamiyatli bo'ldi ($p = 0,002$, Fisher testi).

Asosiy guruhda asosan II darajali asoratlar ustunlik qildi — 4 nafar bemor (25,0%). Bir bemorda (6,25%) koloanal anastomozning yetishmovchiligi rivojlanib, relaparotomiya va qayta koloanastomoz bajarildi, bu Clavien–Dindo bo'yicha IIIb darajaga mos keladi.

3.1-Jadval: Clavien–Dindo bo'yicha operatsiyadan keyingi asoratlar			
Asorat darajasi	Soave–Boley (n=16)	Soave–Lenyushki (n=8)	p (Fisher)
I	0	0	—
II	4 (25,0%)	6 (75,0%)	0,032
III.a	0	2 (25,0%)	—
III.b	1 (6,25%)	0	—
IV	0	0	—
V	0	0	—
Og'ir ($\geq$III)	1 (6,25%)	2 (25,0%)	0,249

Barcha asoratlari	5 (31,25%)	8 (100%)	0,002
--------------------------	-------------------	-----------------	--------------

Taqqoslash guruhida asoratlarning ko'pchiligi II darajaga mansub bo'ldi, biroq 2 nafar bemorda (25,0%) koloanal anastomoz stenozlari rivojlandi va ular umumiy narkozsiz instrumental muolajalarni talab qildi, bu IIIa darajaga mos keladi.

Og'ir asoratlari ($\geq$ III daraja) asosiy guruhda 1 bemorda (6,25%), taqqoslash guruhida esa 2 bemorda (25,0%) kuzatildi. Ushbu farq statistik jihatdan ahamiyatli bo'lmadi ($p = 0,249$), ammo asosiy guruhda og'ir asoratlari kamroq bo'lishiga moyillik kuzatildi.

Shuningdek, II darajali asoratlari chastotasi guruhlar o'rtasida ishonchli farq ko'rsatdi: asosiy guruhda 25,0%, taqqoslash guruhida 75,0% ($p = 0,032$).

Jarrohlik amaliyotidan keyingi erta va kech asoratlarning tabiati bo'yicha asosiy va nazorat guruhlar bemorlariga qo'llaniladigan usullarning qiyosiy tahlilini o'tkazdik.

Taqqoslangan guruhlarda jarrohlik amaliyotidan keyingi erta va kech asoratlarni o'rganish Soave-Boley usulining Soave-Lenyushkin usulidan ustunligini ko'rsatdi (3.1-Jad.).

Operatsiyadan keyingi dastlabki asoratlari	Asosiy guruh (Soave-Boley), n=16		Nazorat guruhi (Soave-Lenyushkin), n=8	
	Soni	%	Soni	%
Anastomoz yetishmovchiligi	1	6,25	--	-
Enterokolit	2	12,5	3	37,5
Ichak disfunktsiyasi (3-6 kun)	1	6,25	2	25
Jarrohlik amaliyotidan keyingi kech asoratlari	asosiy guruh (Soave-Boley), n=16		nazorat guruhi (Soave-Lenyushkin), n=8	

	Soni	%	Soni	%
Koloanal anastomoz stenozi	-	-	-2	25
Najasni tutolmaslik	-	-	-	-
Axlat tekkizib qo'yish(enkoprez)	1	6,25	2	25
Surunkali kolit	2	12.5	3	37.5
Surunkali ich qotishi	1	6.25	2	25
Bitishmali kasallik	--	-	1	12.5

3.1-Jadval: Ikkala guruhda ham operatsiyadan keyingi erta va kech asoratlari

3.1-Jadvalda ko'rsatilganidek, tadqiqot guruhida operatsiyadan keyingi dastlabki davrda bitta bemorda tos peritoniti rivojlanishi bilan birga koloanal anastomozning buzilishi kuzatildi. Ushbu bemorga operatsiyadan keyingi uchinchi kuni relaparotomiya va rekonoastomoz qilindi.

Ichak disfunktsiyasi nazorat guruhidagi 2 (25%) bemorda, asosiy guruhda esa 1 (6,25%) bemorda kuzatilgan. Nazorat guruhida enterokolitning kuchayishi asosiy guruhdagi (2(12,5%))bolalarga qaraganda ko'proq (3(37,5) bemor) qayd etilgan.

Operatsiyadan keyingi kech (3 oydan keyin) asoratlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhda koloanal anastomoz stenozi kuzatilmagan, nazorat guruhida esa 25%; ikkala guruhda ham najasni tutmaslik qayd etilmagan, asosiy guruhda surunkali kolit bolalarning 12,5 foizida, nazorat guruhida esa 37,5 foizida qayd etilgan, bu ko'rsatkich asosiy guruhdagi bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan 3 marta kamroq. Surunkali ich qotishi bo'yicha taqqoslangan guruhlarda sezilarli farqlar (deyarli 4 baravar) kuzatildi: tadqiqot guruhidagi bolalarning 6,25 foizida surunkali ich qotishi kuzatilgan, nazorat guruhidagi bemorlarning 25 foizida esa bu kasallik kuzatilgan. Bitishmalar faqat nazorat guruhidagi bemorlarda (12,5%) aniqlangan.

3-Bob bo'yicha xulosa

Olingan ma'lumotlar odatda zamonaviy adabiyotlarga mos keladi. Bir nechta mualliflar Soave-Boley usuli, o'zining bir bosqichli tabiati va texnikaning anatomik xususiyatlari tufayli, kech asoratlar paydo bo'lishini kamaytiradi va funktsional natijalarni yaxshilaydi, deb ta'kidlaydilar. Shu bilan birga, mahalliy va xalqaro tadqiqotchilar ta'kidlaganidek, Soave-Lenyushkin kasalligining kengaytirilgan shakllari uchun Soave-Boley usuli anastomoz oqish xavfini minimallashtiradigan ishonchliroq usul bo'lib qolmoqda.

Clavien–Dindo klassifikatsiyasidan foydalanish jarrohlik usullarini obyektiv taqqoslash imkonini berdi. Soave–Boley usuli qo'llanilgan asosiy guruhda og'ir asoratlar chastotasi Soave–Lenyushkin usuliga nisbatan past bo'ldi. Taqqoslash guruhida funktsional buzilishlar (enterokolitning zo'rayishi, surunkali kolit, qabziyat, anastomoz stenozi) ko'proq uchradi.

Statistik tahlil umumiy asoratlar soni va II darajali asoratlar bo'yicha guruhlar o'rtasida ishonchli farq mavjudligini ko'rsatdi, og'ir asoratlar bo'yicha esa farq statistik ahamiyatga ega bo'lmagan bo'lsa-da, asosiy guruh foydasiga tendensiya aniqlandi. Bu Soave–Boley usulining kamroq travmatik va xavfsizroq ekanligini ko'rsatadi.

Shunday qilib, o'tkazilgan tahlil Hirshsprung kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolash usulini tanlash individual bo'lishi kerakligini tasdiqlaydi: kasallikning cheklangan (distal) shakllari uchun Soave-Boley usuli afzalroq; kengaytirilgan (proksimal) shakllar uchun Soave-Lenyushkin usuli afzalroq

XULOSA

GK - bu yo'g'on ichakning rivojlanish anomaliyasidir, u submukozal va mushak nerv pleksuslarining ganglionlarining to'liq yo'qligi yoki yetishmasligi bilan tavsiflanadi. Bolalarda GK ning tarqalishi barcha surunkali qabziyat holatlarining 28,9% ni tashkil qiladi. GK bilan kasallangan bolalari bo'lgan oilalar orasida uning chastotasi o'rtacha 6% gacha, 2% dan 18% gacha bo'lgan oraliqda bo'ladi.

Clavien–Dindo klassifikatsiyasi asosida o'tkazilgan tahlilga ko'ra, Soave–Boley usuli bolalarda Girshprung kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolashda kamroq umumiy asoratlari va pastroq og'ir asoratlari chastotasi bilan ajralib turadi. Bu usulning klinik samaradorligi va xavfsizligi yuqoriroq ekanligini tasdiqlaydi.

GK uchun GBBE bemorlarning 5-42 foizida operatsiyadan oldin va keyin rivojlanishi mumkin Jarrohlikdan keyin kasallikning qaytalanishi ko'rinishidagi asoratlari 20 foizni tashkil qiladi. Jarrohlikdan keyingi o'lim darajasi 1 foizni tashkil qiladi.

GK bilan og'rigan bolalarni jarrohlik davolash tarixida Soave usuli va uni o'zgartirish (Boleya, Lenyushkina) umume'tirof etilgan. Biroq, emizikli chaqaloqlar uchun ko'p bosqichli radikal QOP ko'proq travmatik bo'lib, qorin bo'shlig'i ichidagi va ekstraperitoneal asoratlari va qaytalanishlari xavfini tug'diradi.

So'nggi paytlarda ko'plab mualliflar minimal invaziv usullar yordamida GK ning bir bosqichli radikal tuzatishini ustuvor vazifa deb hisoblashadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va go'daklarning anatomik va fiziologik xususiyatlari, yo'g'on ichak ganglionining morfologik yetilmaganligi klinik, radiologik va morfologik darajalarda erta tashxis qo'yish, taktikani tanlash va jarrohlik usuli bo'yicha munozaralarga sabab bo'ladi. So'nggi paytlarda yangi tug'ilgan chaqaloqlar va chaqaloqlar orasida GK ning o'sishi kuzatilmoqda. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, GK ning "qisqa" shakli bilan og'rigan bemorlarning 25% da rentgenologik va morfologik ma'lumotlar o'rtasida nomuvofiqlik mavjud.

Bariy eritmasi bilan xuqna qilish GK ni tashxislashning asosiy usuli bo'lsa-da, afsuski, u yangi tug'ilgan chaqaloqlarda eng kam ma'lumotga ega. Bu 30-65% hollarda suprastenotik yo'g'on ichak kengayishining yo'qligi bilan bog'liq bo'lib, u hayotning birinchi haftalari va oylarida rivojlanmaydi. Bundan tashqari, GK ning kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan shakllari dekompensatsiyalangan shakllarga qaraganda emiziklik davrida ko'proq uchraydi.

GK bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar va chaqaloqlarni tekshirish va jarrohlik davolashning yangi usullarini ishlab chiqish va joriy etish neonatologiyaning ustuvor vazifasi bo'lib qolmoqda. Har bir jarrohlik usuli anatomik shakli va kasallikning kechishiga qarab aniq yosh ko'rsatkichlarini, optimal rezeksiya darajasini talab qiladi. Taktik va operatsion muammolarni ilmiy asoslash ushbu patologiyaga ega bolalarni davolash natijalarini yaxshilaydi.

So'nggi o'n yilliklarda jarrohlik aralashuvning ko'plab usullari va modifikatsiyalari taklif qilindi, ular orasida Soave jarrohlik amaliyotlari va uning takomillashtirilgan modifikatsiyalari alohida o'rin tutadi. Biroq, jarrohlik tuzatishning maqbul usulini tanlash masalasi munozarali bo'lib qolmoqda, bu esa ushbu tadqiqotning dolzarbligini belgilaydi.

Amalga oshirilgan ishlar doirasida 2010-2025 yillar oralig'ida Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali umumiy jarrohlik bo'limi va Xorazm viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazida Girshsprung kasalligi bilan og'rigan 24 bolani jarrohlik yo'li bilan davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlar yoshi 1 kunlikdan 10 yoshgacha bo'lganlarni tashkil etadi. Ular orasida 19 nafari o'g'il (82,3%), 5 nafari qizlar (17,7%) edi.

Bemorlar ikki guruhga bo'lingan:

- **asosiy guruh** – Soave–Boley usuli bo'yicha operatsiya qilingan 16 bemor;
- **nazorat guruhi**–Soave-Lenyushkin usuli bilan operatsiya qilingan 8 bemor.

Samaradorlikni ob'ektiv baholash uchun kasallikning klinik kechishi, jarrohlik amaliyotidan keyingi erta va kech asoratlar, funktsional natijalar va bemorlarning

hayot sifati o'rganildi.

Klinik materialni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, jarrohlik amaliyotidan keyingi dastlabki davrda asosiy guruhda (og'riq) asoratlari bitta bolada qayd etilgan (reoperatsiyani talab qiladigan anastomozning muvaffaqiyatsizligi). Nazorat guruhida (Soave–Lenyushkin) dastlabki asoratlari qayd etilmagan, bu ushbu modifikatsiyada bevosita jarrohlik muammolari xavfini kamaytiradi.

Klinik material tahlili shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan keyingi dastlabki davrda tadqiqot guruhidagi bitta bolada (Soave-Boley) asoratlari qayd etilgan (qayta operatsiyani talab qiladigan anastomoz oqishi). Nazorat guruhida (Soave-Lenyushkin) erta asoratlari kuzatilmadi, bu esa ushbu modifikatsiya to'g'ridan-to'g'ri jarrohlik asoratlari xavfining pastligini tasdiqlaydi. Soave–Boley usuli uzoq muddatli funktsional natijalarni va asoratlarning past darajasini ko'rsatdi.

Olingan ma'lumotlarni adabiyot manbalari bilan taqqoslash shuni tasdiqlaydiki, Soave-Lenyushkin usuli an'anaviy ravishda operatsiyadan keyingi dastlabki davrda xavfsizroq deb hisoblanadi va kasallikning rivojlangan shakllari uchun mos keladi. Biroq, bizning tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, Soave-Boley usuli ichak o'tkazuvchanligini ishonchliroq tiklash va kech asoratlarni kamaytirishni ta'minlaydi, bu esa bemorlarning hayot sifatiga bevosita ta'sir qiladi.

Tadqiqotning amaliy ahamiyati shundaki, topilmalar Girshprung kasalligining cheklangan shakllarini bir bosqichli jarrohlik davolash uchun ko'proq afzal ko'rilgan Soave–Boley usulini tavsiya qilish imkonini beradi. Ushbu usul eng yaxshi funktsional natijalar va kech asoratlarning kamroq chastotasi bilan ajralib turadi, bu uning klinik amaliyotda ahamiyatini tasdiqlaydi. Shu bilan birga, Soave–Lenyushkin usuli kasallikning subtotal va Total shakllarida optimal usul sifatida o'z ahamiyatini saqlab qoladi, bunda erta asoratlari xavfini kamaytirish ustuvor hisoblanadi.

Shunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot Soave operatsiyasining ikkita keng tarqalgan modifikatsiyasining asosiy afzalliklari va cheklovlarini aniqlashga imkon berdi. Olingan natijalar bolalar jarrohlik shifoxonalarining kundalik

ishlarida, yosh mutaxassislarni tayyorlashda, shuningdek keyingi qiyosiy tadqiqotlar uchun asos sifatida ishlatilishi mumkin.

Keyingi tadqiqotlar istiqbollari klinik kuzatuvlar sonini ko'paytirish, shuningdek aniqlangan holatlarni tasdiqlash uchun ko'p markazli tadqiqotlar o'tkazish zarurati bilan bog'liq. Bundan tashqari, klassik usullarning afzalliklarini operatsion jarohatni minimallashtirish bilan birlashtirishga imkon beradigan minimal invaziv va Laparoskopik texnologiyalarni joriy etish dolzarb yo'nalish bo'lib qolmoqda.

Umuman olganda, ushbu ish Soave-Bole usuli Girshprung kasalligini jarrohlik davolashining samarali va istiqbolli usuli ekanligini tasdiqlaydi, Soave-Lenyushkin usuli kasallikning murakkab va uzoq shakllarini davolashda muhim ahamiyatga ega.

GK bilan kasallangan chaqaloqlarni tashxislash va jarrohlik davolash natijalariga ko'ra biz diagnostika va davolash algoritmini ishlab chiqdik.

OLINGAN NATIJALAR

1. Bolalarda GK ning odatiy klinik ko'rinishi faqat 65% hollarda kuzatiladi va 35% hollarda kasallik atipik shaklda davom etadi. Bolalarda GK uchun klinik va rentgen kontrasti tadqiqotlarining sezgirligi 88% ni tashkil qiladi.
2. GK ning distal shakllarini sub- va kompensatsiyalangan kurslar bilan, enterokolit va kolostomiyasiz jarrohlik yo'li bilan davolashda QOP (Soave-Boley modifikatsiyasi), proksimal shakllarda esa, enterokolitsiz - Soave-Lenyushkin modifikatsiyasi bo'yicha QOP va kolostomiyani bir vaqtning o'zida olib tashlash usuli tanlanadi.
3. Morfologik tadqiqotlarda aniqlangan distal GK shakllarida yo'g'on ichakning suprastenotik kengaygan zonasidagi disganglionik o'zgarishlar suprastenotik zonaning boshidan kamida 5 sm bo'lishi kerak bo'lgan rezektsiyaning optimal yuqori chegarasini aniqlashga imkon beradi.
4. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va emizikli chaqaloqlarda GK diagnostikasi va davolash uchun ishlab chiqilgan algoritmdan foydalanish to'g'ri terapevtik taktika va jarrohlik tuzatish usullarini tanlashga imkon beradi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Irrigografiya uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va go'daklik davrida GK bilan og'rigan bolalar suvda eriydigan kontrastli dorilarni (triombrast, urogratin va boshqalar) qo'llashlari tavsiya etiladi.

2. Bolalarda Girshprung kasalligini jarrohlik davolash usulini tanlashda aganglioz segmentining uzunligi va bolaning umumiy holatini hisobga olish kerak.

3. Distal shakllarda uzoq muddatli natijalarni va yuqori hayot sifatini ta'minlaydigan usulini qo'llash tavsiya etiladi;

4. Proksimal (subtotal va total) shakllarda operatsiyadan keyingi davrda xavfsizroq bo'lgan Soave–Lenyushkin usulidan foydalanish afzalroqdir.

5. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda Girshprung kasalligi uchun operatsiya qilingan bolalar ichak faoliyatini majburiy nazorat qilish va aniqlangan buzilishlarni (stenoz, kalomatsiya) erta tuzatish bilan dinamik tibbiy ko'rikdan o'tishlari kerak.

6. Soave-Lenyushkin usuli bo'yicha operatsiyalardan keyin kech asoratlarni xavfini kamaytirish uchun rejalashtirilgan nazorat tekshiruvlarini o'tkazish va agar kerak bo'lsa, erta aralashuv (dilatatsiya, bujing) tavsiya etiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Барская М.А., Кузьмин А.И., Мунин А.Г. и др. Хирургические аспекты хронических запоров у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии (приложение). 2011, 14 с.
2. Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. Болезнь гиршпрунга у взрослых. Практическое руководство.-М.: Литерра, 2009, 256 с.
3. Давлятов Р.М. Лечение детей с болезнью Гиршпрунга: Дис. ...канд. мед. наук.- Душанбе, 2009.
4. Карпухин О.Ю., Юсупова А.Ф., Савушкина Н.Ю., Шакуров А.Ф. Ультрасонография в дифференциальной диагностике хронического запора. Колопроктология. 2014; 48: 2: 23-28.
5. Комиссаров И.А., Леванович В.В., Комиссаров М.И. Использование рассечения внутреннего сфинктера заднего прохода при его гипертрофии у детей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2010; 169: 4: 58-60.
6. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология. Руководство для врачей. - М., 2004.
7. Ленюшкин А.И., Баранов К.Н., Саруханян О.О., Кабанова И.Н. Современные критерии диагностики и показаний к хирургическому лечению хронического колостазы у детей и подростков. Детская хирургия. 2002; 1: 4-8.
8. Ленюшкин А.И., Киргизов И.В., Сухоруков А.М., Горбунов Н.С. Интраоперационный ультразвуковой способ определения объема резекции толстой кишки у детей с хроническим толстокишечным стазом. Детская хирургия. 2002; 4: 6-8.
9. Ленюшкин, А.И. Болезнь Гиршпрунга: традиции и новые тенденции (30 летний клинический опыт). Детская хирургия. 1997; 1: 31-37.
10. Лозовой В.М., Аипов Р., Хамитов М.К. Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей в современных условиях. Актуальные проблемы педиатрии: матер. XVIII конгр. пед. России - М., 2015, 359.
11. Мирзахмедов М.М. Опыт лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. Украинский журнал хирургии. 2013; 2: 4-13.

12. Наврузов С.Н., Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Наврузов Б.С. Особенности диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. Вестник хирургии Казахстана. 2010; 1: 15-16.
13. Паршина П.В. Функциональное состояние прямой кишки при хронических запорах у детей: Дис. ...канд. мед. наук.- Москва, 2012, 99 с.
14. Полухов. Р.Ш. Непосредственные результаты трансанального эндоректального низведения при болезни Гиршпрунга у детей. Актуальные проблемы педиатрии: матер. XVIII конгр. пед. России - М., 2015, 375 с.
14. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Охлопков М.Е. Результат проктологических операций у детей по материалам хирургического отделения педиатрического центра Якутска. Детская хирургия. 2010; 6: 15-18.
15. Сварич В.Г. Оптимизация диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей Дис.д-ра мед. наук.- Киров, 2017– 157с
16. Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Холостова В.В. и др. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. 3: 4: 42-49.
17. Старожилов Д.А. Применение метода биологической обратной связи для лечения анального недержания у больных после брюшно-анальной резекции прямой кишки: Дис. ...канд. мед. наук.- Воронеж, 2010, 100 с.
18. Федоров А.К., Панин А.П., Цапкин А.Е. Использование свободного программного обеспечения и интернет-технологий в удаленном мониторинге состояния детей с аноректальными пороками развития и болезнью Гиршпрунга. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии (приложение). 2012, 129 с.
19. Хамраев А.Ж., Эргашев Б.Б., Хамраев У.А. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 3: 4: 59-62.

20. Шакуров А.Ф., Карпухин О.Ю., Юсупова А.Ф., Савушкина Н.Ю. Ультразвуковая диагностика болезни Гиршпрунга у взрослых. Казанский медицинский журнал. 2013; 94: 5: 641-644.
21. Ashcraft's Pediatric Surgery SEVENTH EDITION 2020; 34. 557-576
22. Aworanti O.M., Medowell D.T., Martin J.H. et al. Comparative review of functional outcomes post surgery for Girshprung's disease utilizing the paediatric incontinence and constipation scoring system. *Pediatr. Surg. Int.* 2014. 30: 1: 119-122.
23. Boley SJ: New modification of the surgical treatment of Girshprung's disease. *Surgery* 56:1015-1017,1964
24. Chen J.Z., Jamieson D.H., Skarsgard E.D. Does pre- biopsy contrast enema delay the diagnosis of long segment Girshprung's disease? *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2010. 20: 6: 375-378.
25. Boley SJ: Endorectal pull-through with primary anastomosis for Hirschsprung's disease, in Gliedman ML (ed): *Atlas of Surgical Techniques*. New York, NY, McGraw-Hill, 1990, pp 478-483
26. Swenson, 1949., Bill, Jr., A. H. Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. An experimental study. *Surgery* 1948 : 24 : 212 – 20
27. Heuckeroth R.O., Schäfer K-H. Gene-environment interactions and the enteric nervous system: Neural plasticity and Girshprung disease prevention. *Developmental biology*. 2016. 417: 2: 188-197.
28. Duhamel B (1960) A new operation for the treatment of Girshprung's disease. *Arch Dis Child* 35:28–39
29. L. De la Torre-Mondragon and J.A. Ortega-Salgado Transanal Endorectal Pull-Through for Girshprung's Disease *Journal of Pediatric Surgery*, Vol33, No 8 (August), 1998: pp 1283-1286
30. Meinds R.J., Eggink M.C., Heineman E.H., Broens P.M.A. Dyssinergic defecation may play an important role in postoperative Girshprung's disease

patients with severe persistent constipation: analysis of case series. J. Pediatr. Surg. 2014. 49: 10: 1488-1492.

32. Nielsen S.W., Ljungdahl P.M., Nielsen J., Nørgård B.M., Qvist N. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy is associated with Hirschsprung's disease in newborns – a nationwide cohort study. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2017. 12: 116.

33. Soave F: Hirschsprung's disease: A new surgical technique. Arch Dis Child 39:116-124,1964

34. Quedas EPS., Longuini V.C., Sekiya T., et al. RET haplotype, not linked to the C620R activating mutation, associated with Hirschsprung disease in a novel MEN2 family. Clinics. 2012. 67: 1: 57-61.

35. Raveenthiran V. Знание древних индуистских хирургов о болезни Гиршпрунга: данные Сушруты Самхиты около 1200-600 гг. До н.э. J Pediatr Surg. 2011. 46: 2204-2208.

36. Sun X., Wang R., Zhang L. et al. Efficacy of pelvic floor muscle training for the treatment of fecal incontinence after Soave procedure of Hirschsprung disease. Eur. J. Pediatr. Surg. 2012. 22: 4: 300-304.

37. Tjaden NEB., Trainor P.A. The Developmental Etiology and Pathogenesis of Hirschsprung disease. Translational research : the journal of laboratory and clinical medicine. 2013. 162: 1: 1-15. doi:10.1016/j.trsl.2013.03.001. [Электронный ресурс]

38. Tran V.Q., Mahler T., Bontems P., et al. Interest of Anorectal Manometry During Long-term Follow-up of Patients Operated on for Hirschsprung's Disease. Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2018. 24: 1: 70-78.

39. Vorm H.N., Jensen S.I., Qvist N. Lateral sphincteromyotomy in patients with outlet obstruction after surgery for Hirschsprung's disease and short-segment disease. Pediatr. Surg. Int. 2002. 18: 5-6: 368-370.

40. Young H.M., Bergner A.J., Simpson M.J., et al. Colonizing while migrating: how do individual enteric neural crest cells behave? BMC Biology. 2014.